



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

**NARRATIVAS DAS MULHERES GUERREIRAS DO AGRESTE SOBRE
COMO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ATRAVESSOU SUAS VIDAS:**

uma leitura decolonial com recorte de gênero e raça

Recife

2021

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

**NARRATIVAS DAS MULHERES GUERREIRAS DO AGRESTE SOBRE
COMO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ATRAVESSOU SUAS VIDAS:**

uma leitura decolonial com recorte de gênero e raça

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^ª Dra. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro

Recife

2021

Catálogo na fonte
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

O48n Oliveira, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz.
Narrativas das mulheres guerreiras do agreste sobre como a violência obstétrica atravessou suas vidas: **uma leitura decolonial com recorte de gênero e raça** / Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira. – 2021. 325 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2021.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Agressão no parto. 3. Desconstrução da hegemonia - Epistemologias pluriversais. 4. Gênero. 5. Preconceitos - Relações raciais. 6. Produção do conhecimento I. Cordeiro, Rosineide de Lourdes Meira (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2022-018)

MARIA VERÔNICA ARAÚJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

NARRATIVAS DAS MULHERES GUERREIRAS DO AGRESTE SOBRE COMO A
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ATRAVESSOU SUAS VIDAS: UMA LEITURA
DECOLONIAL COM RECORTE DE GÊNERO E RAÇA

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da Universidade
Federal de Pernambuco, como requisito parcial
para a obtenção do título de Doutora em
Psicologia. Área de concentração:
PSICOLOGIA

Aprovado em: 29/10/2021

BANCA EXAMINADORA

Participação via Videoconferência

Prof^a. Dr^a. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro (Orientadora/Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof. Dr. Jacques Henri Maurice Gauthier
(Examinador Externo)
Centro Universitário Jorge Amado

Participação via Videoconferência

Prof^a. Dr^a. Nathália Diógenes Ferreira Lima
(Examinadora Externa)
Centro universitário Maurício de Nassau

Participação via Videoconferência

Prof. Dr. Jorge Luiz Cardoso Lyra da Fonseca
(Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof^a. Dr^a. Vivian Matias dos Santos
(Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

OBSERVAÇÃO

A defesa em epígrafe foi realizada integralmente, por videoconferência, envolvendo a Banca Examinadora e o(a) discente, através de recursos de videoconferência, que possibilitaram realizar a discussão acadêmica sobre o objeto de estudo, com som e imagem. A defesa assim ocorreu, em virtude da suspensão das atividades acadêmicas presenciais, adotada pelo Consórcio Pernambuco Universitatis e os Institutos Federais do Estado de Pernambuco, por período indeterminado (UPE, UFPE, UFRPE, IFPE, IFR Sertão, UNICAP e UNIVASF), considerando a pandemia do novo Coronavírus (COVID-19).

A Gorete Gomes e Lenilda Brito, que me inspiraram a iniciar esta pesquisa, às mulheres que fizeram esta pesquisa ser possível graças a generosidade em compartilhar suas memórias, dores, sofrimentos, alegrias, força, resistência e sabedoria. Em nome delas, dedico a pesquisa a todas as pessoas que sofreram violência obstétrica.

Que esta tese possa contribuir na luta pelo enfrentamento dessa violação e pela humanização da atenção em todas as fases do cuidado à saúde sexual e reprodutiva.

A Bela e Lua por iluminarem meu coração e me inspirarem a construir um mundo melhor

A dona Bela e seu Wawá (in memória) por terem me dado a vida, amor e os aprendizados mais valiosos que trago

A Maria, Bebel, Teca e Doda pelo amor e carinho no cuidado de nossa mãe.

AGRADECIMENTOS

Dizem que a escrita de uma tese é, na sua essência, algo solitário. Discordo, porque quando nos sentamos para escrever, ao nosso lado estarão os que sempre nos amaram, as pessoas que participaram da pesquisa, as pessoas que nos inspiraram, nossa orientadora, nossas leituras, nossa família e amigos.

Gestar e parir esta pesquisa de um tema tão intenso e em tempos sombrios de ameaças à democracia, de retirada de direitos, do crescimento do ódio e de assolamento pela pandemia Covid-19 só foi possível porque encontrei nesta caminhada pessoas entrelaçadas em redes amorosas no meu viver. Elas tiveram a função da arte em minha vida como no conto de Eduardo Galeano, me ajudaram a ver o mar de conhecimentos e saberes que se descortinavam em minha frente, sem perder a fé e o amor pelas pessoas e pelo mundo.

Expresso minha gratidão:

Aos meus pais, Waldemar (*in memoriam*) e Izabel, que sempre acreditaram e me apoiaram em todos os meus sonhos e projetos.

À minha família, o perdão pela necessária ausência em tantos momentos importantes e minha gratidão a todas as pessoas que cuidaram da nossa mãe nesta pandemia, principalmente minhas irmãs Maria, Izabel, Tereza e Dolores. Às minhas filhas, sobrinhos e sobrinhas que cada um, de seu jeito, animaram os dias da avó. Também, em nome de Josefa (Miúda), agradeço à rede de pessoas que se somaram nesse cuidado.

Às minhas filhas, Izabel e Luíza, e a minha “sobrinhafilha”, Júlia, por me ensinarem e me oportunizarem a viver o maior amor que se possa imaginar. Pela compreensão dos tempos que tive que dedicar a essa imersão e por sempre me inspirarem a viver, por mais sombrio que os tempos se apresentem.

Às deusas, seres de luz, santos, santas, orixás e deidades que estiveram cuidando de uma dimensão que não compreendo bem, mas sinto o quanto me amparam.

A Rosineide Cordeiro, pela sua competência em me mostrar caminhos teóricos, metodológicos e as paisagens que eu não conseguia enxergar no campo. Por me ajudar a conter meus impulsos de tudo querer abarcar. Gratidão por me dar chão, sem jamais perder a ternura, sem jamais deixar sua delicadeza de alma, e pela sua enorme paciência me guiando nessa trajetória.

A Jacques Gauthier, por ter sistematizado este método tão potente que é a sociopoética. Agradeço também por ter sido extremamente gentil e generoso com seus comentários e

sugestões na banca de qualificação e ter me acolhido em sua casa em Salvador para discutir os achados do campo.

Aos professores e professoras do Doutorado pela iluminação no meu pensar, em especial Jorge Lyra, Jaileila Menezes e Felipe Rios. Além das contribuições teóricas, em tempos tão difíceis, me nutriram de esperança que é possível a construção de um mundo melhor.

Aos professores e professoras que me acolheram em suas disciplinas fora do programa: Mônica Costa Rodrigues do Deptº. de Serviço Social, Ana Cláudia Rodrigues e Alexandro de Jesus do Deptº de Antropologia, Sandra Valongueiro do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e sua convidada Alessandra Chacham PUC/MG.

Às professoras Rosineide Cordeiro e Vivian Matias e a todos e todas integrantes do grupo de Estudo sobre Feminismos. A minha participação nesse grupo foi um marco para minha vida acadêmica e de militância, tendo sido fundamental para a construção teórica desse trabalho.

À professora Elaine Muller pelo acolhimento no grupo de pesquisa Narrativas do Nascer que me deu as primeiras referências teóricas sobre o estudo da violência obstétrica antes de entrar no doutorado e ao longo dele me nutriu com os debates. Também foi com nesse espaço que aprendi mais sobre a riqueza das contribuições das parteiras.

Ao grupo de orientação em que pude compartilhar com as colegas a riqueza de seus olhares e estímulo à pesquisa. Delas vou levar para sempre no meu coração a força, amizade e carinho mútuo.

A Fernanda Andrade Lima, que, desde que me formei, tem sido minha supervisora e me fez sentir mais fortalecida pelos caminhos desta pesquisa que transitaram na subjetividade das mulheres.

Às mulheres que generosamente participaram da pesquisa, compartilhando suas dores e alegrias, sua força e estratégias de resistência.

Ao grupo de apoio à pesquisa, que foi fundamental para a fase da pesquisa de campo, um dos momentos indescritíveis, dado sua riqueza. Eu não consigo encontrar palavras que expressem minha gratidão à professora e amiga Eliana Castro e à joia rara que ela trouxe para o grupo, a estudante de psicologia Vanessa Natalia dos Santos. Sem Vanessa não haveria o campo, pois eu ainda estava com muitas debilidades de locomoção no começo das atividades. Vanessa me acompanhou e me apoiou em quase todas as oficinas. Como ter palavras para agradecer tanta generosidade?

À minha turma de doutorado, Cássia, Jorge, Ju Mazza, Lassana e Roberta, pelo afeto, carinho, generosidade das trocas, apoio, força e sugestões valiosas na construção do projeto e em toda caminhada.

Aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Werick e João, que foram, ao longo destes anos, pacientes, gentis e generosos.

À Maria Aparecida Souza, Dila Xavier, Izaias Souza, Katherine Lages e Sueli Freitas, pela oportunidade do trabalho que desenvolvemos no Movimento Nascer Bem Caruaru e na criação Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica e Lei Nascer Bem Caruaru. Foi essa intensa experiência que me despertou a necessidade dessa pesquisa.

Ao movimento social de mulheres de Caruaru, em especial o coletivo Olga Benário, associação de doulas de Caruaru, pelo apoio na fase de campo

Aos Residentes do Programa de Residência em Saúde do Campo. Entre estes, Nicole Caroline Nascimento da Silva, que me introduziu no território, e Lucas de Mello Carpes e Mariane Silva Tavares, pelas trocas generosas que tecemos sobre racismo e luta antirracista.

A Zilma, Dena e Del, pelo carinho e zelo no apoio das oficinas

A Silvana Medeiros, pelo carinho e competência que alegraram as crianças da comunidade durante a última oficina

A Rodrigo Cariri, pelo carinho e respeito que acolheu, confiou e estimulou as nossas potencialidades quando nós, técnicos, técnicos, professores e professoras, chegamos para construir o Curso de Medicina e o Núcleo de Ciências da Vida. Também gratidão a todos e todas que deram continuidade. Agradeço o apoio e estímulo para realização dessa pesquisa às professoras e professores: Carolina Paz, Saulo Ferreira, Vitor Caiaffo, Eline Gomes e Rafaela Pacheco. Em nome de Kássia e Aline Galindo, transmito meus agradecimentos e carinho aos e às colegas que fazem o NCV e me apoiaram nesses anos de distanciamento.

À equipe do Hospital Otávio de Freitas, onde enfrentamos juntos um dos maiores desafios profissionais de nossas vidas, estar na linha de frente da pandemia da Covid-19. Conseguimos passar por esse desafio diante do apoio de Thayse Neves, que confiou e apoiou a equipe de forma segura e carinhosa. E principalmente, pelo apoio e estímulo que me deu, sem seu apoio não teria conseguido. Estar amparada pela experiência, lucidez e carinho das colegas foi fundamental e agradeço a cada uma em nome de Irene Dantas e Tânia Farias.

Aos olhos de lince que fizeram a correção e traduções do texto, Rafael Martins e Izabel Fontes. O trabalho primoroso me encantou, indo para além da correção gramatical e análise das normas da ABNT, também analisaram a estrutura e consistência do texto.

A Bento (@bento_gomes_fotografias) pela generosidade de fotografar o material produzido pelas mulheres.

A Jailma Oliveira pela competência e atenção na transcrição do material de áudio.

À família da gráfica atrás do CFCH/UFPE, que sempre foi primorosa e pontual em todas as impressões que fiz nessa jornada, em especial em tempos pandêmicos.

A Teresa Lopes, por me ofertar abrigo na fase do campo.

A Edson Maquiné, pelo tempo que dividimos a caminhada e apoio durante na seleção do doutorado e na maior parte do tempo que estive no Curso.

A Lady Selma Ferreira Albernaz por escutar, acolher e incentivar meu sonho de aprofundar meus estudos sobre a violência obstétrica. Não esqueço aquele almoço nos jardins de Brennand e talvez ela nem saiba, ali decidi iniciar essa caminhada.

Aos amigos e às amigas que aqueceram meu coração presencialmente ou à distância e se fizeram presentes, apesar das minhas ausências, apesar da pandemia. Sempre os senti ao meu lado. Avanildo Duque, Sérgio Chemin e toda família do FRACTER, Mônica Costa Rodrigues, Luís Felipe Andrade, Fatima Lucas, Eliana Castro, Sandra Urech e sua amada família, Gorete, Carolina Paz, Mauriceia Santana, Kássia Daniela, Rafaela Pacheco, Lúcia Röor, Eline Gomes, Diogivânia, Ana Cláudia e Ninha.

A Georgia Cavalcante, por me acolher e me ajudar a desbravar paisagens interiores que me ancoraram nessa trajetória, por vezes tão difícil.

Ao meu médico Régis Andrade e toda equipe de fisioterapia, que me ajudaram a me colocar sobre os meus pés novamente.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar os efeitos que a violência obstétrica opera na vida das mulheres que foram violadas ao buscarem assistência à saúde no seu parto. Trata-se de uma pesquisa qualitativa inspirada na metodologia da sociopoética. A análise se deu através das lentes das epistemologias decoloniais, com recorte de gênero e raça. A leitura da tese é um convite para transitarmos juntos e juntas no universo sensível das mulheres, a partir das diversas formas em que irão nos narrar suas experiências ao sofrerem a violência obstétrica. Por esses caminhos, visitaremos as memórias de dores e sofrimentos, mas também suas alegrias, potências de vida, cuidado coletivo e formas de resistência. A violência obstétrica foi compreendida como um fenômeno complexo que se constituiu à medida que uma sociedade colonizadora, misógina, heteronormativa, violenta e racista se estruturou e colonizou o parto. A pesquisa demonstrou que essa violação pode ocorrer em todas as fases da vida e das decisões reprodutivas das mulheres, podendo trazer consequências nas diversas dimensões de suas vidas. Destaca-se que as mulheres negras são as mais vulneráveis aos maus-tratos e negligência por invisibilidade. Como resultado, essa violação pode atuar impedindo o nascer de seus filhos ou fazendo morrer as mulheres e seus conceptos. Assim, essa violação se configurou como uma estratégia da colonialidade do poder, saber e ser, que, para além de controlar os corpos, a sexualidade e o parto das mulheres, serviu aos projetos ideológicos eugênicos de branqueamento da nação. Diante disso, o seu enfrentamento demanda empoderamento das mulheres; humanização da atenção à saúde sexual e reprodutiva; garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos; acesso universal, integral e equânime da saúde; enfrentamento do racismo e garantia do lugar de fala e de poder de decisão das mulheres negras na gestão dos serviços do SUS e na produção do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: violência obstétrica; epistemologia decolonial; gênero; racismo; sociopoética.

ABSTRACT

This study's goal was to analyze the effects caused by obstetric violence in women who were violated when searching for healthcare assistance to give birth. It's qualitative research was inspired by Sociopoetics' methodology. The analysis was done through the lens of decolonial epistemologies, focused on gender and race. Reading this thesis is an invitation to travel together by the sensory and sensitive universe of women, from the many ways they will narrate their experiences of suffering obstetric violence. Through these pathways, we'll visit memories of pain and suffering but also happiness, life potency, collective care, and means of resistance. Obstetric violence was perceived as a complex phenomenon that was constituted while a colonizing, misogynous, heteronormative, violent, and racist society was structuring itself and colonizing childbirth. The research has shown that this violation may occur in every stage of women's lives and reproductive decisions, resulting in potential consequences for all dimensions of their lives. It is noteworthy that black women are more vulnerable to mistreatment and malpractice stemming from invisibility. As a result, this violation may act stopping their children's birth or causing the death of these women and their conceptus. Thus, this violation was consolidated as a strategy in the coloniality of power, knowledge, and being and, beyond controlling women's bodies, sexuality, and childbirth, served a eugenic ideological project of population whitening. In face of these facts, fighting it calls for women empowerment; humanization of sexual and reproductive healthcare; the guarantee of human, sexual, and reproductive rights; universal, integral, and equal access to healthcare; fighting racism and securing places of speech and the power to decide of black women in SUS services' administration and in the production of knowledge.

KEYWORDS: obstetric violence; decolonial epistemology; gender; racism; sociopoetics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intra-Uterina
CAA	Campo Acadêmico do Agreste
CTEVO	Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IV GERES	IV Gerência Regional de Saúde
MNBC	Movimento Nascer Bem Caruaru
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização PanAmericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PL	Projeto de Lei
PNHP	Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integração da População Negra
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno do estresse pós-traumático
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	A primeira conexão com a pesquisa	16
1.2	As autoras e suas histórias.....	48
1.2.1	Aparecida	48
1.2.2	Bernadete.....	51
1.2.3	Bete	54
1.2.4	Cristiane	56
1.2.5	Jamile	57
1.2.6	Joaquina.....	60
1.2.7	Liliane	62
1.2.8	Maria Antônia	65
1.2.9	Solange.....	67
1.3	A história que deu origem a pesquisa.....	69
2	NAS TRILHAS DA PESQUISA	85
2.1	Revisão da literatura.....	85
2.2	As trilhas dos estudos qualitativos, de gênero com recorte feminista	86
2.3	A trilha da sociopoética e sua proposta de “PesCurso”.....	88
2.4	A trilha da “PesCuIdado”	93
2.4.1	Estratégias para a PesCuIdado	95
2.4.2	Procedimentos e instrumentos de produção de dados.....	99
2.5	A comunidade de onde vêm as Mulheres Guerreiras da pesquisa	100
2.6	As Mulheres Guerreiras do Agreste.....	100
3	AS NARRATIVAS DA ACADEMIA SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	102
3.1	Pesquisa Integrativa de artigos científicos.....	102
3.1.1	Visão panorâmica dos artigos	102
3.1.2	Referenciais teóricos empregados no estudo da violência obstétrica	104
3.1.3	Os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres violadas.....	105
3.2	Revisão dialética da produção acadêmica de teses e dissertações que retratam a violência obstétrica	107
3.2.1	Caracterização temporal da produção acadêmica	107
3.1.2	Objetos e sujeitos estudados.....	108

3.1.3	Principais referenciais teóricos e metodológicos	108
3.1.4	Resultados obtidos pelas pesquisas	109
3.1.5	Os conceitos da violência obstétrica e sua tipificação	112
3.1.6	A academia e a racialização da violência obstétrica: uma tradição de impenetrabilidade para o estudo da saúde da mulher negra.....	118
4	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ANALISADA PELAS TEORIAS DECOLONIAIS COM RECORTE DE GÊNERO E RAÇA.....	124
4.1	A racialização da violência obstétrica no Brasil e sua relação com a colonialidade do poder	124
4.2	As bases epistemológicas do Sul e decoloniais	126
4.2.1	A constituição da crítica ao eurocentrismo: do pensamento pós-colonial ao pensamento decolonial	127
4.2.2	O giro decolonial.....	128
4.2.3	Do epistemicídio colonial à resistência dos povos colonizados.....	132
4.3	Gênero: uma categoria de análise útil para desnaturalizar a violência obstétrica	135
4.3.1	A potência do feminismo negro para a análise da violência obstétrica e para as referências de resistência	138
4.4	Violência obstétrica como estratégia de branqueamento da população e produto da colonialidade do poder/saber/ser e do parto	144
5	AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE SUAS VIDAS ANTES DA GESTAÇÃO.....	153
5.1	Narrativas sociopoéticas do período anterior à gestação	153
5.2	Narrativas sobre a falta de acesso ao planejamento familiar ou o acesso deficitário.....	154
5.3	As narrativas das mulheres sobre como a “violência obstétrica secundária” ou “por compaixão” repercutem nas suas decisões reprodutivas.....	159
6	AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE SUAS VIDAS DURANTE A GESTAÇÃO.....	166
6.1	Narrativa sociopoética das mulheres sobre suas vidas durante a gestação	166

6.2	Narrativa das mulheres sobre violências obstétricas e situações de vulnerabilidade vivenciadas no período gestacional.....	167
6.2.1	As orientações para ser passiva no parto: boca fechada para não ser desassistida ou maltratada no parto.....	167
6.2.2	O parceiro íntimo que abandona ou agride a mulher.....	168
6.2.3	A cultura cesarista na gestação.....	171
6.2.4	A violência institucional por não acesso ou acesso deficitário ao pré-natal.	172
7	AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE OS SEUS PARTOS....	180
7.1	Narrativa sociopoética das mulheres sobre as emoções dos partos.....	181
7.2	Narrativa sociopoética das mulheres sobre como viveram seus partos.	182
7.3	As narrativas do parto das mulheres e o contexto do processo de institucionalização do parto no Brasil.....	185
7.3.1	O parto domiciliar: uma forma de resistência política, cultural e existencial ao branqueamento da nação e a suas estratégias necropolíticas.	185
7.3.2	A institucionalização do parto e o caminho da naturalização da violência obstétrica.....	191
7.4	A tipologia das violências relatadas pelas mulheres nos seus partos.....	204
7.5	Os corpos dóceis e silenciados e suas perigosas estratégias de driblar os maus-tratos e negligência.....	208
8	AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	212
8.1	As narrativas sociopoéticas sobre os efeitos da violência obstétrica.....	212
8.2	A ocultação dos efeitos da violência obstétrica.....	217
8.3	O parto traumático e seus efeitos na vida das mulheres.....	219
8.4	A ocultação do sofrimento da morte e o luto recorrente.....	223
8.5	Acirramento das desigualdades sociais e raciais.....	225
8.6	A complexidade dos efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres, as necessidades geradas e as estratégias das mulheres para o enfrentamento da violência obstétrica.....	227
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
	REFERÊNCIAS.....	245
	APÊNDICE A- CARACTERIZAÇÃO E TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	259

APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	260
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	262
APÊNDICE D- RELATÓRIO DAS OFICINAS.....	265
APÊNDICE E- PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA PESQUISA.....	296
APÊNDICE F- GRÁFICOS E FIGURAS REFERENTES À PRODUÇÃO ACADÊMICA DE DISSERTAÇÕES E TESES QUE ABORDAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	297
APÊNDICE G- CATEGORIAS DE ANÁLISE E CRITÉRIO PARA ESTUDO DA INCORPORAÇÃO DA RACIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRODUÇÃO ACADÊMICA	301
APÊNDICE H- DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS NARRADAS.....	302
APÊNDICE I- FATORES QUE INFLUENCIARAM A DIMINUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS.....	305
APÊNDICE J- QUADROS COM A SISTEMATIZAÇÃO DA RELAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEMÓRIAS REFERIDAS DO PARTO.....	306
APÊNDICE K- QUADROS COM A SISTEMATIZAÇÃO DOS EFEITOS QUE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CAUSA NA VIDA DAS MULHERES	309
APÊNDICE L- ARTIGOS SELECIONADAS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA	317
APÊNDICE M- TESES E DISSERTAÇÕES SELECIONADAS PARA A REVISÃO DIALÉTICA DA LITERATURA	318
ANEXO A- PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA	320
ANEXO B- MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) DOS GRUPOS DE CAUSAS PRIORITÁRIAS DE ÓBITO MATERNO, SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR. BRASIL, 2000, 2005 E 2012.	325

1 INTRODUÇÃO

1.1 A primeira conexão com a pesquisa

Se tem algo que é comum a mim, a você e a todas as pessoas que compõem o mundo é que um dia nascemos. Mas nos diferenciamos pelas vivências que nossas mães tiveram quando nos pariram. A história do parto demonstra uma diversidade de experiências ao longo dos séculos, nas diversas sociedades, culturas, organizações sociais e econômicas. Também são diversas as formas como elas são narradas...

Convido você, que está chegando para ler esse estudo, a fazer o exercício de se distanciar por alguns momentos do rigor intelectual, racional e hegemônico da academia e apenas fluir nas próximas páginas, onde se encontram as figuras 01 a 31 e as histórias que conto na sequência. Se possível, preste atenção para o quê cada página lhe toca, seja na emoção, nas sensações corporais, enfim, nas várias dimensões do seu ser.

FIGURA 01: SOFRIMENTO

Autoria: Aparecida.

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 20 cm X 15 cm.

Data: 17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 02: FELICIDADE

Autoria: Aparecida.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar

Tamanho: 15cm X 20 cm.

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 03: PARTO SOFRIMENTO / NASCIMENTO PAZ

Autoria: Aparecida.

Tema: Parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 20cm X15cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 04: VOO LIVRE

Autoria: Aparecida.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido.

Tamanho: 15cm X 20cm

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 05: ESPERANÇA DE REALIZAR- PORQUE TINHA UMA VIDA TRISTE.



Autoria: Bete .

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 15cmX20 cm

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 06: TUDO TEM SEU TEMPO E BRILHO.

Autoria: Bete.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar.

Tamanho: 15cm X 20cm.

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 07: NÃO DESISTA DOS SEUS SONHOS.

Autoria: Bete.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas nas tonalidades terra.

Elemento terra.

Tamanho: 15cm X 20cm

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 08: VIAGEM FELIZ

Autoria: Bete.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido.

Tamanho: 15cm X 20cm

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 09: VIVA A VIDA, SÓ ALEGRIA.

Autoria: Guilhermina

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 20cm X15cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 10: GANHAR PRESENTE É BOM DE MAIS, GESTAÇÃO DO CORAÇÃO.



Autoria: Bete.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar.

Tamanho: 15cm X 20cm.

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 11: VIVA O SÃO JOÃO, O MELHOR SÃO JOÃO DO MUNDO.



Autoria: Guilhermina .

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 15X20 cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 12: A VIDA ANTES, RUIM E BOA

Autoria: Jamile

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 15cm X 20 cm.

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 13: BÊNÇÃO.

Autoria: Jamile.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas nas tonalidades terra.

Elemento terra.

Tamanho: 15 cm X 20 cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 14: PARTO RUIM.

Autoria: Jamile.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 20 cm X 15cm.

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 15: FLORESTA AMAZÔNICA

Autoria: Jamile.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido.

Tamanho: 20 X 15 cm

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 16: ANTES ERA FELIZ E NÃO SABIA.

Autoria: Joaquina
Tema: período anterior à gestação.
Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.
Elemento água.
Tamanho: 15cmX 20cm.
17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 17: DECEPÇÃO.

Autoria: Joaquina

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas nas tonalidades terra.

Elemento terra.

Tamanho: 15cmX 20cm.

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 18: DEPOIS DA GESTAÇÃO, A REALIDADE: O PARTO QUE DESTRÓI SONHOS



Autoria: Joaquina.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 15X20 cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 19: O AMOR INCONDICIONAL.

Autoria: Joaquina.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

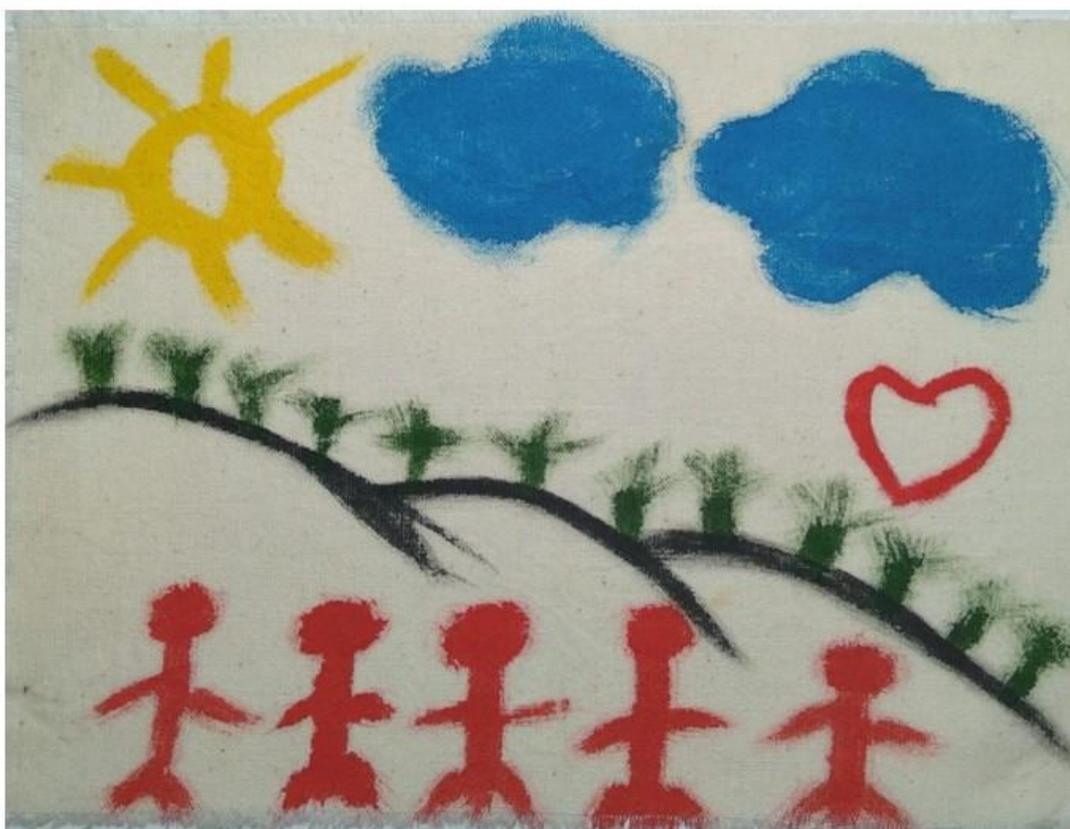
Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido.

Tamanho: 15cmX 20cm.

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 20: FELICIDADE



Autoria: Liliane.

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 15cmX 20cm

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 21: ALEGRIA, TRISTEZA, FORTALECIMENTO E PORTO SEGURO: A MINHA FAMÍLIA

Autoria: Liliane.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar.

Tamanho: 15cmX 20cm.

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 22: SUPERAÇÃO

Autoria: Liliane.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas nas tonalidades terra.

Elemento terra.

Tamanho: 15cmX 20cm.

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 23: SUPERAÇÃO



Autoria: Liliane.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido. Tamanho: 15cmX 20cm.

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 24: ALEGRIA



Autoria: Maria Antônia.

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 15cmX 20cm

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 25: SOFRIMENTO.

Autoria: Maria Antônia.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar.

22/10/2019.

Tamanho: 15cmX 20cm.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 26 : ALEGRIA



Autoria: Maria Antônia.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas nas tonalidades terra.

Elemento terra.

Tamanho: 15cmX 20cm.

22/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 27: FAZENDA ESPERANÇA.

Autoria: Maria Antônia.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido. Tamanho: 15cmX 20cm.

07/11/2019.

[

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 28: SEMPRE HÁ UMA ESPERANÇA, A VIDA ERA SOFRIMENTO E FELICIDADE

Autoria: Solange.

Tema: período anterior à gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, tintas para tecido variadas.

Elemento fogo.

Tamanho: 20 cm X 15cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 29: VIDA COLORIDA.

Autoria: Solange.

Tema: período da gestação.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com dispersão da tinta por sopro de ar em canudo, tinta acrílica para tecido.

Elemento ar.

Tamanho: 15cmX 20cm.

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 30: UMA NOVA VIDA.

Autoria: Solange.

Tema: parto.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel e tintas para tecido aquarela.

Elemento água.

Tamanho: 20cm X 15 cm

17/10/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

FIGURA 31: SAUDADES DE ROCHINHA.

Autoria: Solange.

Tema: representação do exercício da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica.

Técnica: pintura em tecido de algodão cru com pincel, canetas e tinta acrílica para tecido. Tamanho: 15cm x 20 cm.

07/11/2019.

Fonte: A autora, diário de campo da pesquisa (2019)

1.2 As autoras e suas histórias

1.2.1 Aparecida

Aparecida¹ tem 68 anos e é uma mulher que carrega consigo muita sabedoria. Teve uma vida marcada pela dor, mas também pela fé, esperança e afeto. Sua história nos revela paisagens importantes da transição do parto em casa para a maternidade².

Perdeu seus pais por conta de um acidente de carro aos 12 anos. Primeiro, foi morar com uma tia, mas não deu certo porque teve problemas de conflitos com os primos e foi trabalhar na casa de uma família. Lá, conheceu seu primeiro marido que também era trabalhador da casa, o jardineiro. Com ele teve dois filhos, ficou viúva muito cedo. Casou novamente e, com seu segundo marido, teve mais de treze gestações.

Destas quinze gestações, teve quatorze partos e uma situação de abortamento, que aconteceu aos três meses de gestação. Treze de seus partos aconteceram em casa e um na maternidade. Dos treze partos em casa, dez foram com parteira e três ela teve sozinha, não por abandono, mas por empoderamento.

Tinha 14 anos quando engravidou pela primeira vez e não teve acesso a nenhuma informação ou orientação e vivia cheia de questões:

Olhe, eu não sabia de nada. Eu era muito inocente. Não sabia de nada na vida. Não sabia o que era que ia enfrentar, não sabia... pra mim tudo tava bom. (...) Quando se mexia, aí eu dizia: meu Deus! Aí eu olhava pra minha barriga, eu dizia: meu Deus do céu, como é que minha barriga vai ficar? (...) Meu Deus do céu, como é que ele tá respirando dentro de mim? (APARECIDA, entrevista)

Nunca fez pré-natal, diz que naquele tempo não tinha essas coisas. No entanto, nos encanta ao falar como era um parto feito pela parteira.

Não era como se diz, que nem a gente tem no hospital. Elas ali, quando via a gente sentindo muita dor, pegava um pano morno, passava na barriga da gente. Fazia um caldo quente de gengibre, um caldo de pimenta do reino (...) Dava comida. Aquele caldinho, aquele rematezinho, a gente ia comendo... Tomando um café bem quente com pimenta, que diz que ajudava. (APARECIDA, entrevista)

1 Para garantir o sigilo das participantes, todos os nomes são fictícios e foram escolhidos por elas.

2 Por conta disto, nos deteremos um pouco mais na contação da história de Aparecida.

Ela teve uma experiência maravilhosa em três de seus partos. Nos conta que quando sentia que estava para nascer ela já ia arrumando o quarto, falava para os filhos ficarem quietinhos e dizia “Nasça meu filho, venha com força e com poder de Deus.” Sentia dor, mas não tinha necessidade de gritar, era uma dor natural. Quando o bebê nascia, colocava na sua barriga, ajeitava direitinho e mandava chamar a parteira que vinha cortar o umbigo. Ao ser indagada como se sentia parindo só, disse que orgulhosa e poderosa.

Sempre que paria em casa a parteira ou até mesmo seu marido preparava logo um pirão de capão e ficavam curtindo a criança que chegava.

Na penúltima gestação, aos três meses, levou um susto com um sapo que pulou nela quando lavava o quintal. Depois começou a sentir uma cólica, o sangramento e expulsou o feto. Não lembra que ano foi, mas se tivesse sobrevivido, hoje ele teria uns 41 anos. Seu marido e Dona Filomena, a parteira, disseram que tinha que ir para o hospital. Foi nesta ocasião que conheceu pela primeira vez o tratamento dado na maternidade. Lá escutou repreensão por ser cuidada pela parteira. Conta que sentiu tudo, quando colocavam o ferro e puxavam, era muita dor porque fizeram a curetagem sem anestesia. Depois do procedimento, a colocaram junto a outras mulheres que já tinham tido seus filhos. Uma dor intensa. Graças à sua fé e à lembrança da vida rica de afeto que ela sabia que lhe esperava fora da maternidade que se disse que não iria sofrer mais:

Eu vendo, eu me senti tão... eu digo: meu Deus, perdi... os filhos todos aí... já teve os filhinhos, tão com os filhinhos, botava os filhinhos, tudo... eu ficava tão assim...?! mas eu já tinha os meu em casa, eu digo: vou me conformar. Eu dizia: foi Deus que quis assim, vou me martirizar não. Aí pronto! Ficava... ficava lá, saía todo mundo com seus filhinhos e eu lá. Mas eu dizia: é assim mermo. As coisas de Deus é assim e pronto. (APARECIDA, entrevista)

Na sua décima quinta gestação, a criança era muito grande, pesava quase seis quilos. Mesmo antes de entrar em trabalho de parto, a parteira logo viu que ela deveria ir para a maternidade. Dona Filomena se ofereceu para acompanhar Aparecida. Mas, quando entrou em trabalho de parto, Aparecida terminou indo com uma cunhada. Ao chegar na maternidade, teve início a experiência que ela nunca imaginou. Foram uma série de maus-tratos, humilhações e intervenções que duraram três dias. Durante este período, ela ficou sem beber ou comer. Tinha orientações confusas quanto a ir no banheiro, umas enfermeiras mandavam ela defecar, outras para ela não ir ao banheiro para o menino não nascer no bacio. Ela fez depilação em casa e se surpreendeu porque mandaram fazer novamente, porém, com uma barriga enorme, não tinha campo de visão e se cortou.

Colocam um comprimido que aumentou muito as dores. Subiram em sua barriga para forçar o nascimento. Por conta da criança ter sido muito grande, houve uma ruptura natural, precisou levar pontos. Fizeram sem anestesia. Ela nos fala que sentiu como se estivessem costurando uma buchada.³ Só se alimentou no outro dia, pois, quando o menino nasceu, já tinha passado o período da janta do hospital. Durante a oficina que refletimos os efeitos da violência obstétrica, fizemos um exercício de criatividade chamado viagem mítica. No exercício, as mulheres se transformavam em algum animal depois de terem sofrido violência obstétrica e faziam uma viagem cheia de desafios. Aparecida se transformou num passarinho porque a vivência da maternidade foi como uma prisão, e, ao sair de lá, se sentiu livre. Nos ensinou que o pássaro é fraco quando está preso numa gaiola e fica forte quando está livre.

Ao chegar em casa, ficou feliz de ter acabado aquele sofrimento e se sentiu livre como um pássaro voando. Porém, o sofrimento estava longe de acabar. Os pontos inflamaram e doía muito. Foi um resguardo muito sofrido, mal podia se sentar. Quando terminou o resguardo, conheceu mais um sofrimento, sentiu muitas dores ao ter relação porque a sutura que foi realizada, fez com que o canal da vagina ficasse deformado. Aparecida contou que ficou “umas carnes para fora” (sic) e ficou muito apertado. Como resultado, além da dor, às vezes sangrava. Ela que, tinha muito fogo antes deste parto derradeiro, depois se viu fria porque sempre ficava pensando no quanto iria doer.

Também desenvolveu uma tristeza, feito uma depressão. Disse que o que aconteceu na maternidade ficava vindo na cabeça. Fica ouvindo as frases de maus-tratos, humilhações e os procedimentos que lhe causaram dor. Perguntei se ela dormia bem e ela me contou das noites mal dormidas, onde só dormia o primeiro sono.

O outro não dormia mais, secava os zóóio... amanhecia o dia. Ali... meu Deus, será que eu vou perder meu fiio de novo, tanto que eu sofri... e era com aquilo. Era assim, como aquele trauma. Fiquei com aquele trauma. Eu via... no meu ver, eu via quando eles tavam me costurando. No meu ver, eu via quando o menino chorou. No meu ver, eu via quando elas tavam dizendo assim: “é... esse povo vem praqui só é umas ignorância, um malcriado... a gente não pode dizer nada que elas responde logo, é uma malcriação...” (APARECIDA, entrevista)

Ficava pensando que se tivesse outro filho não ia aguentar, ficou com medo de ter outro filho e morrer. Desde a maternidade, disse que esse seria seu filho derradeiro e dá graças a Deus que foi mesmo. Também ficou muito nervosa, qualquer coisa a fazia chorar ou perder a paciência.

³ Alimento típico da Região do Nordeste em que as vísceras do bode são picadas, temperadas e colocadas dentro de bolsas feitas dos estômagos dos animais e costuradas artesanalmente com linhas grossas e agulhas.

Para a inflamação, d. Filomena falou com um médico antigo da região que passou uma pomada e ela mandou o marido de Aparecida caçar no mato ervas como caju roxo e quixaba. Aparecida fazia o chá e se banhava três vezes ao dia.

Foi também Filomena que cuidou da tristeza de Aparecida. Quando Aparecida menos esperava, Filomena batia na sua porta levando uma garrafada, a convidava para comer uma galinha, fazia graça para distrair Aparecida e fazê-la rir. E assim, ela ia se animando.

D. Filomena foi para Aparecida mais que uma parteira, mais que a prima do marido, ela foi uma grande amiga que, quando partiu, deixou muita tristeza.

Passou porque essa parteira minha... que ela morreu, que Deus bote ela num bom lugar... A Deus querer... Ela fez muito chá, muitas garrafadas pra mim e eu tomei e, abaixo de Deus, me recuperei, viu? Ela me dava tanto conselho, tanto conselho, tanto conselho... quando ela me via... eu chegava... ela me via triste ela animava logo. “Êpa! que tristeza é essa aqui? Eu não quero tristeza não. Óia!... mas...” que meu menino... aí espiava pra ele assim... “eu quase que te pego, mas tu foi mais de que os outro, não te peguei não, bichim...” e ficava animando e brincava, “bora, bora lá em casa, bora. Lá em casa... óia, eu fiz lá um remato de uma galinha e tu vai comer mais eu”. E saía me tirando aquilo ali, me aliviava muito, sabe? (...) [Quando ela morreu] Eu fiquei com aquele desgosto. Eu digo: eita! Ali foi um pedaço de mim. Eu dizia: aquilo ali foi um pedaço de mim. (APARECIDA, entrevista)

Aparecida ainda passou um período de dez anos sentido dores quando tinha relação até que um médico a encaminhou para uma cirurgia do períneo. Foi quando tudo voltou ao normal.

Infelizmente, pouco tempo depois, seu segundo marido teve um infarte e faleceu. Passou dois anos e seis meses dando duro, trabalhando e criando só seus filhos. Durante as festas juninas, Aparecida trabalhava numa fazenda cozinhando as comidas típicas. Numa dessas festas, um trabalhador da fazenda se encantou por ela. Depois de muito cortejo, namoraram e casaram. Ela nos conta que ele é 20 anos mais jovem que ela. Estão casados até hoje, já faz mais de vinte anos. Ela mostrou, com muito orgulho, os troféus que seu marido ganhou nas maratonas. Ele é atleta. Também me mostrou o título de doador de sangue de seu marido.

1.2.2. Bernadete

Bernadete é uma daquelas pessoas que, de tão carismática, você quando sai de junto dela já sente saudades. Infelizmente, não pudemos desfrutar muito de sua presença nas oficinas. Compareceu a três oficinas, ficou doente e não conseguiu voltar mais. Por conta disso, não temos sua produção sociopoética. Muito caladinha nas oficinas e com fala em tom quase inaudível nas gravações, mas sempre nos trazendo muitos ensinamentos de enfrentamento das dores e superação.

Bernadete tem 56 anos, se autodeclara parda, teve 9 gestações, 8 partos e passou por uma situação de abortamento. Além de memórias dolorosas que carrega até hoje da situação de abortamento, também perdeu três filhas: com três meses, um mês e quinze dias e um ano e três meses de idade.

No seu primeiro parto, em 1983, ela tinha 20 anos e já era casada com o pai de todos seus filhos. Ela morava no sítio, o marido foi procurar um carro para levá-la na maternidade, mas o carro da pessoa que conhecia estava sem gasolina. Chamaram uma parteira que morava no lugar. Bernadete ficou assustada, não queria ter filho em casa.

A parteira passou a noite dando banhos mornos, massagem na barriga, mas sentiu que Bernadete não tinha confiança nela e a mandou para a maternidade, mas lhe preveniu para não falar no hospital que esteve sob seus cuidados. Bernadete não sabe contar o porquê desse pedido. O marido dela conseguiu o carro e a levou para maternidade. Ao chegar na maternidade, se sentiu mais segura, mas também não sabe explicar o porquê. Lá ninguém a tratou mal, mas ela assistiu muitas mulheres escutarem piadas e maus-tratos. Ela já chegou sabendo por uma vizinha mais experiente que lá não deveria gritar, sob a pena de ser maltratada. Chegou com muito medo e aguentou todas as dores calada. A parteira tinha ensinado a ela na hora da dor a se agarrar no espelho da cama e apertar. Sofreu duas intervenções. O médico não subiu na sua barriga, mas apertou tanto para o menino nascer que ela ficou doída por uns oito dias. Levou um corte e foi ponteada, acha que foi a cru, pois sentiu dores intensas na hora da sutura. Apesar do sofrimento, disse que nada disso ficou na sua cabeça ou interferiu na sua vida.

Na segunda gestação, em 1985, quando estava com três meses, ela teve um dente que inflamou. Morava num sítio distante, não tinha acesso a médicos ou médicas. O dente foi piorando e criou um abcesso que supurou. Era muita dor que sentia. O patrão deles lhe deu uns comprimidos. Quando uma vizinha viu os comprimidos que ela havia tomado, mandou parar porque ia prejudicar o bebê. Ela só tomou um e parou, mas três dias depois começou a se sentir muito mal. Teve calafrios e uma cólica muito forte. Até que sentiu algo descer e a cólica, do nada, passou. Mas, quando levantou, tinha tido uma hemorragia. Chamaram a assistente,⁴ que era a pessoa que na comunidade cuidava das mulheres, rezava e pegava menino. A assistente disse que não conseguiria resolver e que Bernadete teria que ser levada com urgência para a maternidade. Foi a última coisa que escutou, desmaiou e só acordou na maternidade. Lá, viveu

4 Não consegui compreender qual era o papel da assistente, seria uma parteira, uma agente comunitária de saúde?

uma situação imaginável para quem está na situação de perder um bebê. Foi julgada, condenada e torturada.

Aí pronto, quando eu cheguei na FUSAN, eles foram fazer a coleta⁵. Aí a coleta foi a ponto cru. Eles puxaram muito, doeu muito. Eu senti tanta dor e depois disso eu fiquei muito fraca. Eles me botaram numa sala lá isolada... quando foi já de tarde foi que meu marido foi lá. Brigou pra lá pra poder entrar. Eles não queriam deixar ele entrar, foi que ele entrou e foi lá na sala aonde eu tava, lá no quarto que eu tava, eu sozinha lá, era umas três horas da tarde eu não tinha comido ainda... aí ele disse: “tu comesse alguma coisa?” eu disse: não, se eu não vi ninguém! Eu digo, leva eu no banheiro pra eu tomar um banho! Eu tava toda suja. Nem um banho eu podia ir tomar e nem ninguém chegou pra dar banho em mim, nada. Foi que ele chegou e disse: “misericórdia!” foi que me levou pra o banheiro, eu tonta, toda desorientada... ele me levou pra o banheiro, eu tomei banho, troquei a roupa, ele levou roupa pra mim, aí trocou. Aí disse: “eu vou descer, vou brigar com elas, vou descer e pegar alguma coisa pra tu comer”. Eu chega tava tremendo. Fome e... e... e toda suja, aí depois que eu tomei banho chega deu aquele alívio. Pronto! aí foi que Bil desceu, subiu com água de coco pra mim, bolinho... não sei o que foi. Brigando com eles, que eles não deixavam entrar, mas ele falou com a enfermeira, aí a enfermeira deixou. A enfermeira-chefe deixou ele subir. Pronto! aí eu passei... esse aí ficou marcado, porque eu digo: misericórdia! Mas nunca na minha vida eu quero engravidar... toda vez que eu engravidava eu tinha medo do aborto.

Bernadete explicou que eles a deixaram lá no quarto isolado porque acusaram ela de ter provocado o aborto. Isso a feriu profundamente.

Aí eu disse que não tinha sido. Eu jurei que eu não... jamais eu ia fazer um negócio desse, matar meu filho. Por que eu ia matar meu filho? Já tenho um e não sou mulé sozinha, sou uma pessoa casada, tinha meu marido e já tinha um filho, por que eu ia matar meu filho? disse a eles e acho que não acreditaram. Eles ficaram muito... assim, eu acho que eles ficaram pensando que foi que matei, foi eu que provoquei o aborto. (...) Me senti muito triste, né? deles dizer isso comigo.

Essa foi uma dor que ficou como um pensamento que não saía da cabeça dela. Não dormia bem, ficou chorosa e com muito medo de ter relação, engravidar e ter outro aborto. Ficou se culpabilizando por ter tomado aquele remédio que o patrão lhe deu. Falei para ela não se culpar. Se alguém tivesse culpa talvez fosse o governo, por não oferecer consultas médicas disponíveis para tratar dela. E quem sabe se não foi a própria infecção? Ela me conta que ainda sofre quando lembra. Mas falar disto ajudou a desabafar.

Ela teve força do marido, da mãe e da assistente. Mas sempre foi uma mulher de carregar consigo o sofrimento. Quando engravidou de novo, o sofrimento foi diminuindo mais.

⁵ Todas as mulheres da comunidade referem o termo “coleta” ao se referirem a curetagem. O que ganha mais sentido, pois é uma coleta do material que ficou no útero.

Bernadete me contou que só fez pré-natal do primeiro filho, quando ela estava com seis meses de gestação. Era muito difícil o acesso ao posto de saúde onde ela morava.

1.2.3 Bete

Ela é uma mulher que nos ensina muito da importância da paciência como fonte de força interior. É uma mulher decidida, gosta muito de prostrar e é muito simpática. Teve uma infância muito difícil. Sua mãe faleceu quando ela tinha menos de dois anos. Foi criada pelo pai e pelas irmãs, porém, não sentia muito carinho vindo deles, o que a fazia se sentir muito só. Bete tem 57 anos e se autodeclara de cor normal, branca. Teve três gestações, três partos e três filhos. Nunca passou por situação de abortamento.

Tinha 16 anos na sua primeira gestação, em que o pai de seu filho não assumiu nem a gestação, tampouco a relação e a criança. Entrou só na maternidade, não teve medo, mas queria que terminasse logo. Isso porque foi um parto com muitas intervenções, muito sofrimento e que considera que foi um longo período, pois se passaram cerca de 36 horas da hora que entrou na maternidade até o parto. Muito jovem, sem a presença da família, sentiu-se desprezada e abandonada pelos profissionais de saúde que pouco vinham ver como estava. Não lhe ofereceram comida e bebida e era proibida de ir ao banheiro. Disse que não sentiu necessidade de defecar e não lembra bem, mas acha que urinou lá na cama mesmo.

Seu parto ocorreu com vários procedimentos, como o uso da ocitocina de rotina, episiotomia e manobra de Kristeller. Acha que esse parto deveria ter sido uma cesariana, porque demorou muito. Não levou anestesia na episiotomia, mas levou na rafia e na curetagem. Por não haver anestesista no dia do seu parto, os médicos resolveram aguardar o outro dia para fazer a curetagem. A transferiram para um outro quarto, onde pôde ficar só com a família.

Tinha medo que o pai do seu filho o tomasse, diz que na época isso era comum de acontecer com os filhos homens. Então, ela utilizou como estratégia que seu pai, o avô da criança, o registrasse. Sua família lhe deu muito apoio depois que o filho nasceu.

Alguns anos após, iniciou um novo relacionamento, casou e teve mais duas gestações. Acredita que não sofreu violência obstétrica nos dois últimos partos. No segundo, chegou com o marido na maternidade, a parteira era muito amiga da família e lhe falou que o bebê estava quase nascendo. O seu esposo saiu para buscar a irmã dele, a quem Bete diz ser muito apegada. A parteira da maternidade lhe ofertou ocitocina para acelerar o parto. Diz que gostou muito, pois o parto foi rápido e acredita que, por conta disso, não teve muito sofrimento.

Já no terceiro parto, tinha plano de saúde. O médico que fez seu pré-natal lhe ofertou um parto cirúrgico, ela não aceitou pois queria que a criança nascesse no dia certo de seu aniversário. E foi um parto sem nenhuma intervenção. Ao chegar na maternidade, não passou meia hora para o bebê nascer, só deu tempo de sair da maca do exame para a mesa de parto.

Ao sair da maternidade do primeiro filho, ficou com aqueles pensamentos do que passou por lá, mas logo passou. Nada daquilo ficou. No entanto, às vezes ela parece ficar dividida. Ela fez uma longa pausa entre um parto e outro, levou sete anos para engravidar da segunda gestação e mais nove da terceira. Em alguns momentos, ela acha que tinha medo das condições de vida, também tinha medo que o marido a abandonasse, como o fez o pai do primeiro filho, e de passar por todo o sofrimento do primeiro parto.

(...) Fiquei com medo ainda. Eu dizia: meu Deus, será que eu passo por aqui? E ele nunca disse assim: “Tem que ter” (faz tom de voz mais grosso e forte). Não. “Tenha quando você quiser” (suaviza a voz). Eu digo: Olha aqui o nome dos comprimidos, traga. Se a sra. perguntar a ele agora, ele diz ainda o nome, de tanto que ele comprou. Muitas vezes ele chegava com os envelopes e dizia: “taí, eu queria um filho, mas você não me dá, tá aí. Eu olhava para os comprimidos assim e dizia: vou tomar mais isso não. Depois eu dizia, sabe de uma coisa? Vai que ele faça comigo... e lá no hospital eu sofra de novo... perai.... não tem plano de saúde, não tem nada... Eu vou para aquele inferno de novo?...ai...pá, pá, pá, pa e tomava.(...) Dessa segunda eu já tive melhorzinha. Não pensava em ter mais não. Aí já pensava em ter outro. Aí eu pensava, agora eu queria dar um filho homem para ele. Mas quando eu pensava, meu Deus do céu, lutar, trabalhar, tanto do menino, quero não. Não, eu não sei o dia de amanhã. Ai, já mudava o esquema. Ai fiquei, fiquei, fiquei....ai quando a outra completou nove anos, foi que eu tive de novo., Para você ver que teve tempo. (...) Mas, eu nunca me arrependi de ter meus filhos. Resumindo tudo, com medo, não, porque se a gente tiver mais quatro, cinco, não era problema não, Deus dá um jeito e a gente trabalha... a gente não abandona não. Mas, o meu medo maior era de sofrer lá. Entre as duas coisas eu fico mais lá, certo? (BETE Oficina VIII, efeitos da violência obstétrica em 07/11/2019)

Bete nos presenteia com uma receitinha. Diz que tinha muitas cólicas depois do parto, não gostava de tomar remédios, então, ela tomava chá de arruda.

Na viagem mítica, Bete se transformou numa borboleta muito colorida, que representa a mulher que caiu num túnel de sofrimento e dor que foi o parto. Ela desejava se libertar do peso do que passou. Conseguiu facilmente, por ser uma borboleta e poder voar para uma montanha muito bonita com flores, muito verde e com sua família que lhe deu muito apoio. A borboleta nos ensinou que um caminho de se fortalecer é ter paciência e que a tristeza fragiliza.

1.2.4 Cristiane

Cristiane é uma mulher jovem, se autodeclara morena e nos traz a história de duas gestações. Na primeira, em 2013, fez um relato de violências desde o período gestacional até o puerpério e, na segunda gestação, em 2018, refere ter sido um parto livre de violências.

Na sua primeira gestação, em 2013, era adolescente, estava próxima de finalizar o segundo grau. Por ter sentido vergonha de ter engravidado, deixou os estudos a seis meses da sua conclusão. Não retornou mais.

Refere que o pai da criança a deixou aos oito meses de gestação. Na época, morava na casa dos pais e não tinha renda própria. Até hoje, nunca teve carteira assinada. Ela trabalha de forma precarizada no ramo da indústria têxtil. Por conta de seu trabalho, só participou de duas oficinas. Era época muito próxima ao final do ano, quando a produção de roupas está em alta demanda. No dia de nossa entrevista, sua casa estava cheia de peças de tecido branco para serem costuradas. De fora, já escutávamos o barulho das máquinas. Quase toda família estava envolvida na produção.

No pré-natal da sua primeira gestação, temia que a enfermeira do postinho (Unidade de Saúde da Família), pegasse no seu pé, nos conta que era uma mulher muito grosseira. Ela também tinha muita vergonha de ter engravidado adolescente. Encontrou como saída fazer seu pré-natal no posto de saúde de outra comunidade, longe de sua casa.

Cristiane foi levada para a maternidade quando a bolsa estourou, era próximo de meia-noite. Ao chegar lá, fizeram um toque, estava com 3 cm. Colocaram o soro e o coquetel, que lhe provocava dores intensas: “Cada pingão que dava, eu ia longe” (*sic*). Mas, apesar das dores, não gritava, porque sua mãe lhe orientou, se gritasse seria negligenciada e estaria vulnerável a maus-tratos. “Porque mainha disse: ‘oi, não grite não, porque se gritar elas fazem pior. Elas vão tratar você como um cachorro. Não vão chegar nem perto!’”.

Conta que, em três horas, levou seis toques de três doutores diferentes: “Cada doutor que vinha dava uma dedada, depois dava outra dedada, outra dedada... seis dedada.” (*sic*). Como não saiu de 3 cm de dilatação, resolveram fazer uma cesariana. Ao nascer, sua filha foi colocada no seu colo, mas logo tiraram “Ela já nasceu roxa, toda roxa. Botaram uma mangueira no nariz dela, na boca... que ela já estava engolindo o parto.”

Durante o parto diz ter escutado muitas coisas. Dos médicos diz ter escutado eles falarem que a cesariana estava pagando mais e o prefeito queria agora que todos os partos

fossem normais. Por conta disso, Cristiane acredita que tem tantas mulheres morrendo de parto. E diz que suplicou ao médico para fazer sua cesariana.

Também escutou o enfermeiro falar que estava costurando a sua barriga com a agulha errada. Acredita que é por isso que a cicatriz não ficou normal. “Criou uma carne pra fora. Não cicatrizou, não ficou que nem as outras, normal.” (*sic*) Nem quando fizeram o segundo parto, também cirúrgico, conseguiram melhorar esteticamente, diz que ficou um queloide. Isso a deixa envergonhada na hora de ter relação com seu marido, só faz no escuro.

Ela não conseguiu amamentar na maternidade. Diz que não ensinaram a ela no pré-natal a fazer o bico do peito. A enfermeira reclamava porque ela não sabia amamentar e apertava os seios de Cristiane com muita força. Doía muito. Ela se sentiu constrangida e aquilo não saiu da cabeça dela. Diz que até hoje não esquece. Pensa que por isso só conseguiu amamentar sua filha até os seis meses.

Cristiane ficou com muito medo de ter outro filho e passar por todo sofrimento novamente. Engravidou por não ter acesso a informações corretas do uso do anticoncepcional. Mas nos conta que se surpreendeu por não ter sofrido violência obstétrica do segundo filho, mesmo tendo sido atendida pela mesma médica. Ela recebeu apenas dois toques, que para ela é aceitável e acredita ser normal. Seu filho também nasceu de um parto cirúrgico. Os médicos tentaram reparar a cicatriz do parto anterior, Cristiane acredita que melhorou, mas ainda é “feia” e continua com vergonha.

Infelizmente, como Cristiane só conseguiu participar da primeira e da segunda oficina, não participou da oficina de pintura e não temos a sua narrativa sociopoética.

1.2.5 Jamile

Jamile é uma mulher que nos impressionou, chegou na oficina se colocando no lugar da matuta que nada sabia. No final da pesquisa, lá estava uma mulher empoderada de sua fala, participante e que muito nos ensinou ao desvelar a sua dor e suas estratégias de superação. Mostrou-nos muita potência.

Jamile se declara parda, tem 35 anos, teve apenas uma gestação, um parto e nunca passou por situação de abortamento. Estava casada há 10 anos quando engravidou, já tinha sua casa própria e trabalhava, mas não de carteira assinada.

Conta-nos que teve uma adolescência muito difícil, marcada por conflitos familiares. Nesse período, foi impactada pela notícia de uma jornalista da TV Asa Branca que morreu de parto. Esse fato foi muito exposto na TV. Seu pai trabalhava como porteiro da emissora.

Outro fator que marcou muito sua vida foi a história de parto de sua irmã Jaqueline, que aconteceu quando ela tinha entre 17 e 18 anos. O parto de Jaqueline teve muito sofrimento e ela precisou voltar para a maternidade para retirar restos de parto, o que fizeram sem anestesia. Após a intervenção, teve um processo de infecção e precisou ser operada. Levou mais de 50 pontos. Jaqueline desenvolveu um processo de sofrimento mental que foi diagnosticado para a família como depressão. Jamile nos contou como o adoecimento de Jaqueline levou a uma desestruturação da família. Quando ela tem crises, sai de casa e adota comportamentos que colocam em risco a própria vida. A família vive num estado permanente de tensão, temem um dia receber a notícia da morte de Jaqueline.

A gente comentou sobre a minha irmã, sobre a depressão quando teve os filhos dela. Abandonou os filhos, abandonou o marido. E até hoje, quando ela tem a crise forte nela, ela abandona os filhos e o marido e passa até ano sem o marido e sem os filhos dela. (...) Porque o que ela passa, a gente já esperou chegar a morte dela. (...) porque ela anda de dia e de noite sem parar, ela fica violenta, ela quer bater no pessoal. Fica andando de pés, ela vai para rodoviária e volta a pé. De dia à noite. Passa de madrugada aqui, pega carona e não paga. E quando dá as crises nela é sempre assim. A polícia e o SAMU que pegam ela, somente. (JAMILE, Oficina VIII, efeitos da violência obstétrica em 07/11/2019)

Depois que Jamile casou, levou 10 anos para engravidar. Conta-nos que queria curtir o casamento. Mas também nos fala que sempre teve medo de engravidar e morrer. Quando soube da notícia que estava grávida, sua primeira reação foi ficar assustada, porque achava que ia morrer. Mas, logo depois, ficou muito feliz e curtindo a gestação. Diz que se sentia muito chique durante a gestação porque estava trabalhando e tinha um marido que a apoiava muito. Porém, durante todo o período gestacional, o medo de morrer na hora do parto estava presente.

Diz que o dia anterior ao seu parto foi um dia muito bom porque ela tinha passado o dia caçando tanajura e, quando foi de noite, as cólicas apertaram. Foi para maternidade amparada pela patroa, que conhecia as pessoas da maternidade. Ao chegar na maternidade, mandaram-na voltar no outro dia. Dormiu na casa de sua patroa e foi pela manhã para a maternidade.

Jamile tem uma narrativa de seu parto que se apresenta sempre marcada pela contradição. As primeiras palavras sempre são de um parto bom. Porém, quando começa a narrá-lo, vão aparecendo fissuras nesta experiência, marcadas pela dor e sofrimento.

Ao chegar na maternidade, disseram que o menino estava quase para nascer, ela estava com 9 cm de dilatação. Colocaram ela no soro e depois colocaram neste soro o “bendito coquetel”, que lhe provocou fortes dores.

E ela aguentou caladinha. Sem dizer um pio. Como todas as mulheres da pesquisa, com exceção de Liliane⁶, chegaram na maternidade já sabendo da máxima: não pode gritar! Se gritar, não vai ser atendida, vai sofrer maus-tratos. Fala que foi ponteada, levou anestesia, mas não foi informada da hora que cortaram. Fizeram nela a manobra de Kristeller, de forma que desfez toda a confiança de se estar num lugar protegido, já que os profissionais eram conhecidos de sua patroa:

JAMILE: A minha patroa que me levou e conhecia, foi minha sorte... foi muito bom... mas, o coquetel, minha filha, foi insuportável na minha vida... e aquele aperto que ele fez que eu lhe falei...

VERÔNICA: De subir na sua barriga? Isso se chama manobra de Kristeller...

JAMILE: Era para eles terem avisado... não avisaram não (...) o médico olhou para ela e fez (mostra um sinal com os olhos e a cabeça como se o médico estivesse dando um consentimento).. e aí, ela... tome (faz um gesto com as mãos como se fosse a mulher subindo na sua barriga e realizando a manobra de Kristeller)... com toda força.

Jamile agradece a Deus por não terem ficado restos de parto. Se assim tivesse ocorrido, conta-nos que acha que teria morrido, ela não aguentaria.

Já no alojamento conjunto, no pós-parto sem leite e sem ter formado o bico para a amamentação, o filho chorava e não conseguia mamar. Uma profissional (não especifica qual a categoria) chegou sem explicar e sem pedir licença, metendo as mãos nos seus seios e apertando. Procedimento que lhe causou muitas dores, mas não só dor física. Novamente Jamile aguentou calada, pois estava com medo e já sabia o destino das que não mantinham a boca calada. Deu de mamar a pulso, mas não passou de um mês.

Disse que, ao sair da maternidade, os pensamentos com as lembranças do que passou ficaram na sua cabeça. O que a ajudou foi ver seu filho bem e não ter ficado restos de parto. Se tivesse ficado restos de partos, ela acha que teria morrido.

Jamile garante que tudo foi esquecido e nada afetou sua vida. Ao ser perguntada se ela quer ter outro filho, diz que não, pois dá muito trabalho e que não tem a ver com o que passou. Mas, quando se imagina grávida, o primeiro pensamento que lhe vem à cabeça é na sua morte e justifica dizendo que tem muitas mulheres que morrem lá na Casa de Saúde. Pergunto se ela conhece alguma que morreu, diz que não, mas aparece no noticiário da televisão.

Na viagem mítica, Jamile se transformou numa gata que fez uma viagem para o Rio de Janeiro, para a floresta da Amazônia, um lugar muito bonito onde tem alegria e ela pode relaxar. O que ela mais gostou da viagem foi quando chegou na montanha, porque ela viu Jesus Cristo.

⁶ Liliane é de outro estado e por lá mesmo teve seu filho.

A gatinha fica muito frágil quando vai ter os gatinhos, assim como as mulheres. Ela fica forte quando cria os filhos. Uma gata nunca abandona seus filhos.

1.2.6 Joaquina

Joaquina é uma mulher tímida, que fala pouco e baixinho, mas o que fala sempre tem intensidade. Esteve presente em todas as oficinas, sendo muito colaborativa. Apesar da timidez, se integrou e entregou-se às atividades e ao grupo. É a única que não mora na comunidade vizinha, mas faz parte do grupo de atividades físicas.

Nasceu de um parto domiciliar com parteira há 48 anos. Teve uma infância muito feliz com a família num sítio em Alagoas, junto à natureza, com muitas árvores e rio. Diz que era feliz e não sabia.

Joaquina se autodeclara parda. Ela teve quatro gestações, três partos e uma situação de abortamento. Nos seus dois primeiros partos, ela teve tanto sofrimento que sofreu um apagamento e só consegue lembrar de poucas cenas.

Na gestação do seu primeiro filho, conta que se sentiu muito só, era ela e a TV. Sua irmã já tinha advertido que seria assim porque seu marido é caminhoneiro e sempre viajou muito. Mas, para além de ser um caminhoneiro, é um pai ausente, o que a magoou muito.

A família do marido cometeu violência racial, referia a cor da pele e as características fenotípicas de Joaquina ligadas à raça negra, como cabelo e cor da pele de forma depreciativa. Falavam que essas características iam passar para seus filhos.

No dia do parto, o marido não estava viajando, mas não foi com ela, era o casamento do irmão dele. Ela contou com o apoio de uma enfermeira conhecida da família do marido que a orientou quanto ao momento certo de ir para a maternidade. Por conta disso, só foi para a maternidade quando estava em trabalho de parto mais avançado, passou cinco horas de sua chegada ao momento do parto.

Chegou com muitas expectativas para o parto, no entanto, hoje se refere ao parto como um parto que destrói sonhos. Isso porque ela sofreu muito. Ela sofreu um apagamento dos seus partos. Do primeiro parto, lembra apenas que subiram na sua barriga para acelerar o parto e que levou pontos. Quando o seu filho nasceu, não fizeram o contato pele a pele. Ela só queria dormir. Teve frio, tremeu e dormiu muito. Só lhe ofertaram bebida e comida no outro dia de manhã.

O segundo parto, seis anos após, foi o que Joaquina acredita ter sofrido mais violência. Refere negligência, presença constrangedora de muitos estagiários e maus-tratos na hora da anestesia.

Fez duas ultrassonografias no pré-natal, a primeira pagou para fazer e a segunda fez no postinho. Na primeira teve o diagnóstico que o bebê estava sentado. Na segunda, disseram que estava na posição de nascer. Ela sentia que não, que ele estava do mesmo jeito.

Diferentemente do primeiro parto, chegou na maternidade muito assustada, com medo de passar por todo o sofrimento que havia passado do primeiro, e por saber que não teria ninguém para perguntar por ela.

Esse foi bem ruim, né? Porque não tinha ninguém. Você não tinha... não... sabia que não tinha ninguém lá fora... te... como não tinha acompanhante pra ficar com a pessoa, você sabia que não tinha nenhuma pessoa lá, que pudesse perguntar como você tava... nem nada. (JOAQUINA, entrevista)

Reclama que tinha muitos estagiários. Joaquina sofreu tanto que não consegue lembrar o que os estagiários fizeram, nem como falavam com ela, lembra apenas que se sentia constrangida.

Demoraram muito para decidir por um parto cirúrgico e o bebê entrou em sofrimento. Joaquina lembra que na hora da anestesia não conseguia ficar quieta quando vinha uma dor.

O seu marido foi na maternidade, falou oi, passou cinco minutos e foi embora. Isso a magoou profundamente. Passaram-se mais seis anos para Joaquina engravidar novamente. Infelizmente, aos três meses ela teve um aborto espontâneo. Não refere nenhuma situação de violência na assistência, como ser culpada de provocar o abortamento ou qualquer tipo de maus-tratos.

Um ano após, teve sua quarta gestação e terceiro parto. Nesse momento, diz que foi tudo perfeito. Tinha plano de saúde e um médico que gostava muito. Ela optou logo por uma cesariana. Não tem queixas desta gestação.

Joaquina refere três efeitos importantes na sua vida após os episódios de violência obstétrica. O seu segundo filho teve problemas pulmonares como sequelas do parto, segundo a médica informou para Joaquina. Ele passou quinze dias internado. Foi um período de muito sofrimento por ter deixado seu filho na maternidade. Ela, que tinha passado por um parto cirúrgico, se viu quinze dias depois do parto pegando transporte público para ver seu filho. Eram duas conduções de sua casa para a maternidade.

Tudo que passou lhe afetou psicoemocionalmente. Após sair da maternidade, principalmente, depois do segundo filho, ficou com pensamentos que ela não conseguia parar de pensar. Ela lembrava do que tinha acontecido na maternidade, tanto do sofrimento como da mágoa do esposo. Depois que o filho foi internado, começou a ter dificuldade para dormir, tanto pela preocupação como, depois que saiu da maternidade, pelos cuidados especiais. Também ficou com muito medo de engravidar e passar por tudo novamente. Diz que por conta disto retardou tanto as gestações. Outro efeito da violência obstétrica foi o incômodo por conta da cicatriz da cesariana, que foi um corte vertical e grande. Não consegue usar biquíni, acha feio.

Não só ela foi atingida. Joaquina acredita que seu filho mais velho até hoje sofre com tudo que ela passou na gestação, principalmente pela ausência do pai.

O que a fortaleceu para lidar com todos estes desafios foi a sua fé em Deus, em Nossa Senhora e o amor incondicional que sente pelos seus filhos. Embora seja uma pessoa reservada e sempre tenda a ficar com seus sofrimentos para si, fez novas amizades quando se mudou para outro estado e voltou a estudar. Quando perdeu seu bebê, este apoio foi muito importante. Por fim, o seu desejo de ter quatro filhos e ter uma menina foi um dos fatores que a fez enfrentar o medo de engravidar novamente.

Na sua viagem mítica, ela não pensou nela, pensou numa reportagem de uma jovem de 15 anos que perdeu o bebê por conta de uma possível violência obstétrica. Também lembrou de uma vaca que viu mugindo por conta do bezerrinho morto e era uma tristeza profunda. Nossa Senhora quem veio consolá-la e levar seu filhinho. Ela tem um louro que é muito carinhoso com ela. As borboletas simbolizam a liberdade. Ao trazer Nossa Senhora, quis simbolizar também o amor incondicional de uma mãe como um bálsamo para a cura das feridas. Ao trazer estes animais míticos, quis nos ensinar que a falta de cuidado fragiliza e o carinho fortalece.

1.2.7 Liliane

Liliane é uma mulher muito simpática e sorridente. Mudou-se há pouco tempo para a comunidade. É natural de Alagoas, mora numa cidade praiana. Apaixonou-se e casou-se com um caruaruense que viaja para a praia nos meses de verão para vender raspa-raspa. Fora do verão, vende seu raspa-raspa no centro de Caruaru.

Liliane tem 22 anos, se autodeclara parda e teve seu filho em 2016. Era noiva, mas do pai da criança, quando engravidou. Ele foi se afastando e, quando seu filho nasceu, já estavam separados.

Durante os nove meses da gravidez, fez seu pré-natal, todos os exames e vacinas que lhe passaram. Foi atendida apenas pela enfermeira, só foi atendida por médico na hora do ultrassom. No seu pré-natal, não lhe foi orientado nada sobre o parto e não fez visita para conhecer a maternidade.

Chegou na maternidade às 05:00 horas da manhã. O único exame que lhe realizaram até 17:00 horas foi a aferição da pressão arterial. Às 17:00 horas, transferiram-na para uma outra sala. Diz que sentia muitas dores, gritava e pedia ajuda aos médicos. Lá ofereceram a bola (exercício que ajuda a aliviar a dor). Apenas um médico lhe fez toque, mas o fez várias vezes, sem pedir consentimento e de forma muito dolorosa.

Aí o povo tudo olhando para mim, sentindo pena, porque sabiam... Eu dizendo a ele que eu não podia ter e ele dava aquele toque miserável e saía. Metia o dedo, tuim (faz gesticulação com o dedo como enfiando com muita força em algum lugar) e era um toque triste, Deus me livre meu Jesus! (sorri) (...) A dor da dedada é maior do que a dor do menino mesmo (LILIANE, Oficina VIII, efeitos da violência obstétrica em 07/11/2019)

Depois de vários toques, o médico falou que ela precisava de força e ia aplicar uma injeção de força, pediu autorização à mãe dela. Mas, para Liliane, essa injeção só aumentou a força da dor. “A dor aumentou com força. (...) Aumentou. Aumentou muito.”

Ela suplicava para ser realizada uma cesárea e os médicos diziam que não, que ela era larga. Ela ficou muito magoada, achando que isso não era explicação que se desse.

Oxe, que médico doido é esse que está dizendo uma coisa dessa? (...) Eu não gostei não. (risos) A pessoa se sente incapaz de estar tendo essas coisas com a pessoa. O meu colo do útero era muito grosso, ele até que rompeu a bolsa (LILIANE, Oficina VIII, efeitos da violência obstétrica em 07/11/2019)

Como a dilatação parou de evoluir, decidiram fazer um parto cirúrgico. Não lhe foi dado o direito de acompanhante para a sala de cirurgia. Colocaram-na na mesa e a amarraram. Ela não sabia se podia ou não. Mas se sentiu mal em estar amarrada. No entanto, foram legais com ela durante a cirurgia, tinha uma pessoa na sua cabeceira, uma mulher, não sabe se médica ou enfermeira, que ficava lhe acalmando, falando coisas como “olha, vai nascer...” Isso lhe fez muito bem.

Mostraram o bebê assim que ele nasceu e levaram, depois colocaram entre suas pernas. Ela ficou muito tensa, pois não conseguia se mexer, porque tinha medo dele cair. Foi quando sua mãe chegou e ela pôde dormir tranquila.

No alojamento coletivo, uma doutora foi lhe ensinar como dar massagens nos seios para o leite chegar. Ela não sentiu como invasiva, não apertou os seios delas, apenas mostrou como ela deveria fazer nos seus seios para estimular o leite. E deu certo, o leite foi chegando devagarinho.

O título da viagem mítica de Liliane foi “Superação”. Trouxe um leão que tem muita garra e conseguiu sair do buraco com a ajuda da família. Mas conseguiu subir a montanha sozinha, ao se transformar num pássaro, fez um voo muito legal viajou até as nuvens diante de um céu azul. Esses animais nos ensinam que ficam frágeis quando são machucados e ficam fortes quando protegem os filhotes, têm muita garra.

Ao perguntar se ela identificava alguma coisa que tinha ficado da experiência, alguma consequência que a marcou, diz que não. Porém, fala que não quer ter parto normal, do próximo quer começar a pagar uma cesariana. Tem medo de sofrer de novo.

Ela se sentiu muito mal porque não conseguiu se apaixonar logo de início pelo filho. Ela não sentia aquele amor forte pelo seu filho como as outras mulheres que conhece. Por isso ficou achando que ela era uma pessoa ruim, muito má. Sentia grande culpa. Lembrei a ela como ela sofreu na gestação e quanto ela era novinha. Liliane me disse que isso fazia sentido, porque olhava para o menino e não tinha como não lembrar do pai dele e do quanto foi magoada. Também expliquei que isso pode acontecer com algumas mulheres que têm parto cirúrgico, do papel da ocitocina natural na construção dos vínculos mãe-filho e que amor é algo que se constrói, inclusive o de mãe. Olhei nos seus olhos e afirmei que isso não era culpa dela. Perguntei como ela se sentia escutando estas coisas de mim. “Eu fico feliz, né...? Que sei que não foi de mim, né? (risos)”.

Pelo fato de ter sido abandonada na gestação, ficou com vergonha de se relacionar por conta das marcas de estrias que ficaram no seu corpo. Liliane também me contou como foi importante o apoio da família, principalmente da mãe dela, para superar tudo que passou. Amamentar e cuidar do filho fortaleceu seus vínculos com ele e ela foi cada vez mais amando seu filho. Hoje ela sofre porque casou novamente, mora na casa da sogra e não tem como trazer o seu filho neste momento. Quando vai, no verão, para a cidade da sua mãe, ela mata a saudade e fica o tempo todo com ele.

Observei que ela ria o tempo todo quando falava de uma coisa que foi difícil e que a fez sofrer. Ela me explicou que isso só acontece depois, na hora não, e que tinha um propósito: “se a pessoa pensar, endoida, e aí tem que rir mesmo.” (LILIANE, Oficina VIII, efeitos da violência obstétrica em 07/11/2019) Fala e cai na risada novamente.

Contei para Liliane que, se ela quisesse ter um filho com parto normal, ela poderia escutar outros médicos ou médicas sobre o diagnóstico que lhe deram sobre o útero ser grosso e só poder ter cesariana. Também falei da casa de apoio à gestante, do trabalho das doulas e do apoio que elas têm dado a outras mulheres. “Eu queria, do próximo que eu tivesse, ter normal, né? Mas a pessoa não sabe?!”.

Eu fiquei pensando, será que o parto de Liliane poderia ter sido diferente se ela tivesse tido orientação e apoio com métodos não farmacológicos para o alívio da dor?

1.2.8 Maria Antônia

Maria Antônia tem uma candura especial. Ela nos acolhe com seu olhar e com seu jeitinho de falar, tão especial. Em vários momentos da pesquisa, escutei as mulheres falarem como ela é querida na comunidade. Ela nos trouxe muitos ensinamentos, em especial sobre como as mulheres criam estratégias para se protegerem da dor.

Maria Antônia é uma mulher de 69 anos, se autodeclara na entrevista como morena clara. Seu tom de pele é bem escuro e, no decorrer das oficinas, ela se autodeclarou como mulher preta. Contou-nos histórias de racismo que sofreu e como superou.

Maria Antônia tende a falar muito baixinho e a se depreciar. A primeira vez que ela pegou num pincel foi na nossa oficina de pintura. Falava que nunca ia conseguir pintar, tinha que abrir a mente. Maria Antônia fez pinturas belíssimas e de muita expressão, elogiada por todas do grupo.

Ela teve uma vida muito boa antes de engravidar. Vivia com as tias e arrodada de amigas. Casou-se duas vezes. O primeiro marido ela conheceu num terço de Santa Luzia.

Todas as gestações que teve foram do primeiro marido. Foram duas gestações e dois partos, não teve nenhum aborto. As gestações foram uma bênção de Deus, porque ela não sentia nada. Nunca fez um pré-natal, porque naquela época “não tinha essas coisas”. Ficou a gravidez inteira “nas mãos de Deus”.

O primeiro parto foi de seu único filho vivo, entre 1975/6. O segundo, em 1977, foi uma menina, mas já nasceu morta.

Quando casou pela primeira vez, o seu avô lhe deu uma casinha para morar. Sua primeira gestação representou um momento muito difícil de sua vida porque o pai da criança mudou e ficou muito agressivo. Ele tentou bater nela, mas ela conseguiu se defender.

Ao chegar na maternidade, viu as mulheres sendo maltratadas. Chamou a parteira e lhe disse que se ela olhasse por ela, depois dava um agradozinho.

Aí eu falei com a mulé, lá. Eu digo: ô dona Maria, chamei com ela dona Maria, me ajeite aqui pelo amor de Deus! Depois eu lhe dou um agradozinho. (risos). Mas minha fia, graças a Deus, foi tão... foi uma bênção de Deus. Adepois eu fiquei ói (faz um gesto do polegar para cima, como o símbolo de legal)... ia pra casa dela... (MARIA ANTÔNIA, entrevista)

Maria Antônia nos conta que começou com um incômodo no dia anterior e adoeceu às 09:00 horas da noite. Quando o dia amanheceu pegou um carro para maternidade, chegou às 07:00 horas e o menino nasceu às 17:00 horas. Sentiu muitas dores, mas afirma que foi muito bem tratada, não sofreu maus-tratos e nega que tenha recebido qualquer tipo de procedimentos. Não lhe foi aplicado ocitocina, não lhe fizeram episiotomia, também não levou pontos e não lhe foi feita a manobra de Kristeller. Ela sentiu dores, mas não gritou, aguentou tudo e recebeu um comentário da parteira que a chamou de mulher macho, pois aguentou tudo caladinha. Ela acha que isso foi um elogio.

O marido a deixou, ela não sabe por quê. Ele não sabia, ela estava com um mês de gravidez. Ela não ficou triste por isso. Mas fala que foi um período muito difícil da vida dela. Seu filho mais velho tinha cinco meses.

No dia do seu segundo parto, acordou, foi lavar roupa e começou a sentir uns incômodos. Colocou suas roupas numa sacola e foi para a rua, onde seu avô tinha uma casa perto da maternidade e morava uma tia. Ao chegar lá, pediu para a tia ir com ela para a maternidade. Foram a pé porque era muito perto. Assim que chegou na maternidade, a menina começou a nascer, porém, nasceu morta. Foi enterrada na maternidade mesmo, ela viu quando a colocaram num caixãozinho. Ela não foi para o sepultamento porque estava de resguardo. Maria Antônia sentiu muita pena, era uma menina bem gordinha. Mas, ela se conformou, pois ficou com o outro filho que é uma bênção na sua vida e crê que Deus sabe o que faz. Não teve mais filhos, pois ficou sozinha por uns 10 anos.

Onde ela morava tinha um homem que, quando suas irmãs passavam, ele mangava da cor delas. A filha deste homem namorava um homem preto, que, segundo ela, era da cor dela. Ele não aceitava esse relacionamento. Ele ficou viúvo e terminou por se apaixonar por Maria Antônia, viveram por 29 anos e faz nove anos que ele faleceu. Ela brincava com ele dizendo que estavam juntos para ele pagar com a língua:

Eu fazia assim na cara dele. “Tu sabes porque tu estás morando comigo?” “Porque eu gosto, nega, de você”. E eu dizia: “Pagando tua língua, oia...” eu passava o traço ... “Tu falava da tua fia, que ela não podia namorar com um

preto e tu não quisesse”.⁷ ... Mas, era uma bênção, dona Verônica, uma pessoa tão boa. Tá aí as meninas que o digam. (MARIA ANTÔNIA, , Oficina VII “confetos” dos partos em 31/10/2019)

Todas confirmam a pessoa maravilhosa que ele era. Aprendemos todas com Maria Antônia como as pessoas se tornam melhores quando vencem as barreiras do racismo.

Maria Antônia, no exercício criativo da viagem mítica, deu o título de sua viagem como “Fazenda Esperança”. Ela trouxe a sua vaquinha Pretinha, lembrando de quando era jovem e seu avô tirava leite para a família, ainda distribuía com os vizinhos. A vaca Pretinha caiu num buraco, ficou uma vaca atolada (ri muito com isso). Quem a tirou foi um trator e Deus. Ela é uma vaquinha que tem gratidão por quem a ajudou sair do buraco. Ao chegar no alto da montanha, viu uma vista muito bonita, tinha muito capim e palha. A vaquinha fica frágil quando não tem alimento e tiram os filhos de perto dela. Quando a vaca se alimenta e dá alimento aos outros, ela se fortalece.

Ao perguntar a Maria Antônia se a experiência da violência obstétrica marcou sua vida, ela diz que não, porque não acha que sofreu a violência, tudo foi ótimo.

1.2.9 Solange

Solange foi nosso anjo da guarda na comunidade. Ela quem mobilizou grande parte das mulheres, quem fazia a ponte com o proprietário do lugar onde acontecia a oficina. Ela trazia água para bebermos e cafezinho, às vezes trazia frutas. Sempre que ia na sua casa, voltava com um presente de sua horta. Solange irá nos ensinar caminhos de resiliência na sua fé, na sua constante alegria e força para o trabalho, seja remunerado ou solidário.

Solange se autodeclara parda, tem 56 anos, só engravidou uma vez, aos 16 anos. Engravidou do seu primeiro namorado, quando foi ter o filho já tinha se separado dele. Vivia com a mãe e trabalhava lavando roupa de ganho e na agricultura. Na agricultura, plantava nas terras de uma pessoa da comunidade. Plantava milho e feijão. O pagamento do uso das terras era dar a palha do milho para o dono. Ela vendia o milho. Uma parte do milho e todo o feijão ela distribuía na comunidade.

Conseguiu comprar o enxoval do seu bebê. Lavou tudo direitinho, queimava lavanda para ficar cheiroso e guardava numa caixinha.

Não gostava de se alimentar, basicamente comia abacaxi e melancia. A sua mãe fazia uma papinha com a gema do ovo e a farinha para ela ir trabalhar. Fez todo o seu pré-natal num

⁷ Todas falam ao mesmo tempo, não consigo compreender o que dizem, depois a voz de Maria Antônia volta a se destacar.

centro de saúde chamado lactário. Conta-nos que foi a todas as consultas e tomou todas as vacinas.

Na época que engravidou, morriam muitas mulheres na maternidade, era essa a notícia que tinham. Mas sua mãe era mulher de muita fé. Fez uma promessa para nossa Senhora do Bom Parto.

Como era seu primeiro parto, a mãe de Solange achou melhor ela ir para rua caso houvesse algum problema, pois nunca se sabe quando é o primeiro filho. Ela foi para casa da irmã. Mas era o dia do show de Roberto Carlos. A irmã estava com medo de perder o show. Foi muito grosseira e abandonou Solange na maternidade sozinha: “Disse assim: deixa eu ir ali na praça pegar um táxi para ele te despejar na maternidade. Aí eu disse: faça isso mesmo e fui para lá ficar com as mulheres na maternidade.” A mãe de Solange se comprometeu a ressarcir todo o gasto que sua irmã tivesse com ela. Ela aproveitou-se da situação e cobrou o valor do táxi em dobro.

Na maternidade, Solange ficou ajudando as enfermeiras, como, por exemplo, levando as mulheres para o banheiro ou pegando água. Todos estavam impressionados por ela não estar sentindo dores e estar com uma cara ótima. Disseram que iam estourar a bolsa, ela ficou assustada porque era com um ferro, mas disse que não doeu. A única coisa que sentia era uma vontade imensa e constante de ir ao banheiro. Numa destas idas, estava no vaso sanitário quando sentiu o estralo, uma dor forte e ficou dormente da cintura para baixo. Gritou por ajuda para a enfermeira. A carregaram para sala de parto “Ainda me levaram no braço, cada um pegava num braço e outro no menino para o menino não nascer no meio do salão.”

Quando menino nasceu, escutou os médicos falarem que ele era muito pequeno e que viria um especialista de Campina Grande para examinar. No décimo terceiro dia a criança começou a chorar e não tinha quem parasse. Sua mãe foi lhe preparando, dizia que ele dava sinais que não ia viver muito tempo. Ela dizia. “Pode se conformar. Menino que conta os dedos não se cria”.

Infelizmente, seu bebê faleceu em casa no décimo nono dia. Sua fé no poder de Deus sobre as vidas e na sua sabedoria divina de controlar o que nos acontece, deu-lhe aceitação do destino.

Apesar de ter perdido ele, mas é aquela coisa, nós só tem aquilo que Deus quer, né? Se ele me deu... ele não me deu, ele me apresentou ele. Era dele, né? Só me apresentou. Olhe, “tô lhe apresentando, mas vou levá-lo que é meu”. Aí levou (risos).

Na sua viagem mítica, que deu o nome de “Saudades de Rochinha”, ela traz a triste história de sua burrinha que faleceu há pouco tempo. A burrinha fica frágil quando lhe falta cuidados e encontra no trabalho uma forma de esquecer tudo e se fortalecer.

Solange acredita que nada que passou trouxe algum efeito para a sua vida. No entanto, apesar de sua resiliência, a vivência do luto voltou para Solange de forma simbólica quando trouxe a história de sua burrinha Rochinha, que nos contou que era como uma filha. Ela pôde chorar e elaborar o luto da morte de Rochinha na oficina.

1.3 A história que deu origem a pesquisa

O caminho que inicio esta tese é o que mais se aproxima dos dados produzidos na pesquisa. Para cada pintura, as mulheres mergulharam nos seus corpos, entraram em contato com suas sensações, aguçaram seus sentidos, suas emoções, acordaram as suas memórias e as transformaram em pontos, traços e cores. Contemplaram as suas produções e das outras participantes. Foram integrando suas produções artísticas a um fluxo do pensamento e as transformando em palavras. Ao falarem, compartilharem e refletirem, foram encontrando novos sentidos ao que viveram nas diversas fases de seus ciclos reprodutivos. Foi um momento de grande generosidade delas. As Mulheres Guerreiras do Agreste,⁸ como se nominaram para a pesquisa, trouxeram-nos grandes aprendizados e foram nos iluminando com suas potências de vida, que vão para além das dores e sofrimentos trazidos.

Talvez este percurso cause um certo estranhamento ou até desconforto, pois, tradicionalmente, a academia não tem sido o lugar da arte. Segundo Maffesoli (1998), a ciência moderna, na sua busca por um conhecimento puro, neutro, objetivo e universal, alijou tudo que fosse obscuro, como a arte e o mundo subjetivo. Uma vez me contaram uma lenda que Buda discursou sobre o mesmo tema de 80 formas diferentes. Lembrei da forma cíclica da vida, que, em suas voltas, mostra-nos muitas vezes o mesmo fato que, ao ser experimentado de várias formas, amplia-nos as formas como o percebemos.

Segundo Clandinin e Connelly (2000/2015), uma pesquisa narrativa conta sobre uma história vivida. Deste modo, ao longo deste estudo, as narrativas que iniciam esta reflexão serão retomadas por mim e outras vezes, espero, pelo/a/e leitor/a/e. A intenção não é romper com o

8 As mulheres escolheram o nome da sua comunidade, no entanto, para garantir o sigilo das histórias contadas, trocamos o nome da comunidade pela região da qual o município faz parte.

saber científico, ao contrário, é, a partir do diálogo, torná-lo mais amplo, pluriVersal⁹ e sensível¹⁰.

Por conta disso, irei trazer outras narrativas que estarão sempre girando em torno do objeto de estudo: os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres. No entanto, antes de mais nada, gostaria de me apresentar e explicitar o lugar de onde falo. Sou uma mulher feminista, branca e de classe média, tive ao longo de minha vida privilégios negados a grande parte da população. Nunca fui constrangida por conta da cor da minha pele, ou pelo tipo de cabelo, tão menos pelos meus traços fisionômicos. Não carrego na minha trajetória as dores oriundas do racismo estrutural. Porém, desde os meus doze anos de idade, estive me inserindo em várias lutas pela construção de um mundo mais justo. A trajetória do doutorado me ensinou que essa construção não é possível se não for atravessada pela luta antirracista.

A necessidade de realizar o estudo da violência obstétrica foi construída ao longo da minha vivência durante o processo de qualificação e humanização do parto e nascimento em Caruaru. Nessa caminhada, tive a oportunidade de participar de várias rodas de diálogo com mulheres que, ao contarem suas experiências de parto, referiam-se a dores e sofrimentos ainda presentes, mesmo em relatos de parto ocorridos há mais de três décadas.

Essa trajetória teve como ponto de partida minha inserção profissional. Sou psicóloga, integrante da equipe técnico-administrativa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), do Campo Acadêmico do Agreste (CAA) desde 2013. Entrei na instituição no momento em que se iniciava a preparação para a implantação do primeiro curso de Medicina da instituição na cidade de Caruaru, que recebeu a sua primeira turma em 2014. O planejamento de sua grade curricular e do perfil de egressos levou em consideração os princípios e diretrizes do SUS, assim como as necessidades de saúde do povo brasileiro, em especial, da região de abrangência da IV Gerência Regional de Saúde (IV GERES) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que corresponde à Região do Agreste, onde a sede do curso está situada. Outra característica é que não há unidades de saúde ou hospitais próprios e, por conta disso, desde sua origem, tem sido

9 Refiro-me ao conceito de Mignolo (2007/2008) referente ao conhecimento que se estrutura em uma desobediência epistêmica porque busca romper com o pensamento monodialógico, eurocêntrico e tido como unívoco da Modernidade, sem, no entanto, ser fundamentalista, e sim se abrir para a construção dialógica com as cosmovisões dos povos que tiveram suas humanidades negadas.

10 Por conhecimento sensível me refiro ao conceito elaborado por Duarte Júnior (2000) e um saber primordial, saboreado e incorporado ao corpo e que se aproxima de uma visão integralizadora da realidade. “Tudo aquilo que é imediatamente acessível a nós através dos órgãos dos sentidos, tudo aquilo captado de maneira sensível pelo corpo, já carrega em si uma organização, um significado, um sentido. (...) Sem dúvida, há um saber sensível, inelutável, primitivo, fundador de todos os demais conhecimentos, por mais abstratos que estes sejam; um saber direto, corporal, anterior às representações simbólicas que permitem os nossos processos de raciocínio e reflexão” (p.14)

construída uma forte integração do ensino com os serviços já existentes para o cenário de prática dos/as/es estudantes que são inserido/as/es nas unidades de saúde, desde as suas primeiras semanas de aula até a sua conclusão.

Visando garantir que os serviços atuem como formadores, parcerias com as secretarias de saúde das cidades do Agreste que compõem a IV GERES têm sido estabelecidas com o objetivo de apoiar o planejamento, qualificação técnica e humanização dos serviços. Foi neste contexto que a Prefeitura de Caruaru solicitou à coordenação do Curso de Medicina apoio na transformação do cenário de parto e nascimento da Maternidade Municipal. O lugar, que deveria ser símbolo da vida, era comumente representado pela comunidade como um “matadouro”, uma simbologia que expressava um atendimento negligenciado e desumanizado. Referiam que ser atendido lá é uma experiência semelhante a dos animais na fila do abate.

O primeiro passo foi criação da Comissão de Trabalho para a Elaboração da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal através de Decreto Municipal, no qual representei a UFPE desde o início. Posteriormente, foi criado o Movimento Nascer Bem Caruaru (MNBC), uma parceria entre a Secretaria de Saúde de Caruaru e o Curso de Medicina da UFPE/CAA. O MNBC teve como objetivo qualificar o pré-natal, o parto, o nascimento e o puerpério no município. Também foi inaugurada a Casa de Apoio a Gestantes¹¹, com uma equipe de doulas 24 horas por dia. Fui convidada para compor a equipe do MNBC como coordenadora da humanização do parto na Maternidade Casa de Saúde Bom Jesus. Nossa equipe realizou uma série de mudanças estruturais, da gestão e do processo de trabalho da maternidade. A equipe implantou pré-parto, parto e pós-parto (PPP) em apartamentos individuais, com chuveiro quente para cada parturiente; garantiu o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante; separou os leitos de atendimento das mulheres em situação de abortamento ou de parto natimorto das mulheres que iam parir; mudou a remuneração da equipe médica, antes regida por produtividade, para um sistema que valorizou as boas práticas obstétricas¹² adotadas; compôs uma equipe de enfermagem com formação em obstetrícia e implantou um processo de avaliação do grau de satisfação das gestantes com a maternidade. A primeira grande transformação a curto prazo foi a reversão dos números de partos cirúrgicos em favor dos partos normais.

Comecei a sentir a necessidade de desenvolver ações para além da maternidade, no sentido de desmistificar o parto normal junto à população. A primeira frente de atuação foi o

11 Este serviço é destinado às mulheres que moram na zona rural ou de difícil acesso e que procuram a maternidade com os primeiros sinais do parto, porém ainda não estão no momento do internamento.

12 As boas práticas obstétricas são recomendações da OMS publicadas em 1996 e 2018 e têm por objetivo garantir um parto respeitoso e baseado em evidências científicas (OMS, 1996; WHO, 2018).

suporte aos grupos de gestantes que devem ocorrer rotineiramente nas Unidades da Estratégia Saúde da Família. Nosso objetivo foi ampliar os temas trabalhados nesses grupos, introduzindo a desmistificação dos partos cirúrgico e natural, os direitos das gestantes e o enfrentamento da violência obstétrica. Também buscamos fortalecer a atuação conjunta com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), principalmente para a incorporação nesses grupos de exercícios físicos que fortalecessem as musculaturas envolvidas no parto e puerpério, assim como métodos não farmacológicos de alívio das dores em todas as fases do ciclo gravídico puerperal.

Em 2015, iniciamos a realização do Curso de Formação de Ativistas em Defesa do Parto Humanizado. Foram sete turmas, envolvendo mais de 200 pessoas da sociedade civil de Caruaru e municípios vizinhos. Como estratégia de divulgação da primeira turma, participamos de todas as pré-conferências e a Conferência Magna de Políticas Públicas para Mulheres de Caruaru daquele ano. O debate gerado e a ressonância do tema nas mulheres do Município tiveram como resultado o fato de que a proposta mais votada da Conferência Magna foi a humanização do parto e enfrentamento da violência obstétrica. Visando dar uma resposta a essa resolução da conferência, a Secretaria da Mulher e dos Direitos Humanos, em parceria com a Secretaria de Saúde, Universidades e Movimentos Sociais, criou a Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica (CTEVO).

Essa vivência me fez ter a oportunidade de entrar em contato com as gestantes e seus familiares, quando participei de rodas de conversas com mulheres em diferentes espaços, inclusive na vida pessoal. Nesses encontros, sempre escutava narrativas de vivências de partos que, em sua maior parte, eram marcados por dor e sofrimento. Essas histórias giravam em torno de experiências das mulheres ou de outras pessoas próximas e sugeriam impactar dimensões importantes de suas vidas, como a afetividade, a sexualidade e decisões reprodutivas. Também comecei a perceber que os efeitos das violações sofridas no parto se davam por períodos consideráveis, podendo perdurar por décadas. Porém, no contexto em que me encontrava, não podia fazer maiores aprofundamentos na escuta destes relatos. No entanto, meu olhar lapidado pelo feminismo, pela clínica psicológica e pela minha atuação por mais de 20 anos na implantação de políticas públicas no SUS nas três esferas de governo, levaram-me a perceber, em um primeiro momento, que havia instalada uma necessidade social de cuidado e de promoção de direitos. Perguntava-me se essas necessidades teriam sido captadas pelas instituições. Isto é, haveria políticas de referência para o enfrentamento desta violência? Foi uma surpresa descobrir a inexistência do termo “violência obstétrica” nos documentos das políticas públicas.

Quando iniciei esta jornada, entre 2014 e 2015, perguntaram-me pela primeira vez se já havia escutado falar sobre violência obstétrica. Afirmi que sim, por sentir familiaridade como se fosse um termo antigo e muito conhecido. Eu tinha a sensação de que sabia do que se tratava. Fazia movimentos de tentar me lembrar onde havia escutado ou lido sobre o tema. Voltei para as memórias de década de 90, quando comecei minha trajetória no SUS, até os dias atuais, e não conseguia situar onde havia escutado.

Na medida que o trabalho avançava na implantação do projeto de humanização, eu me confrontava com a necessidade de detalhar o que seria violência obstétrica a fim de identificar ou criar ações de enfrentamento. Eu fui percebendo que, apesar da noção e familiaridade com o termo, pouco sabia sobre ele. Fui em busca de conhecimentos sistemáticos sobre as políticas de enfrentamento da violência obstétrica, como sempre fiz durante os anos que trabalhei implantando políticas no SUS. Quanto mais aprofundava as buscas na literatura científica, mais ficava surpresa por encontrar poucas publicações sobre o tema e nenhuma política que trouxesse medidas para seu enfrentamento. Por outro lado, mesmo escassos, os estudos encontrados desenhavam um cenário de um problema de saúde coletiva de grande magnitude e como expressão de iniquidades sociais.

Não se pode precisar exatamente quando a violência obstétrica surgiu, porém, podemos precisar quando o termo foi referido pela primeira vez em um documento público. Isso se deu em 2007, na Venezuela. Ao lançarmos um olhar histórico, vamos encontrar elementos talvez embrionários e outros mais consistentes que sugerem que a violência obstétrica vai se constituindo à medida que uma sociedade misógina, heteronormativa e desigual vai se constituindo. A exemplo disso, encontramos o mito bíblico de um parto consagrado à dor como castigo pela desobediência de uma mulher, Eva, a uma figura superior e masculina, Deus. Porém, é na passagem de parto como um evento feminino e domiciliar para um evento masculinizado, centrado no médico e altamente tecnificado, que encontramos elementos mais definidores do modelo de parto que hoje é hegemônico e que dá as condições concretas para que aconteça a violação dos direitos.

Veremos ao longo deste estudo que o parto tecnificado trazia a promessa de partos assépticos, seguros e indolores. No entanto, o parto que se tornou hegemônico na sociedade, principalmente após a Segunda Guerra, foi se caracterizando pelo uso crescente e em cascata¹³

13 Esta é uma expressão comumente utilizada para se referir a que a utilização de um procedimento leva a outro. A exemplo disto, Regis (2016, p.102) traz um relato de parto em que a parturiente solicitou a analgesia, que levou a anestesia, que, por sua vez, resultou na perda da força e, como consequência, lhe foi realizado episiotomia e foi utilizado o fórceps.

de procedimentos nas suas rotinas, com o desempoderamento gradativo das mulheres. Um processo dependente de profissionais da medicina, no qual valores éticos e políticos foram corroídos em prol da técnica. Assim, as relações antes marcadas pelo cuidado afetuoso das parteiras e de outras mulheres deram lugar às relações assimétricas de poder e saber entre os profissionais de saúde e as parturientes. Essas relações desiguais, onde as mulheres encontram-se solitárias nos hospitais, acentuou a vulnerabilidade típica da condição do parto ou de situações de abortamento, tendo facilitado que os profissionais de saúde realizassem maus-tratos, humilhações, agissem com negligência e outras situações que potencializam as dores no parto e instalam processos de sofrimento. Veremos que esse modelo de parto que se tornou hegemônico foi um dispositivo que serviu à colonialidade do poder/ser/saber. Serviu para subjugar o poder das mulheres e controlar seus corpos, sua sexualidade e seu poder de decidir sobre a sua reprodução. Além disto, funcionou para as mulheres negras como um dispositivo do racismo e dos ideários eugênicos de opressão e branqueamento da sociedade. As violações que esse modelo de parto fez emergir e se consolidar ao longo dos tempos têm sido de tal forma rotineiras que se tornaram invisibilizadas, pois têm sido representadas como naturais do parir. Assim, escuta-se comumente: “calma, é assim mesmo!”

Muller, Rodrigues e Melo (2015) trazem pistas para a compreensão dessa invisibilidade. As autoras defendem que o parto se constitui um tabu para a sociedade, nas ciências humanas e nas pautas do movimento feminista. O parto traz a dicotomia entre o sagrado e o impuro, entre o natural e o cultural, inscrevendo-se como um tabu. E é na tensão entre o natural e cultural que as autoras situam um dos grandes conflitos que levou as Ciências Sociais a invisibilizar, silenciar ou questionar o parto enquanto tema de relevância no mundo acadêmico. Para o movimento feminista, o parto se constituiu um tabu porque foi necessário se contrapor à naturalização da maternidade. Isso porque o patriarcado utilizou como estratégia de fortalecimento relegar a predestinação das mulheres para a maternidade, visando fragilizá-las para o mundo do trabalho e aumentar o seu poder sobre elas. Ainda trazem o argumento de que o movimento feminista tendeu a eleger como principal bandeira de luta o direito das mulheres de decidirem sobre o seu corpo, o que levou o foco de luta para as questões da contracepção e do aborto. Por fim, as autoras colocam que esse fato se deve também a um desconhecimento do cenário obstétrico nacional.

Outra razão para o termo não constar nas políticas públicas é por ele ser recente, como já foi visto. Com a discussão e construção de estratégias para garantir o direito de toda mulher viver livre da violência e do direito de nascer com dignidade, a Venezuela, em 2007, utilizou pela primeira vez o termo “violência obstétrica”, e criou a primeira lei no mundo que enfrenta

a problemática. O documento, além de tipificar os seus atos constitutivos, criou códigos de penalidades para seus infratores. A partir de então, o enfrentamento desta violência adentra códigos legislativos em vários países (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

No Brasil, ainda não contamos com leis nacionais que criminalizem a violência obstétrica, embora vários projetos tramitem no Congresso Nacional. No vácuo de uma legislação nacional, várias leis municipais e estaduais foram criadas, estimulando a humanização do atendimento no ciclo gravídico-puerperal, assim como tipificando e criminalizando a violência obstétrica.

Dar nome a essas violações foi de fundamental importância para se buscar debater e estudar cada vez mais este tema. No entanto, ainda não há consenso para o seu conceito. No conceito seminal da lei da Venezuela, assim como no conceito da lei argentina, há referência que a violência obstétrica se dá pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres (ARGENTINA, 2009; VENEZUELA, 2007).

Os debates gerados têm ampliado o conceito da violência obstétrica, o que se considera seus atos constitutivos e seus perpetradores. No dossiê “Parirás com dor”, essa violação passa a ser considerada como atos “(..) praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012 p. 60). Os perpetradores vão para além dos profissionais de saúde, também sendo considerados as instituições e os civis. Ainda reconhece que essa violência pode acontecer para além do parto e pode ter caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. No Apêndice A, encontra-se o quadro 01, construído com estes caracteres e suas respectivas definições e exemplos de atos constitutivos.

No Projeto de Lei 878/2019, da Deputada Talíria Petrone e outros (BRASIL, 2019b), que tramita no Congresso Nacional, há uma tipificação extensa dos atos constitutivos da violência obstétrica que podem ser agrupados em: questões institucionais de infraestrutura e de organização que privam ou desqualificam o acesso aos serviços de saúde; procedimentos que deveriam ser utilizados com cautela e que são utilizados como rotina e procedimentos que deveriam ser evitados ou até eliminados; negligência, maus-tratos, humilhações, pressões psicológicas e julgamentos morais que decorrem das relações assimétricas entre profissionais de saúde e as mulheres.

Diante do que foi refletido até o momento, pode-se constatar que: a violência obstétrica é um fenômeno social de grande magnitude; a vivência deste tipo de violência pode desencadear efeitos deletérios nas diversas dimensões da vida das mulheres violadas e ter longa duração; os

efeitos desencadeados podem gerar necessidades específicas de cuidados de saúde ou de promoção de direitos.

Assim, nos colocamos diante da necessidade de pensar em políticas públicas de medidas de enfrentamento à violência obstétrica. Tendo como referência o conceito utilizado por Scott *et al* (2016), podemos perceber que é uma ação complexa:

O conceito de enfrentamento utilizado é referenciado de acordo com as propostas de implementação de políticas públicas e proposições de ações conjuntas entre as diversas esferas governamentais (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social etc.), que visam desconstruir as desigualdades de gênero, combater a violência e promover o empoderamento das mulheres (p.854)

Desse modo, pensar nas ações de enfrentamento da violência obstétrica vai além do seu combate e busca identificar as necessidades que são desencadeadas após a sua vivência. Assim, faz-se necessário uma aproximação do cotidiano, visando lançar olhares mais amplos posteriormente. O que nos leva às seguintes questões: como a violência obstétrica atravessa e marca a vida das mulheres? Como as mulheres narram suas experiências após terem sofrido violência obstétrica ao procurarem assistência ao parto e nascimento de seus filhos e filhas nas maternidades públicas? Quais os efeitos desta violência sofrida na vida destas mulheres? O que estas mulheres têm a nos ensinar em relação às suas estratégias de enfrentamento? Quais as suas necessidades de cuidado e de promoção de direitos?

Meu olhar clínico, de sanitarista e feminista me faz perceber que, enquanto a transformação das cenas de parto não ocorrerem, isto é, enquanto o ciclo gerador desta violência obstétrica não for interrompido, é necessário cuidar da saúde e promover os direitos destas mulheres. E para a construção de políticas públicas de inclusão e reparação, é necessário identificar tanto os efeitos dessa violência como as necessidades de saúde e de promoção de direitos que surgem em decorrência da violação sofrida. Por fim, identificar suas estratégias de enfrentamento como forma de fortalecer suas lutas individuais/subjetivas e coletivas/intersubjetivas, no sentido do empoderamento das mulheres.

Desse modo, este estudo teve como objetivo geral: ‘Compreender e analisar como a violência obstétrica atravessa a vida das mulheres marcando suas experiências após terem sido violadas ao procurarem assistência ao parto e nascimento de seus filhos e filhas.’

Para tanto, a partir da análise sociopoética das narrativas dessas mulheres, a pesquisa teve os seguintes objetivos específicos:

- Identificar possíveis efeitos dessa violência na subjetividade/intersubjetividade e nas diversas dimensões da vida das mulheres que sofreram violência obstétrica;

- Conhecer as suas estratégias de enfrentamento da dor, sofrimento, possíveis sequelas físicas e psicológicas que podem decorrer dessa experiência;
- Conhecer as redes de apoio social a que recorrem;
- Identificar possíveis necessidades de saúde e de promoção de direitos.

Durante o doutorado, alguns acontecimentos importantes transformaram meu olhar para a violência obstétrica. O primeiro foi participar do grupo de estudos sobre feminismos coordenado pelas professoras Dra. Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro, do Programa da Pós-Graduação em Psicologia, e Dra. Vivian Matias dos Santos, do Departamento de Serviço Social. Essa participação me levou a colocar novas lentes de análise, as teorias decoloniais, de gênero e do feminismo negro. Encontrei um caminho teórico que ampliaria meu olhar para a violência obstétrica, situando-a como produto da colonialidade do poder/saber/ser.

Após a qualificação do projeto, resolvi cursar disciplinas que tivessem como objetivo aprofundar o olhar sobre o estudo de gênero e do feminismo negro, assim como das questões raciais. No entanto, não conseguia ter nitidez como a violência obstétrica era atravessada pelas questões raciais. Durante reuniões do grupo de pesquisa Narrativas do Nascer, coordenado pela professora Elaine Muller, entrei em contato com o artigo de Leal *et al* (2017), que demonstrou como as iniquidades relacionadas à raça/cor vulnerabilizam as mulheres negras para a violência obstétrica, principalmente, na falta ou diminuição do acesso e do tempo das consultas de pré-natal, na menor quantidade de anestésico, na invisibilidade/negligência e maus-tratos. E, como consequência, se assiste a um crescimento dos índices de mortalidade materna por causas evitáveis nas mulheres negras, enquanto há uma diminuição nas mulheres brancas. Com o projeto qualificado e aprovado no Comitê de Ética, não me senti fortalecida teoricamente para focar a pesquisa nas mulheres negras. No entanto, as questões raciais foram atravessando a pesquisa e deixei elas perpassarem.

Ao chegar no campo, das mulheres que aceitaram participar da pesquisa, apenas uma se autodeclarou de cor “normal” (sic), branca, as demais se declararam pardas. Fiquei entre o risco de não conseguir fazer o devido aprofundamento no tema ou invisibilizar a questão, como muitos dos estudos que serão citados adiante.

Ao assumir o desafio, veio-me outra questão: achar meu lugar de mulher branca pesquisadora. A primeira questão que se colocou esteve relacionada às mulheres da pesquisa. Embora o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o movimento negro considerem negras as mulheres pardas e pretas (definição também utilizada na pesquisa), das mulheres da pesquisa que se declaram pardas, nenhuma assumiu sua identidade de mulher negra. E quando

se tocava em algum tema relacionado às mulheres negras, todas olhavam para Maria Antônia, por sua cor de pele ser escura, retinta, como refere o movimento de pessoas negras. Maria Antônia se declarou morena clara. Eu não conseguia enxergar o grupo como de mulheres negras. Cheguei a pensar em buscar outros grupos de mulheres que se reconhecessem negras para poder refletir como o fenômeno estudado seria visto por elas. Acreditava que só assim poderia pesquisar sobre raça e violência obstétrica nesse contexto.

Em uma sessão de orientação, já nas últimas oficinas, minha orientadora me chamou a atenção que as únicas mulheres brancas que via nas fotos eram eu e a estudante de psicologia. Saí desterritorializada dessa sessão. Dirigindo de volta para Caruaru, vinham-me indagações que me colocaram diante do limite imposto à minha condição de pesquisadora branca. Como iria tratar dessas questões na pesquisa, se as próprias mulheres não se reconheciam negras? Eu não me sentia autorizada, tão pouco preparada, para aprofundar a discussão racial com elas. Sentia-me reeditando a figura da colonizadora que aponta o dedo de uma pretensa verdade para dizer “você é negra!” Sabia que estava pisando num terreno delicado e não sabia como me mover nele.

Ao chegar em Caruaru, um encontro casual com dois residentes do Programa Multiprofissional em Saúde do Campo da Universidade de Pernambuco foi iluminador. Compartilhei minhas angústias. Eles foram muito generosos em me escutar e compartilhar a dor que sentiram ao se descobrirem negro e negra. Explicaram-me que isso não foi um caso isolado e como doeu a tomada dessa consciência. São vivências que tendem a ser desestruturadoras ou podem significar abrir uma ferida ancestral. E me alertaram que eu não teria como dar suporte para cuidar desta dor, principalmente, naquele momento, próximo do final da pesquisa de campo. No entanto, trouxeram algo que aprenderam nas suas trajetórias, falar de suas experiências. Sugeriram-me pensar na possibilidade de introduzir o tema falando das minhas experiências de parto em confronto com o que demonstram estudos sobre os efeitos da racialização da violência obstétrica e as experiências das mulheres que estavam participando desta pesquisa.

Durante a oficina em que problematizei a violência obstétrica em relação às mulheres negras, segui esse caminho e compartilhei com elas a minha experiência de parto na França, como mulher imigrante, e no Brasil, como pessoa de classe média e com acesso à saúde suplementar. Foi um dos momentos mais delicados da pesquisa. A partir desse momento, foi tecida uma roda de diálogo e duas mulheres se sentiram mais fortalecidas para compartilharem

situações vivenciadas de racismo.¹⁴ Inclusive, a mulher de cor de pele mais escura nos contou histórias nas quais se localizava como mulher preta na sua narrativa. No dia seguinte, ela expressou para as demais que foi a melhor das oficinas e não faltaria a mais nenhuma.

A história contada por ela me fez pensar sobre as dificuldades de se identificar como negra no nosso país, o que é explicado por Neusa Santos de Souza (1982). A autora nos mostra como o racismo se estruturou em várias violências. E, dentre elas, a violência psíquica leva a dores difíceis de sarar. Confrontar um corpo negro que não corresponde às imagens idealizadas e desejadas na sociedade, em que a branquitude é a referência do ideário social, leva as pessoas negras a um conflito com a imagem refletida de si. Estabelece-se um processo de negação do próprio corpo e da própria identidade. A consciência do racismo é seguida de uma dor profunda desse conflito e das violências sofridas secularmente.

Isso decorre do processo de colonização que, como será visto adiante, foi fundado na diferenciação de raça e gênero que formatou um mundo onde a supremacia branca define o ideal a ser perseguido. Como dito anteriormente, a única mulher da pesquisa que se autodeclarou branca, associou-se à cor como normal. O que pode nos levar a indagar: como, em um país onde a maioria é negra, pode ser considerado normal ser branco?

O racismo é um tema complexo, que vai além da cor da pele e dos fenótipos. Estrutura a sociedade e define um sistema de privilégios para as pessoas brancas que se mantém a partir da opressão e exclusão social das pessoas não-brancas. A branquitude é o nome que tem sido referido a esse fenômeno. Porém, a branquitude se apresenta polarizada. De um lado, há uma branquitude acrítica que defende a supremacia branca, legitima as hierarquias e desigualdades sociais, negando o racismo, propagando o ódio, e, do outro, uma branquitude crítica, que busca refletir sobre as injustiças sociais advindas dessa ideologia e se coloca no lugar de apoiar o protagonismo e a luta dos movimentos das pessoas negras e dos povos originários, de desconstrução de seus privilégios e na ressignificação das suas relações com as questões raciais (CARREIRA, 2018).

A partir do lugar de estudiosa da branquitude crítica, Carreira (2018) refere um desconforto comum expresso por pessoas brancas ao falarem sobre questões relacionadas ao racismo. Esse processo é denominado como “fragilidade branca” e, para explicá-lo, Carreira nos apresenta o estudo de Robin Diangelo, educadora branca antirracista. Diangelo defende que as pessoas brancas vivem segregadas das pessoas negras. A segregação funciona como uma

14 Esta vivência está descrita no relatório da oficina VII: “*confetos*” dos partos, no apêndice A, onde se encontra o relatório de todas as oficinas.

“almofada protetora” que as priva das dores, sofrimentos e incômodos advindos da vivência de situações conflitantes do racismo. Raramente as pessoas não-brancas estão sem portar a sua “almofada” e, quando o fazem, é por pouco tempo ou por escolhas. Assim, por não serem confrontadas com situações de racismo, desenvolvem poucas habilidades emocionais e cognitivas. Ao serem confrontadas com essas situações, podem reagir com altos níveis de estresse e resistência.

Durante a pesquisa, em alguns momentos, eu me sentia desconfortável e questionava a minha legitimidade de estar produzindo conhecimentos sobre a racialidade. Muitas pessoas pensam assim como eu pensava, antes da pesquisa, que o racismo acontece apenas com as pessoas negras. E, por conta disso, tive a impressão inicial de que a questão racial pedia passagem na pesquisa. O que aconteceu foi que iniciei um processo de abertura da consciência que o racismo sempre nos atravessa. Estava numa região entre o incômodo e a dor de me sentir também parte da construção da branquitude, de seus privilégios e opressões. Também sentia medo de reproduzir racismos e preconceitos. Talvez estivesse transitando ou entrando na quase imobilidade que Carreira (2018) fala ser comum nas pessoas que vão despertando para a branquitude crítica.

Curi, Ribeiro e Marra (2020) questionam o lugar de fala de mulheres brancas que nunca experienciaram em seus corpos as marcas do racismo. Respondem que, apesar de não terem vivido as dores do racismo, é uma questão ética e filosófica assumir a luta antirracista:

Faz-se evidente que não há como discutir assistência à maternidade sem que as políticas públicas e as práticas assistenciais, inclusive as psicológicas, que as sustentam, sejam atravessadas pelos princípios universais dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, sem que sejam analisadas à luz das categorias interseccionadas de gênero e raça. Sem que se desconstrua a ideia da “mulher brasileira europeia”. (p. 165)

Desse modo, desconsiderar a questão racial seria no mínimo uma desonestidade intelectual, uma escolha por um lugar confortável, longe de conflitos. É um lugar que perpetua as desigualdades, como será visto mais adiante, quando os convidar para apreciar a produção acadêmica brasileira sobre as interfaces da violência obstétrica e a sua racialização.

As pessoas brancas tendem a pensar que não estão racializadas, é como se elas não tivessem cor. Brah (2006) defende que cada racismo tem uma história particular e, de acordo como ele é experienciado, distintas respostas são criadas. Assim, todas as pessoas estão implicadas nas relações raciais e são por elas constituídas na medida em que as diversas opressões se conectam.

Estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como “variáveis independentes” porque a opressão de cada uma está inscrita

dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela. (...) Discussões sobre o feminismo e o racismo muitas vezes se centram na opressão das mulheres negras e não exploram como o gênero tanto das mulheres negras como das brancas é construído através da classe e do racismo. Isso significa que a “posição privilegiada” das mulheres brancas em discursos racializados (mesmo quando elas compartilham uma posição de classe com mulheres negras) deixa de ser adequadamente teorizada, e os processos de dominação permanecem invisíveis. (p.351)

No entanto, compreender como as diferenças são produzidas pelas experiências, lugares sociais, econômicos, identidades, subjetividades e por quem são produzidas é fundamental no sentido de perceber que, necessariamente, não são produtoras de opressão.

O conceito de diferença, então, se refere à variedade de maneiras como discursos específicos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e resignificados. Algumas construções da diferença, como o racismo, postulam fronteiras fixas e imutáveis entre grupos tidos como inerentemente diferentes. Outras construções podem apresentar a diferença como relacional, contingente e variável. Em outras palavras, a diferença não é sempre um marcador de hierarquia e opressão. Portanto, é uma questão contextualmente contingente saber se a diferença resulta em desigualdade, exploração e opressão ou em igualitarismo, diversidade e formas democráticas de agência política. (p. 374)

A autora sugere que a diferença entre as mulheres brancas e negras, assim como entre os diversos grupos sociais, não se constitui como uma impossibilidade de se criar estratégias de superação das opressões. Assim, não é um impeditivo que mulheres negras e brancas se unam para construir a luta antirracista. Para tanto, Brah (2006) sugere enfrentar o essencialismo e, no lugar de buscar compartimentalizar as opressões, aponta para o exercício teórico de compreender como elas se “interconectam e se articulam”.

Nesse sentido, Carreira (2018) reconhece que a branquitude crítica pode levar a um lugar de culpa e imobilidade, e se propõe aprofundar a reflexão sobre o lugar das pessoas brancas na luta antirracista. Um lugar que não é de disputa pelo protagonismo, mas que também vai para além do apoio e assume lugares pouco confortáveis, que necessitam de um trabalho interno de reconstrução, capacidade de escuta e pactuações.

A pesquisa que apresento faz parte desse processo de me reconstruir, de encontrar meu caminho e meu lugar como pesquisadora branca nessa luta contra toda forma de opressão de classe, gênero e raça. Seria possível fazer ciência sem neutralidade?

É no segundo capítulo, “As trilhas da pesquisa”, que respondo essa questão. Apresento o percurso que tracei, que se caracterizou com um estudo qualitativo e de gênero, com recorte feminista. Isso já demarca que a pesquisa rompe com a pretensa neutralidade e sua objetividade

se dará ao situar minha posição e meu lugar de fala: uma mulher branca, feminista, que adere às lutas do campo popular e democrático, dentre as quais se destacará na atual pesquisa a luta antirracista e pela humanização do parto e nascimento. As metodologias utilizadas nas revisões da literatura foram a revisão integrativa da literatura e a pesquisa dialética da literatura. A metodologia para produção dos dados no campo se baseou na sociopoética diante de seu potencial em dar maior protagonismo ao grupo pesquisado. É também um método que acolhe o mundo do sensível. A sociopoética nos levou a um processo circular, onde os novos conhecimentos foram produzidos coletivamente e, ao mesmo tempo, foi uma vivência de aprendizagem coletiva. Por conta disso, a metodologia é referida também como um curso, chamado de “PesCurso.” O investimento no fortalecimento dos vínculos de confiança favoreceu que as mulheres pudessem compartilhar suas dores e sofrimentos e, ao mesmo tempo, fluía naturalmente o desenvolvimento de práticas de acolhimento e cuidado. Essas práticas ora partiram espontaneamente delas, ora partiram de mim. Esses momentos extrapolaram muitas vezes o tema da pesquisa e foi tão forte durante o grupo que criamos o “confeto”¹⁵ “pesCuldado”, uma pesquisa que é, ao mesmo tempo, produção de conhecimento, curso e prática de cuidado.

No terceiro capítulo, intitulado “A narrativa acadêmica sobre a violência obstétrica”, irei apresentar as contribuições da produção acadêmica brasileira de artigos científicos, dissertação e teses para o conhecimento desse fenômeno social. A produção acadêmica espelhou o interesse crescente sobre o tema, apresentando uma curva ascendente da produção nos anos de 2014 a 2016.¹⁶ Realizei uma análise panorâmica dos principais objetivos dos estudos, dos sujeitos pesquisados, das metodologias e referenciais teóricos utilizados. Também apresentei os principais resultados trazidos pelos estudos. Numa visão mais profunda sobre esta produção, buscarei identificar como as dissertações e teses estudadas irão conceituar a violência obstétrica e como abordam a questão de raça/cor e sua relação com a violência obstétrica. No quarto capítulo, que tem como título “A violência obstétrica analisada pelas teorias decoloniais com recorte de gênero e raça”, apresento o quadro epistemológico que irei utilizar para a análise dos dados da pesquisa. Essas lentes irão explicitar que a violência obstétrica não é um processo natural, sendo resultante da colonialidade do poder/saber/ser que fundou o projeto de

15 “Confetos” são conceitos produzidos tendo como principal fonte o afeto. O grupo pesquisador como filósofo identifica problemas de pesquisa e a partir da produção dos dados que geram conceitos de forma híbrida com os afetos, uma vez que a pesquisa se dá mobilizando todo o corpo (GAUTHIER, 2012) e as várias dimensões do ser.

16 Considerando que a pesquisa realizada se deu em julho de 2017, não podemos considerar o número de trabalhos cadastrado neste ano.

modernidade e o sistema capitalista. Essa violação também será compreendida como mais um tipo de violência de gênero, como mais um produto de uma sociedade que se estruturou machista, heteronormativa, classista e racista. Nesse contexto, buscou-se várias formas de retirar a mulher de seu lugar de protagonista do parto e controlar seus corpos, sua sexualidade e seu poder sobre as suas escolhas reprodutivas. No entanto, as mulheres diferenciam suas experiências de acordo com a posição social, a sua raça/cor ou qualquer condição de saúde estigmatizante, tais como conviver com HIV ou ter alguma deficiência física. A violência obstétrica nas mulheres negras é uma expressão mais nítida desta sociedade, que também se caracteriza por nascer de um processo violento e bárbaro que, ao inventar o conceito de raça, negou a humanidade às pessoas não-brancas. Outorgou-se a utilização da violência para escravizar, se apropriar dos territórios, da cultura e saberes dos povos colonizados. A visão depreciativa das mulheres negras influenciou marcadamente tanto a negligência e invisibilidade como a legitimação dos profissionais de saúde para os maus-tratos. Assim, a violência obstétrica, ao ser confrontada com seus efeitos na sexualidade, decisões reprodutivas e altos índices de mortalidade materna das mulheres negras, será compreendida neste trabalho também como estratégia necropolítica de um projeto de branqueamento dos ideários eugênicos.

Os capítulos de cinco a sete trarão as produções sociopoéticas das mulheres durante a pesquisa de campo em diálogo com as reflexões acadêmicas. As produções sociopoéticas dizem respeito ao processo em que as mulheres foram convidadas a aumentar a conexão e consciência corporal e, posteriormente, visitar suas memórias das diversas fases da vida reprodutiva. Após esse momento, eram convidadas a expressarem suas experiências através da linguagem artística, em roda identificavam semelhanças e diferenças e criavam “confetos,” isso é, os conceitos para as experiências vividas. Na última produção, referente ao período posterior ao parto, utilizou-se de um momento de maior distanciamento de uma produção racional, tendo sido realizado um exercício de imaginação, chamado viagem mítica. Elas foram convidadas a se transformarem na “mulher-bicho que sofreu violência obstétrica” passando por desafios e superação. Assim, nos contaram dos efeitos da violência obstétrica em suas vidas, assim como as suas estratégias de enfrentamento. A ideia de visitar as demais fases da vida, tinha, inicialmente, o sentido de compreender como se deu a trajetória de sua vida reprodutiva até o momento de experienciarem a violência obstétrica, finalizando com as suas narrativas de como essas vivências afetaram as suas vidas. No entanto, a pesquisa revelou a presença da violência obstétrica nas diversas fases de suas vidas e que, igualmente, afetaram as várias dimensões de suas vidas.

Advirto que a leitura desta tese, em muitos momentos, pode se apresentar como pouco palatável ou até mesmo indigesta. Não sei se poderia ser diferente, pois assim é a realidade que ela nos desvela. No entanto, iremos mostrar que as mulheres negras não estão resignadas, ao contrário, encontram várias formas de resistência e (re)existência. E, ao longo da pesquisa, também vamos encontrar muita sabedoria e potência de vida com as quais, espero, possamos nos reconectar.

2 NAS TRILHAS DA PESQUISA

O objetivo deste capítulo é apresentar o desenho metodológico da pesquisa. Os caminhos pelos quais os dados da pesquisa foram produzidos e, posteriormente, sistematizados para análise e apresentação dos resultados. Esta pesquisa não teve um caminho único, segui trilhas distintas, que abriram uma paisagem complexa e diversa, nas quais as experiências vividas das Mulheres Guerreiras do Agreste se desvelaram. Para escolher por quais caminhos seguir e quais as estratégias da pesquisa utilizar, o primeiro desafio foi levar em consideração a natureza do objeto de estudo e eleger as lentes que iria utilizar para apreciar as paisagens reveladas.

2.1 Revisão da literatura

A primeira trilha que tomei na pesquisa foi conhecer a produção teórica acerca da violência obstétrica. O que fiz utilizando duas metodologias de revisão. Na primeira, me guiei por uma revisão integrativa e, na segunda, pelo método dialético.

A revisão integrativa da literatura foi baseada na metodologia descrita por Mendes, Silveira e Galvão (2008) onde se buscou selecionar artigos sobre o tema visando uma primeira aproximação panorâmica sobre o tema.

A segunda etapa da pesquisa da literatura foi baseada no aporte de Lima e Miotto (2007). As autoras partem do referencial do método dialético que, ao reconhecer os conflitos com a realidade e a crítica que visa a superação, prevê que a pesquisa faça aproximações sucessivas e não lineares, dado a prevalência dos processos historicamente construídos. As autoras ainda chamam a atenção para a necessidade de elencar uma sequência e ordenamento de procedimentos metodológicos. No entanto, alertam que estes também devem prever uma flexibilidade para novas configurações diante do avanço da pesquisa.

Para a primeira leitura, Lima e Miotto (2007) recomendam que se deve fazer um reconhecimento do material sobre o tema. Diante disso, o primeiro passo de análise foi constituir um panorama da produção de dissertações e teses sobre a violência obstétrica, apenas com a leitura dos resumos e sua categorização por ano, local de produção, as áreas do conhecimento dos cursos, principais temas e sujeitos pesquisados, assim como os principais resultados.

Considerando as orientações de Minayo (1994) sobre uma análise hermenêutica dialética, os dados preliminares dos resumos foram ordenados em quadros segundo ano de defesa, instituição, objetivo, objeto, sujeitos da pesquisa, metodologia, referenciais teóricos e resultados. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante dessa primeira ordenação visando constituir categorias de análise. Posteriormente, foi realizada uma leitura minuciosa dos trabalhos que traziam em seus achados as questões centrais para o estudo dos efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres.

Leituras complementares foram se somando à medida que participei do grupo de estudos sobre feminismos¹⁷ e durante as disciplinas cursadas no doutorado. Essas leituras compuseram os referenciais teóricos que utilizo como lentes para a análise dos dados. Ao longo do trabalho também foram realizadas buscas livres na tentativa de completar lacunas do conhecimento diante dos achados de campo.

2.2 As trilhas dos estudos qualitativos, de gênero com recorte feminista

Para compreender os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres violadas, precisei lançar um olhar sobre as experiências vividas, ricas em significados e intencionalidades, portanto, difíceis de serem quantificáveis, o que me levou à escolha da pesquisa de base qualitativa. Segundo Minayo (1994), as pesquisas qualitativas são “aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e INTENCIONALIDADE inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (grifo da autora, p.10). Como se tratou de um tema pouco explorado na literatura científica e, portanto, difícil de formular hipóteses, este estudo se caracterizou como um estudo exploratório (Gil, 2008).

Uma outra questão fundamental inerente ao meu objeto de estudo é que a violência obstétrica foi definida na revisão da literatura como uma violência de gênero. Veremos adiante que a violência obstétrica é fruto de um modelo de parto masculinizado e do estabelecimento de relações desiguais de poder entre profissionais e as mulheres. Os estudos da revisão da literatura ainda apontaram que a vulnerabilidade das mulheres a esse tipo de violência, os efeitos que podem causar em suas vidas e o acesso destas mulheres aos serviços de promoção ou reparação da saúde e de direitos são determinados social e racialmente. Foi nesse sentido

17 O Grupo foi organizado pelo GEPCOL (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Poder, Cultura e Práticas Coletivas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE) e HYpatia (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gêneros, Ciências e Culturas do Programa do Departamento de Serviço Social) sob a coordenação das professoras Dra. Rosineide de Lurdes Meira Cordeiro, do Programa da Pós-Graduação em Psicologia, e Dra. Vivian Matias dos Santos, do Departamento de Serviço Social

que situei a pesquisa dentro do campo dos estudos de gênero introduzidos na academia pelas feministas. Para Scott (1991), a experiência de gênero é uma história do sujeito e da diferença, um constructo social que tem seu caminho de análise em processos contraditórios e complexos.

Também será visto que o feminismo decolonial defende que o processo de colonização resultou num processo histórico de silenciamento das mulheres, negação de seus saberes e práticas e que é na dicotomia deste silenciamento com a potência das mulheres que se dá sua libertação (LUGONES,2014). Desse modo, o recorte feminista, em especial do feminismo decolonial e das mulheres negras, nos traz acúmulos históricos de conhecimentos para leitura destes processos na vida das mulheres e, ao mesmo tempo, também são ferramentas potentes para mover estruturas.

Assim, pode surgir para a leitora ou leitor deste texto a indagação: como caberia na academia este tipo de estudo, onde nas suas primeiras escolhas já se deixa evidente que não haverá neutralidade? Seria possível ter a objetividade esperada pela ciência numa pesquisa desta natureza? O enfrentamento dessa questão é apontado por Haraway (1995). A autora enfatiza que os estudos feministas nos colocam diante do desafio de desenvolver um pensamento situado, no qual a objetividade da pesquisa se dê evidenciando-se o lugar de onde fala a pesquisadora e de seus referências de análise. Por conta disso, nas primeiras páginas deste trabalho, situei o/a/e leitor/a/e nos percursos que me trouxeram ao tema de pesquisa e nas questões empáticas, a visão utópica da construção de um mundo mais justo e solidário, onde não haja mais nenhum de tipo opressão e violência contra as mulheres, assim como as maneiras pelas quais tenho sido atravessada pelas questões de raça nesta pesquisa.

Também será visto que a naturalização e silenciamento da violência obstétrica contribuem para sua invisibilidade, sendo o objetivo deste estudo romper com este silenciamento, trazendo a narrativa das mulheres violadas e, ao historicizá-la, desnaturalizá-la. Assim, delimitar a pesquisa no campo feminista e decolonial com recorte de raça nos convidou também ao reposicionamento das pessoas pesquisadas. Isto é, buscar uma metodologia que permita a construção de novos lugares também para quem fala através do estabelecimento de relações mais horizontalizadas na pesquisa (SÁNCHEZ, 2015).

A metodologia escolhida também teve o desafio de ser capaz de aproximar-se do mundo da vida. Isso porque esta pesquisa pretendeu ir para além do momento da violência sofrida nos hospitais e compreender a experiência de enfrentamento destas mulheres nos seus cotidianos. Isto é, buscou responder à questão como estas mulheres lidaram com os sofrimentos e quais foram as suas estratégias de superação?

No meio do doutorado, me aproximei das teorias narrativas. Clandini e Connelly (2000/2015) nos falam que pesquisa narrativa:

É uma forma de compreender a experiência. É um tipo de colaboração entre pesquisador e participantes, ao longo de um tempo, em um lugar ou série de lugares, e em interação com *milleus*. Um pesquisador entra nessa matriz no durante e progride no mesmo espírito, concluindo a pesquisa ainda no meio do viver e do contar, do reviver e recontar, as histórias de experiências que compuseram as vidas das pessoas, em ambas perspectivas: individual e social. Simplesmente estabelecido, como escrevemos no prólogo, pesquisa narrativa, são histórias vividas e contadas. (2000/2015, p.51)

Na trilha das pesquisas narrativas, uma das leituras que me marcou foi o livro “Notícias da vida: narrativas sobre a morte com mulheres trabalhadoras rurais e mulheres vivendo com HIV/AIDS”, trata-se de uma escrita colaborativa organizada por Luciana Kind e Rosineide Cordeiro (2016). Encantei-me pela delicadeza do lirismo da escrita na contação das histórias e a ideia de uma autoria colaborativa.

Neste ínterim, fui fazer um curso de contação de histórias com Márcia La Cruz e li também muito sobre o contar contos. Márcia trazia para a contação meu corpo tão adormecido pelas jornadas intelectuais do doutorado. Queria, então, encontrar uma forma de trazer narrativas para além das palavras narradas. Isso me fez despertar minha formação de arteterapeuta, terapeuta bioenergética e me reconectar com a sociopoética.

Esta pesquisa pretende se aproximar do mundo vivido para além das palavras, do racional, indo ao encontro do mundo sensível, encarnado e criativo, onde a vida pulsa em toda a sua intensidade. Esse é mais um desafio que se coloca do mundo da academia para esta pesquisa, pois, além de afrontar a objetividade acadêmica com uma expressa não-neutralidade, agora trazemos um tema tido como obscuro pela ciência, o mundo do sensível.

É nesse sentido que me inspirei no método da sociopoética para produção dos dados da pesquisa. Como será visto, esse é um caminho metodológico que buscar trazer as pessoas envolvidas na pesquisa para um maior protagonismo na produção coletiva dos dados e da sua análise. É também caminho metodológico que acolhe o mundo do sensível.

2.3 A trilha da sociopoética e sua proposta de “PesCurso”

Meu contato com esse método de pesquisa, que também é de ensino e aprendizagem, se deu no final da década de 90, através do texto “Carta aos caçadores de saberes populares” (GAUTHIER, 1997) que foi fundamental para a construção de uma prática pedagógica que

denominei educação popular sensível (OLIVEIRA, 2000). Posteriormente, em 2013, já atuando na equipe de apoio psicopedagógico do Curso de Medicina de Caruaru/UFPE, participei da elaboração da proposta do Laboratório de Sensibilidades, que tem na sociopoética um de seus principais referenciais teóricos e metodológicos, o que me levou a uma leitura mais sistemática e aprofundada do método. Em 2018, tive a oportunidade de vivenciar duas oficinas de formação de sociopoeta com seu criador, Jacques Gauthier.

É um método de pesquisa que se propõe produzir coletivamente os dados da pesquisa, a partir da formação de um grupo-pesquisador e uso de técnicas participativas, lúdicas e artísticas (PETIT *et al*, 2005). Um conhecimento que se aproxima do conhecimento pluriVersal defendido na epistemologia fronteira decolonial. Com isso, queremos enfatizar que o conhecimento é produzido a partir do diálogo de cosmovisões e da integração das várias dimensões do ser.

(...) observa-se que a sociopoética defende a construção coletiva do conhecimento por parte dos investigadores e os sujeitos de pesquisa, tendo como premissa básica que todas as pessoas possuem conhecimentos (intelectual, sensível, emocional, intuitivo, teórico, prático, gestual) e, sendo estes iguais em direito, transformam o ato de pesquisar em um acontecimento poético (do grego *poiesis* = criação). Parte dessa concepção ideológica e filosófica a terminologia sociopoética. (SANTOS *et al*, 2006, p.33)

A sociopoética foi tecida no início da década de 90 pelo filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier, num esforço de articular suas reflexões das filosofias racionalistas ocidentais com as suas vivências na Nova Caledônia/Kanaky (Ilha no Pacífico Sul que foi colonizada pela França) e no Brasil. Com o povo Kanaky, desenvolveu sua pesquisa intercultural de doutorado sobre as escolas comunitárias ligadas ao movimento de independência que buscavam uma proposta ecodesenvolvimentista sustentável. Essas escolas se baseavam numa pedagogia ativa de integração de saberes tradicionais e ancestrais (GAUTHIER, 2012; PETIT *et al* 2005). No Brasil, sua experiência na Bahia e no Rio de Janeiro também marcou o surgimento da sociopoética. Na Bahia, Gauthier se inspirou na cultura afro e indígena. No Rio, desenvolveu uma pesquisa com jovens e orientou a tese de doutorado de Iraci Santos, professora do Curso de Pós-Graduação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Iraci Santos já vinha incorporando a arte e o teatro em uma proposta pedagógica para a formação em enfermagem baseada no saber sensível e solicitou ao seu orientador que sua pesquisa trouxesse alegria e prazer. Assim, a tese de doutorado de Iraci Santos foi a primeira pesquisa publicada de sociopoética (PETIT, 2002). Ao se fazer uma pesquisa rápida no catálogo de teses e dissertações da CAPES com a palavra sociopoética, foram encontrados 144 trabalhos, dos quais 81 de

mestrado e 26 teses de doutorado. As principais áreas do conhecimento foram educação, enfermagem e saúde coletiva.

Uma questão que se pode colocar é como um estudo que tem como referenciais teóricos o feminismo negro e decolonial tem um referencial metodológico de um homem branco e europeu? No entanto, penso que um pensamento pluriVersal não visa o rompimento com o acúmulo do que já foi produzido, mas reafirmar a emancipação dos sujeitos e incorporar as contribuições de quem teve a humanidade negada.

A experiência de Gauthier com os saberes, tradições e artes de suas experiências interculturais foram tecidas em diálogo com referenciais eurocêntricos, como a Análise Institucional, Esquiso-Análise e Escuta Mitopoética, porém numa referência emancipatória e também em diálogo com a Pedagogia Freireana e o Teatro do Oprimido (PETIT, 2002). Assim, a sociopoética foi se caracterizando como uma pesquisa que produz um conhecimento criativo, crítico, encarnado e comprometido com a luta pela libertação humana de todas as formas de opressão. Veronese e Ferrarino (2016) apontam para a importância da sociopoética como método de pesquisa nos estudos pós-coloniais, uma vez que:

O reconhecimento da pluralidade e integração dos saberes pode ser um dos caminhos de resgate dos conhecimentos dos grupos marginalizados, desqualificados socialmente, mas que possuem um rico cabedal de conhecimentos que está sendo desperdiçado. Tal reconhecimento pode vir a contribuir para o compartilhamento de experiências diversas e plurais, que propiciem a percepção dessa diversidade como positiva e que tragam a consciência da importância da prática da interculturalidade nas sociedades contemporâneas. (p. 425).

Essa metodologia se caracteriza também por um reposicionamento dos sujeitos da pesquisa, na qual os papéis do pesquisador ou da pesquisadora e das pessoas que serão pesquisadas são reconfigurados. O principal dispositivo dessa pesquisa é o grupo pesquisador ou grupo-pesquisador que é formado pelas pessoas que serão pesquisadas. Todo o devir da pesquisa é negociado neste grupo, que assume a corresponsabilização pelos rumos da pesquisa e da produção dos dados. Neste contexto, o pesquisador ou pesquisadora terá um papel de facilitação do processo “seu papel é de cuidar do dispositivo de pesquisa (favorecer a implantação do grupo-pesquisador, ser guardião do tempo, garantir a igualdade no seio do grupo, enfrentar o imprevisto com criatividade)” (GAUTHIER, 2012, p 92). Salgado, Proganti e Santos (2010) ressaltam ainda que nesse papel o pesquisador/facilitador ou a pesquisadora/facilitadora estará tanto propondo as vivências ou as técnicas de grupo para a produção dos dados como também irá analisar os dados (que, como será visto, posteriormente, será apresentado para uma contra análise do grupo pesquisador).

A produção do grupo-pesquisador é realizada, em geral, em três a seis oficinas e será vista como se fosse produzida por um único ou uma única participante, um filósofo ou filósofa que o pesquisador-facilitador ou a pesquisadora-facilitadora irá buscar compreender para além do que pensa, mas como pensa. No entanto, não se buscará homogeneizar o conhecimento produzido, “as diferenças serão tratadas como oposições produtoras de sentido” (GAUTHIER, 2012, p.92/3). Isto é, serão vistas como ambivalências e se buscará identificar o que se assemelha e o que se diferencia e o que não é visto dicotomicamente por ser único.

Como o interesse da sociopoética é fugir desta homogeneidade produzindo singularidades e a expressão da subjetividade, utilizam-se técnicas e experiências estéticas mobilizadoras do corpo, de diferentes sentidos, emoções, sexualidade e da espiritualidade. Tavares (2016) defende que a experimentação estética enquanto movimento de improvisação favorece movimentar várias dimensões da inteligência e das formas de conhecer, proporcionando um conhecimento integralizador do ser e novas formas de coexistência:

Por meio da experimentação estética movimentam-se as capacidades emocionais, afetivas, imaginativas e intuitivas, favorecendo a invenção de modos de convívio e encontro dos corpos, promovendo criação. Assim, é possível sair do mesmo lugar de sempre, mudar a posição e ver o mundo em outra perspectiva, inventando novos modos de coexistência que podem ser propiciados através das técnicas e métodos utilizados. (p. 28)

A inspiração da educação popular de Paulo Freire faz com que a pesquisa se estabeleça numa relação educativa circulante do ensinar e aprender. Assim, todos os sujeitos envolvidos no pesquisar (facilitadores, facilitadoras e grupo pesquisador) são implicados e afetados.

O método da sociopoética sugere alguns passos básicos que têm sido enriquecidos pelas diversas pesquisas que vêm sendo desenvolvidas nesse caminho metodológico. A produção dos dados é realizada em oficinas vivenciais, abaixo pode-se ter uma síntese dos principais momentos do método tendo como base Petit *et al* (2005) e Gauthier (2001 e 2012). Algumas janelas serão abertas com as contribuições específicas de outros estudos.

- 1) Negociação do tema gerador da pesquisa. A negociação do tema gerador aparece na maior parte dos trabalhos como um momento específico na descrição do método. No entanto, Gauthier o referencia enquanto um dos princípios básicos da pesquisa.
- 2) Autoavaliação contínua, seja pela fala dos participantes ou pelo registro no diário itinerante. Esse diário foi inspirado no diário itinerante de René Barbier e incorporado às oficinas. Na sociopoética, é referido como um caderno individual ou coletivo que ficará permanentemente exposto na sala para as expressões escritas ou artísticas do grupo e deve ser lido ao início de cada encontro, ou se o grupo achar necessário, durante qualquer momento da oficina.

- 3) Relaxamento visando um rebaixamento da consciência, liberando elementos não racionais ou inconscientes relacionados ao tema da pesquisa.
- 4) Produção dos dados pelo uso de técnicas artísticas e lúdicas visando à produção do conhecimento sensível e criativo, isto é, para além do racional, um convite a integrar o corpo, a espiritualidade, a sexualidade, as emoções e sentimentos na produção de conhecimento.
- 5) Um dos momentos mais difíceis da metodologia se refere às análises e estudos dos dados produzidos. Diferente de outros métodos, a análise também é feita pelos membros do grupo-pesquisador e este tem a possibilidade de, ao conhecer a análise do facilitador ou da facilitadora, discordar ou complementar, colocando sua contra-análise. A análise ou estudo dos dados se dá de forma individual e coletiva. A análise individual acontece quando os e as integrantes do grupo-pesquisador apresentam sua produção ou quando falam como experienciaram a vivência da técnica de sociopoética desenvolvida. A análise coletiva pode ser classificatória, transversal, pueril, filosófica e contra-análise. Na análise classificatória, busca-se identificar diferenças/oposições. No estudo transversal, busca-se identificar o que liga os dados produzidos. A análise surreal buscar fazer ligações, elos, que subvertem a lógica do grupo e criam uma nova. A análise filosófica consiste no diálogo com os referenciais teóricos de escolha do facilitador, da facilitadora ou grupo-pesquisador. O facilitador ou facilitadora realiza um estudo a partir da produção dos dados e das análises realizadas, produzindo hipótese conclusivas e “confetos”. Contra-análise é o momento em que o facilitador ou facilitadora irá apresentar as suas hipóteses conclusivas ao grupo pesquisador, o qual irá analisá-las, problematizá-las, contestá-la, criar “confetos”¹⁸ e o personagem conceitual¹⁹. Vale ressaltar que o mais importante neste momento é o conhecimento produzido. Deste modo, não se busca um consenso, podendo haver temas divergentes.

18 Ver a nota 15 sobre a definição de confetos.

19 A sociopoética toma emprestado a elaboração de Gilles Deleuze e Félix Guattari de que os filósofos criam um personagem heterônimo para falar de seus conceitos de forma que possam ser por eles atravessados em vários planos. Na sociopoética, o grupo, ao criar seu personagem conceitual, cria um outro que o coloca em um outro lugar de enunciação “(...) um personagem conceitual, ou seja, uma criação onde o grupo deixa de falar de si mesmo para falar a partir de um agente de enunciação, para se ver e se desenvolver através de um plano que o atravessa em vários lugares” (GOMES, *et al*, 2008. Texto sem paginação, revista on line). Gauthier (2010) ao refletir sobre na pesquisa sobre o que é saúde, com um grupo-pesquisador Pataxó do Extremo-Sul da Bahia se reporta a potência deste personagem para descolonizar os saberes “As culturas de resistência, os movimentos sociais, inventam personagens conceituais inesperados. Ouvir suas mensagens e, se pudermos, encarná-los em filosofias de resistência, ao gerarmos “confetos” e “confetos” críticos (concéticos e conféticos - escreveu o computador) dialógicos e interculturais, é um desafio para nós. Esse artigo prova que, por causa de interculturalidade e de dinâmicas de resistência com ressignificação, tanto da Ancestralidade como da Opressão colonial e da Margem, não encontramos aquilo que, antes das pesquisas sociopoéticas, parecia óbvio, ou seja: as figuras do Sobrevivente e da Excluída. Encontramos criações ativas, híbridas, reais (às vezes, virtuais e às vezes, atuais). Criações cheias de potencial.” (texto corrido sem paginação)

7) Socialização da pesquisa, momento no qual se pactua com o grupo pesquisador como se dará a comunicação dos achados da pesquisa que, em geral, se dá de forma artística, cultural, lúdica ou de comunicação científica. No caso de uma pesquisa de conclusão de cursos acadêmicos, tal qual esta pesquisa, elabora-se texto dentro das regras acadêmicas, no entanto, o pesquisador ou pesquisadora oficial assume o compromisso de apresentar os resultados para o grupo pesquisador.

8) “PesCursos” (pesquisa + curso) são momentos de formação de pesquisadores ou pesquisadoras sociopoetas, muito comum neste tipo de pesquisa. Acredito, inclusive, que é uma característica inerente a esta metodologia, pois temos todo o trajeto da pesquisa permeado pela construção coletiva dos conhecimentos, ensino e aprendizagem.

No entanto, cada estudo realizado traz novas contribuições para esses momentos. Aqui vale destacar as recomendações de Tavares (2016) para a importância do cuidado com o planejamento de cada encontro, na mobilização e convite dos e das participantes, assim como o cuidado com a preparação do ambiente. A autora ainda ressalta a importância de um momento de acolhimento com uso de técnicas que favoreçam os participantes a se conhecerem mais e um momento para construir pactuações e acordos grupais e da pesquisa.

Gauthier, na oficina realizada no Centro de Educação da UFPE em agosto de 2018, ressaltou que pode haver a necessidade de um momento para aplicação de entrevistas individuais para complementar alguns dados da pesquisa. Porém, sugere que seja feito após as oficinas, visando evitar processos de racionalização sobre o tema durante a vivência do trabalho coletivo.

2.4 A trilha da “PesCuIdado”

Minha formação e prática como terapeuta do trauma e do transtorno do estresse pós-traumático (TPET) me levou a pensar em estratégias que evitassem a retraumatização das mulheres. Essas ações se somaram aos vínculos construídos entre as mulheres e a dinâmica grupal que foi estabelecida e nos fez pensar a pesquisa para além de um “PesCurso” e a configurá-la paulatinamente como uma “PesCuIdado”, uma pesquisa que se aproxima de um curso, porque produz conhecimento e se aprende coletivamente, mas também um espaço que se pauta pelo cuidado.

Já na elaboração do projeto de pesquisa, na organização da chegada no campo e, posteriormente, durante as oficinas, levei em consideração que, quando uma mulher violada fala sobre a violência sofrida, ela transita em meio a memórias que podem ser muito dolorosas.

Sabemos que a experiência de uma violência pode ser vivenciada como uma experiência traumática ou ser o fator desencadeador de sofrimentos diversos, como a instalação do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). A exemplo disso, os trabalhos de Zambaldi, Cantilino e Sougey (2009) já apontam para um potencial desenvolvimento de TEPT em mulheres que sofreram violência obstétrica.

Embora não seja objeto desta pesquisa realizar atendimento clínico em psicologia, é importante considerar a direção clínica do cuidado à pessoa que passou uma experiência traumática e as trilhas de promoção da saúde mental, evitando processos de retraumatização ou de cronificação. As abordagens da psicologia psicocorporal indicam que essa direção passa pela construção de um ambiente seguro, por uma sutileza na abordagem para evitar a retraumatização e, por outro lado, fortalecer a pessoa, dando-lhe condições de expressar suas dores, dar nome, um lugar psíquico para a experiência vivida e ajudar no processo de sua ressignificação. Tendo como referencial a bioenergética, a psicoterapia do trauma realiza um grande investimento no *grounding*²⁰ das pessoas traumatizadas, tanto visando reintegrar a pessoa traumatizada ao seu corpo através de aproximações sensoriais que vão aumentando a consciência corporal e construindo novas experiências mais prazerosas de aterramento no próprio corpo. Espera-se destas intervenções o fortalecimento egoico para lidar com a expressão do trauma. Dentro de uma concepção de clínica ampliada, a direção clínica prevê também um *grounding* no social²¹, que são redes de apoio para além do *setting* terapêutico, como a família, comunidades, redes de serviços de saúde e de proteção social e promoção de direitos (NASCIMENTO & ZINK, 2012; OLIVIERA & LIMA, 2014). A bioenergética trabalha não só com o tratamento da pessoa adoecida, mas também com exercícios que previnem adoecimentos, ao promover um descarregamento das tensões psíquicas e corporais. Os chamados “grupos de

20 O *grounding* ou enraizamento, é um conceito angular da bioenergética. Refere-se à condição do sujeito estar ancorado no seu próprio corpo e suportar melhor a relação com a realidade. Para Lowen (1982), o *grounding* dota a pessoa a suportar uma maior carga energética e assim lidar melhor com suas emoções, o que o torna um objetivo primário na bioenergética. Inicialmente, Lowen e Pierrakos desenvolveram exercícios que favoreciam o *grounding* porque ajudavam a descarregar a energia num sentido descendente. Como eram utilizados o sistema muscular e alinhamento dos segmentos corporais, esse tipo de *grounding* é chamado de *grounding* postural. Weigand (2006) refere que vários teóricos e terapeutas psicocorporais foram, ao longo do tempo, incorporando novos conceitos e técnicas de alcançar o *grounding*. Um maior aprofundamento deste conceito pode ser encontrado nos trabalhos de Lowen (1982), Lowen e Lowen (1985) e Weigand (2006).

21 Desenvolvi, sob a orientação de Fernanda Andrade Lima, o conceito de *grounding* no social como uma das estratégias terapêuticas na clínica do trauma. Tive como base o referencial teórico de clínica ampliada de Gastão Wagner Campos (1997) e o estudo sobre o *grounding* de Odila Weigand (2006), assim como a minha experiência decorrente da prática clínica no tratamento do trauma e estresse pós-traumático. O *grounding* no social tem “como referência o suporte encontrado nas relações interpessoais e nas redes de apoio presentes na sociedade, tanto governamentais como não governamentais, que irão contribuir na proteção, prevenção, cuidado e no fortalecimento do processo de socialização” (OLIVEIRA & LIMA, 2014 p. 65).

movimento” fazem parte destas estratégias e consistem em uma série de exercícios que visam aumentar a consciência corporal e desbloquear pontos de tensão psicoemocional. Esses movimentos também são importantes tendo em vista a formação da vinculação afetiva e de confiança na dupla terapêutica ou, no caso de trabalho com grupos, na vinculação e formação da intersubjetividade grupal (LOWEN & LOWEN, 1985; ALVES & CORREIA, 2014)

Diante dessas reflexões e de minha experiência como terapeuta do trauma, senti a necessidade de incorporar à pesquisa estratégias que visassem a promoção de um ambiente seguro, o aumento da consciência corporal, dissolução de pontos de tensão psicoemocional e a constituição de uma rede de apoio psicoemocional.

2.4.1 Estratégias para a PesCuIdado

As estratégias que adotei para garantir os cuidados acima mencionados tiveram como eixo construir um ambiente saudável, proteger as mulheres de possíveis retraumatizações, garantir espaços de cuidado (caso alguma mulher necessitasse), garantir a minha saúde psicoemocional e dar um *grounding* para a pesquisa. Abaixo, detalho como corporifiquei estas inquietações na pesquisa.

a) Promoção de um ambiente seguro - Como já foi visto, a promoção de um ambiente seguro é fundamental para que as pessoas que possam estar traumatizadas pela experiência consigam se reorganizar psiquicamente, ajudando a evitar uma retraumatização. Além da literatura e da experiência de psicoterapia do trauma, me apoiei também na literatura de psicodinâmica dos trabalhos de grupo, da bioenergética. Nesse sentido, investi em estratégias de vinculação afetiva do grupo através de exercícios da bioenergética e de atividades lúdicas que favorecessem a vinculação e a realização de pactos de compromisso grupal. A exemplo disso, nos primeiros encontros, investi na realização de exercícios que favorecem a interiorização, a autoconsciência corporal, seguidos de exercícios que estimulassem o olhar, o encontro com as outras pessoas, a vinculação e a confiança grupal. Outro exemplo foram as atividades para pactuação de convivência no grupo, fundamentais para estabelecer um ambiente grupal onde cada participante sabe por que está ali e por que as demais pessoas também estão, aumentando sua capacidade interna de avaliar sua confiança no grupo. Isso favorece, por exemplo, avaliar quais de suas experiências podem ou não podem ser compartilhadas.

b) Cuidados de promoção da saúde mental - No planejamento das oficinas incorporei exercícios inspirados nos grupos de movimento, visando promover um espaço de aumento da consciência e de ancoramento corporal através de exercícios promotores de sensações de bem-estar e de

descarregamento de energia psíquica. Também realizei no momento mais delicado de expressão das dores e sofrimentos, exercícios de liberação do trauma²².

c) Trabalho pessoal - Garanti um espaço pessoal de autocuidado e autoconhecimento através da minha terapia. Acredito ser fundamental também para deixar evidente e poder separar os meus conteúdos pessoais que me envolvem no tema e o que pertencia ao grupo, o que contribuiu para aproximar-me de uma objetividade na pesquisa de base qualitativa.

d) Supervisão clínica - Com o objetivo de evitar retraumatização das pesquisandas, também mantive um processo de supervisão clínica com Fernanda Andrade Lima, que tem sido minha supervisora desde o início de minha trajetória como psicóloga e foi minha orientadora no trabalho de conclusão de Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Foco em Análise Bioenergética pelo Libertas/UNICAPE, sobre a psicoterapia do trauma e do TEPT nas abordagens psicocorporais.

e) Entrevistas – Gauthier, na oficina realizada no Centro de Educação da UFPE em agosto de 2018, ressaltou que pode haver a necessidade de um momento para aplicação de entrevistas individuais para complementar alguns dados da pesquisa. Porém, sugere que seja feito após as oficinas, visando evitar processos de racionalização sobre o tema durante a vivência do trabalho coletivo. No entanto, escolhi, que a entrevista seria anterior à oficina porque achei que seria importante avaliar as condições psicoemocionais das mulheres, diminuindo os riscos da retraumatização, avaliando-as num espaço protegido como teria sido a experiência de falar do parto. Mas, não foi possível seguir esse planejamento porque até o quinto encontro, a cada oficina, novas participantes chegavam a convite das mulheres do grupo e se integravam harmoniosamente, pois quase todas ou se conheciam ou tinham uma rede afetiva ou de parentesco muito bem tecida pelo afeto e pelo tempo. Um outro fator marcante foi que as oficinas aconteciam duas vezes na semana, acelerando o calendário da pesquisa. Também observamos na supervisão clínica que a participação das mulheres nas oficinas, as conversas anteriores e posteriores no horário do lanche nos ajudavam a identificar as condições das mulheres falarem sobre a violência obstétrica sem risco de se retraumatizarem. Ainda identificamos que conseguimos construir um local seguro, com boa vinculação afetiva grupal, caso fosse necessário acolher as mulheres. O que nos deu mais segurança neste caminho foram os depoimentos das mulheres após cada oficina, onde afirmavam o quanto tinha sido importante

22 T.R.E (Tension & Trauma Releasing Exercises), exercícios para Liberação do Estresse e do Trauma, é um método desenvolvido pelo Dr. David Bercei e tem sido utilizado tanto no tratamento do TEPT (transtorno do estresse pós-traumático), como no estresse cotidiano. Para saber mais indico a leitura de Bercei (2007); Oliveira e Lima, (2014).

compartilhar umas com as outras as dores e sofrimentos de algumas memórias e que saíam mais leves. O roteiro semiestruturado da entrevista encontra-se no Apêndice B.

f) Avaliação - Logo nos primeiros encontros, observei que algumas mulheres teriam dificuldades de expressão escrita no diário itinerante e fui realizando, ao final de cada encontro, uma rodada de avaliação. Também fui incorporando perguntas avaliativas quando percebia que transitávamos por memórias dolorosas, temas tabus ou as atividades se estendiam. Essa prática forneceu um importante parâmetro para seguir/aprofundar ou recuar das atividades planejadas.

g) Rede de apoio psicoemocional - Também previ uma possível rede de apoio psicoemocional, caso as mulheres da pesquisa precisassem, em decorrência de sua participação, mas não foi necessário ativá-la.

h) Rede de apoio à pesquisa - Pensar no *grounding* no social para as participantes da pesquisa me fez ir além e pensar no *grounding* no social para a pesquisa como um todo. Além das sessões de orientações, trouxe outros olhares para a pesquisa. Construí uma rede de apoio à pesquisa que foi fundamental para me ajudar a pensar e repensar as atividades e os olhares para a realidade que se desvendava diante de meus olhos. Esse grupo foi constituído pela supervisão clínica já citada e também pelo grupo de apoio à pesquisa e diversas rodas de discussão da pesquisa.

A supervisão clínica com Fernanda Andrade Lima foi pensada, inicialmente, visando proteger as mulheres de retraumatizações e tornou-se também um espaço de refletir o planejamento e a potência das atividades de grupo, tais como as atividades psicorporais da bioenergética e das atividades com uso de materiais artísticos. Também foi um espaço onde pudemos discutir estratégias para inclusão na pesquisa de uma das mulheres que não pôde participar porque os efeitos da violência obstétrica levaram a graves problemas de saúde mental. Infelizmente, as estratégias desenhadas não puderam ser colocadas em ação, diante do cenário da pandemia, e não pudemos incorporá-la.

O grupo de apoio à pesquisa foi formado com a professora Eliana Castro, do Laboratório de Sensibilidades do Curso de Medicina da UFPE e do Curso de Psicologia da UNIFAVIP, e uma estudante de psicologia também da UNIFAVIP, Vanessa Natália dos Santos. No grupo, estudamos juntas textos da sociopoética, experimentamos materiais artísticos antes de propor para o grupo, planejamos as oficinas, compartilhamos as sessões de supervisão clínica e execução das oficinas.

Realizei rodas de conversas sobre a pesquisa com diversos grupos na Universidade, serviços de saúde e movimentos sociais. Na UFPE, fiz rodas com a coordenação do Núcleo de Ciências da Vida (NCV), com o prof. Dr. Saulo Feitosa, e do Curso de Medicina da UFPE, com

a profa. Ms. Carolina Paz. Também me reuni com as mulheres do Grupo de Feministas do NCV, professoras do Laboratório de Sensibilidade e Coordenação da Residência de Saúde do Campo da UPE. Na Secretaria de Saúde do município onde desenvolvi o estudo, fiz roda de conversa com a Coordenação de Atenção Básica e de Saúde da Mulher. Fiz uma roda com os movimentos sociais atuantes na região, com o apoio do Grupo Olga Benário e com a presença de representantes do Movimento de Doulas, do Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MSTS), da União Brasileira de Mulheres e fundadoras da Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica. Essas rodas foram valiosas e fundamentais para identificar possíveis sujeitos/grupos da pesquisa, avaliar/redimensionar os objetivos e os passos da pesquisa. Nesse sentido, também realizei uma oficina sobre violência obstétrica com residentes do Programa de Saúde do Campo da UPE, um momento de troca fundamental para ampliar minha reflexão sobre interseccionalidade e violência obstétrica.

Ao finalizar as oficinas, ainda tive a oportunidade de viajar para Salvador, onde pude discutir com Gauthier os primeiros achados do campo e que foram fundamentais para o processo de análise e escrita da tese.

Além dessas estratégias, trouxe para o grupo algumas técnicas de cuidado psicocorporal e a garantia de uma escuta acolhedora sempre que tocavam em pontos dolorosos, mesmo sendo com temas fora dos objetivos da pesquisa. Mas algo inerente às características do grupo-pesquisador foi muito importante. Como será visto ao longo deste estudo, as mulheres tinham entre si redes de interconhecimento muito forte. As relações afetivas, que na maior parte das vezes eram de longa data ou aproximadas por vinculações familiares, tornavam o grupo um espaço confiável e acolhedor. Também veremos que as mulheres espontaneamente desenvolveram, em alguns momentos, práticas de cuidado umas com as outras. Nesse sentido, na oitava oficina, logo após a ocorrência de um grave acidente com uma das sobrinhas de uma das participantes, após fecharmos uma roda onde elas compartilharam as dores, angústias e sentimentos inerentes a quem mora nas margens de uma rodovia de alta velocidade, nos veio o “confeto”, que mais que uma “PesCurso”, estávamos diante de uma “PesCuIdado”, pois além de produzir dados da realidade, de aprendermos juntas, também cuidávamos uma das outras com muito carinho e afeto.

No que toca à observância dos princípios éticos da pesquisa, foi apresentado e aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPE o projeto de pesquisa, tendo aprovação anterior ao trabalho de campo.²³

2.4.2 Procedimentos e instrumentos de produção de dados

Na metodologia da sociopoética, considera-se que os dados não são coletados e sim produzidos nas oficinas. Dada a potência dessa metodologia, as oficinas foram a principal estratégia de pesquisa para a produção dos dados. No entanto, visando uma triangulação dos dados, também foram utilizados outros procedimentos e instrumentos de pesquisa, tais como a entrevista, observações e conversas que tive na comunidade, nas rodas de conversa que travei com diversos atores e atrizes sociais, como já citado. Para tanto, utilizei-me de diário de campo, e entrevista semiestruturada.²⁴ Foram entrevistadas um total de 10 mulheres, das quais duas não tiveram continuidade nas oficinas. Uma das mulheres não teve filhos, mas foi acolhida no grupo e, por conta deste acolhimento, também foi entrevistada. As oficinas foram espaços riquíssimos de troca de afeto, de cuidado, de saberes e memórias. Durante as oficinas de sociopoética, foram produzidos materiais de pesquisa individuais e coletivos a partir do uso das linguagens lúdicas, artísticas e de trabalho de grupos. Os encontros foram planejados com o grupo de pesquisa (exceto o primeiro, que o grupo ainda não havia sido formado) e levado para discussão nas sessões de supervisão clínica. Para sua elaboração, levamos em conta os objetivos da pesquisa acordados com o grupo e as condições do lugar de realização. No entanto, quase nunca conseguimos realizá-lo na íntegra e funcionou como uma bússola, pois sempre foi respeitada a realidade das mulheres, o movimento psicodinâmico do grupo e tivemos que nos adaptar a imprevistos. O local de realização dos encontros foi na comunidade onde mora a maior parte das participantes. Foram realizados nove encontros de no máximo três horas.²⁵ As oficinas tiveram como estrutura básica atividades de acolhimento, vivências corporais, lúdicas ou artísticas, reflexões e avaliação. No Apêndice D, pode-se acessar o relatório dessas oficinas. Alguns passos sugeridos na metodologia da sociopoética não conseguiram ser efetivados nesta pesquisa. Dado a dificuldade de escrita do grupo, não foi realizado a técnica do diário itinerante.

23 No anexo I encontra-se o parecer de aprovação do CEP e no Apêndice C. encontra-se o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

24 Como já visto, as entrevistas inicialmente planejadas para avaliar as condições de participação das mulheres trouxeram elementos importantes das suas histórias de vida.

25 Um encontro extra foi realizado com o objetivo de dar oportunidade às mulheres que ingressaram no grupo após a atividade das pinturas confeccionarem as suas. Este encontro contou com três participantes e aconteceu na casa de uma das integrantes.

Porém, foi realizada avaliação no final de cada encontro e registrada nos áudios de gravação das oficinas. Tive dificuldade também na contra-análise do grupo. Ocorreu um grave acidente com uma criança da comunidade que é sobrinha de uma das participantes. Em respeito ao grupo, cancelamos um encontro. Como o grupo já havia se estendido muito, juntamos a contra-análise ao último momento planejado: uma confraternização com o objetivo de finalizar a fase de campo da pesquisa. Seria um momento em que as mulheres iriam trazer convidados para apresentar sua produção. Juntar esses momentos dificultou o trabalho da contra-análise, pois as mulheres estavam já em clima de festa. Jacques Gauthier, em reunião em Salvador, logo após as oficinas, sugeriu um último encontro com o grupo para esse momento, no entanto, diante da pandemia, não pôde ser realizado. E por conta disto, prefiro referir que esta foi uma metodologia de inspiração sociopoética.

2.5 A comunidade de onde vêm as Mulheres Guerreiras da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida num Município do Agreste Pernambucano, que, por um cuidado com a preservação do anonimato das participantes, não será citado. Estou levando em consideração o medo expresso das participantes de serem reconhecidas pelos profissionais de saúde e ocorrer qualquer tipo de prática discriminatória. A comunidade fica na zona rural e é território de uma unidade de estratégia da família que conta com o apoio do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e um Programa de Residência do Campo.

A escolha desse município para campo da pesquisa se deu por estar numa realidade que se aproxima a do Curso de Medicina da UFPE/CAA, onde tenho inserção profissional. Compreendendo ser dever da universidade pública produzir conhecimento que impacte positivamente a qualidade de vida, retornando à sociedade os investimentos aqui realizados. Ao mesmo tempo, foi possível ver ao longo deste projeto que se trata de conhecimentos que também irão contribuir para que a Universidade Federal de Pernambuco possa cumprir sua missão institucional, de formar profissionais de saúde guiados pelas reais necessidades de saúde do povo brasileiro, pelos princípios éticos e filosóficos do SUS, assim como pelos princípios éticos e humanísticos.

2.6 As Mulheres Guerreiras do Agreste

No projeto, previ que os sujeitos da pesquisa seriam mulheres ou homens transsexuais que experienciaram violência obstétrica ao buscarem assistência ao parto e nascimento de seus filhos nas maternidades públicas e que reconheçam que já haviam sofrido violência obstétrica.

Mas não foi possível encontrar mulheres que já sabiam o que era violência obstétrica. Apenas uma mulher refere que suspeitava que havia sofrido violência obstétrica antes da pesquisa. Veremos, inclusive, que em vários momentos da pesquisa elas se surpreenderem ao identificarem que algumas das experiências que tiveram ou até mesmo atos que são rotineiros das maternidades são, na realidade, um ato constitutivo da violência obstétrica. Em outros momentos, iremos ver algumas mulheres resistindo à aceitação de determinado ato de violência obstétrica como tal, pois o seu contrário foge totalmente da normalidade, como por exemplo, parir deitada ou negar alimento.

Os estudos de sociopoética necessitam de um mínimo de 06 participantes e um máximo de 20 participantes, como já referido. No nosso estudo mobilizamos 13 mulheres, que participaram de forma distinta da pesquisa, e utilizamos os dados produzidos pelas 11 que assinaram o TCLE. No Apêndice E, encontra-se quadro 02, que informa o quantitativo de mulheres participaram de cada atividade.

Todas as mulheres, com exceção de Jamile, faziam parte do grupo de atividades da residente do Programa de Residência em Saúde do Campo da UPE que nos recepcionou e nos apresentou à comunidade. Porém, além de participarem desse grupo e serem vizinhas, quase todas fazem parte de uma rede de parentesco ou laços familiares. Com exceção de Joaquina, que é de uma comunidade vizinha, e Liliane, que é recém-chegada na comunidade, todas têm algum grau de parentesco ou vínculo familiar. Solange é cunhada de Jamile, foi nora de Aparecida e de Maria Antônia, é afilhada de Guilhermina. Jamile é prima do marido de Cristiane. Aparecida é sogra de Helena. Bernadete é sogra da irmã de Solange. Aparecida já foi sogra de Jamile. Caracterizando uma rede de interconhecimento que é uma característica encontrada nas sociedades rurais, onde as pessoas tecem redes densas de conhecimento por parentesco e vizinhança como também por outras relações na comunidade (SCOTT *et al*, 2016). E como será visto adiante, fundamentais nas estratégias das mulheres para o enfrentamento da violência obstétrica e de seus efeitos deletérios em suas vidas.

3 AS NARRATIVAS DA ACADEMIA SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para compreender a narrativa acadêmica sobre a violência obstétrica, como já havia falado anteriormente, realizei duas metodologias de pesquisa na literatura, visando aprofundar a pesquisa livre que venho fazendo desde 2015. A primeira foi uma pesquisa realizada em artigos e periódicos utilizando a metodologia de revisão integrativa da literatura e a segunda foi uma pesquisa no método dialético. Nesta etapa, tive como objetivo contextualizar a produção acadêmica brasileira de teses e dissertações sobre a violência obstétrica nos últimos cinco anos. No entanto, ao longo desse processo, o artigo de Leal (2017) e seus achados sobre a racialidade da violência obstétrica me levaram a transformar meu olhar e a análise do material da segunda pesquisa.

3.1 Pesquisa Integrativa de artigos científicos

Esta pesquisa teve como objetivo mapear como a violência obstétrica vem sendo abordada nas revistas científicas.²⁶ Utilizei o termo “Violência Obstétrica” e obtive 108 trabalhos, dos quais, por leitura do título, foram excluídos os que não se referiam à temática. Dos 20 trabalhos selecionados, foram excluídos os artigos de opinião, os que não estavam com acesso livre e uma tese de doutorado. Os demais 15 trabalhos foram lidos integralmente e categorizados segundo o tipo e objeto de estudo, sujeitos pesquisados, principais resultados e principais referenciais teóricos que deram suporte às análises.

3.1.1 Visão panorâmica dos artigos

A revisão se deu no site da Biblioteca Virtual de Saúde, nos dias 25 e 26 de julho de 2016, na modalidade por assunto. Essa escolha se deu por não haver descritores sobre a violência obstétrica, levando a pesquisas mais amplas. Utilizei o termo “Violência Obstétrica” e obtive 108 trabalhos, dos quais, por leitura do título, foram excluídos os que não se referiam à temática. Dos 20 trabalhos selecionados, foram excluídos os artigos de opinião, os que não estavam com acesso livre e uma tese de doutorado. Os demais 15 trabalhos foram lidos integralmente e categorizados segundo o tipo de estudo, objeto de estudo, sujeitos pesquisados, principais resultados e principais referenciais teóricos que deram suporte às análises.²⁷

26 O detalhamento da metodologia utilizada se encontra no segundo capítulo.

27 Por recomendação da banca de defesa, foi incorporado o apêndice L com todos os artigos selecionados.

Estes estudos foram publicados entre 2006 e 2016 e, quanto ao local de publicação: um se deu nos Estados Unidos em parceria com Reino Unido, três na Venezuela e onze no Brasil, dos quais um teve a pesquisa realizada em Cuba. Os estudos de Bohren *et al* (2015) e Diniz *et al* (2015) corresponderam à revisão da literatura e os demais artigos se constituíram de divulgação de pesquisa original.

Para uma visão panorâmica das pesquisas originais, dividi-as em três grupos segundo seus objetos de estudo e suas principais contribuições. O bloco de pesquisas que têm como objeto de estudo a prevalência da violência obstétrica fornece informações de prevalência de abrangência local e contribuem também com o mapeamento dos principais atos constitutivos, os perpetradores e grupos mais vulneráveis (ANDRADE, *et al.*, 2016; PEREIRA, *et al.*, 2015; BISCEGLI, *et al.*, 2015). Nas pesquisas que têm como objeto de estudo as vivências das mulheres no parto, encontram-se as suas representações das suas vivências e das violações sofridas e a descrição destas violências, as relações que estabeleceram com os profissionais de saúde, as deficiências do *modus operandi* ou infraestruturais das instituições ou de seu acesso (MCCALLUM, MENEZES & REIS, 2016; RODRIGUES, *et al.*, 2015; LUZ, ASSIS & REZENDE, 2015; CARNEIRO, 2015; TERRAN *et al.*, 2013; GARCÍA-JORDÁ, DÍAZ-BERNAL & ÁLAMO, 2012; TEIXEIRA & PEREIRA, 2006). As pesquisas que têm como objeto de estudo o olhar dos profissionais fornecem informações sobre as representações que têm da mulher e da violência obstétrica. Também apresentam questões infraestruturais, organizativas ou da cultura institucional que geram e mantêm a violência obstétrica (SILVA, *et al.*, 2014; AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; FANEITE, FEO & MERLO, 2012).

A violência obstétrica aparece nesta revisão como um fenômeno social complexo que tem sua origem na transformação cultural do parto. O parto era concebido como um ato fisiológico e vivenciado no domicílio com apoio solidário de outras mulheres (TEIXEIRA & PEREIRA, 2006). Com a promessa de se aliviar a dor, o parto migrou paulatinamente para o hospital.²⁸ O parto, ao ficar centrado no hospital e no médico ou médica, foi patologizado, medicalizado e se tornou dependente da técnica. É neste contexto que a violência se institucionalizou no parto, legitimada pelo discurso científico, ela se estruturou, mantendo-se silenciosa, invisível e naturalizada. Desse modo, ao migrar de uma condição fisiológica para um processo extremamente dependente da tecnologia, o parto passou a ser vivenciado pelas mulheres de forma solitária e desamparada, com a utilização rotineira de procedimentos e

²⁸ Esse processo será abordado novamente no capítulo 7.

intervenções que na maior parte das vezes são desnecessários e/ou sem evidências científicas. Ainda são comuns práticas que comprovadamente colocam em risco a vida da mulher e do seu filho/a. Esse é o principal recorte da violência obstétrica mencionado em quase todos os estudos aqui citados. A violência obstétrica está presente em vários países do mundo (BOHREN, *et al*, 2015) e no Brasil se constitui como um problema de saúde coletiva de grande magnitude. Diniz *et al* (2015) se referem à pesquisa nacional da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, que constatou que, em cada quatro mulheres que parem, uma sofre algum tipo de violência obstétrica. No entanto, vale ressaltar os dados da pesquisa de Andrade, Silva, Diniz e Caminha (2016), de menor abrangência, mas que calculou uma prevalência da violência obstétrica de 86,75% num hospital-escola do Recife.²⁹ Há uma clara distribuição social da tipificação da violência obstétrica no Brasil. As mulheres de classes sociais com maior poder aquisitivo são levadas a cesarianas sem indicação médica, pré-agendadas segundo a conveniência do/a obstetra e, na maior parte das vezes, contra a sua vontade. Já as mulheres de menor poder aquisitivo e menor escolaridade, principalmente negras, adolescentes, mães solteiras e em situação de abortamento, têm fator protetor para partos cirúrgicos, no entanto, são vítimas de violência por intervenções desnecessárias ou sem evidência científica e realizadas sem informação esclarecida (TEIXEIRA & PEREIRA, 2006; MCCALLUM, MENEZES E REIS, 2016). Além disso, são vítimas de maus-tratos como agressões verbais, ameaças, julgamentos morais sobre a sua sexualidade e vida reprodutiva (AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013). Elas ainda são expostas às fragilidades institucionais, como a peregrinação pelas maternidades, infraestruturas deficientes, falta de pessoal, de medicamentos e processo de trabalho inadequado (RODRIGUES, *et al.*, 2015).

Quanto aos perpetradores, há uma variação quanto às principais categorias de profissionais de saúde, mas há uma evidência que todas estão envolvidas em atos violentos. Diniz (2015) aponta também estudantes como perpetradores, ao praticarem atos não necessários, não consentidos e até não recomendados visando exercitar determinados procedimentos. Desse modo, chama a atenção para a importância de se incorporar as discussões de ética e gênero na formação de profissionais de saúde.

3.1.2 Referenciais teóricos empregados no estudo da violência obstétrica

²⁹ Vale também ressaltar a já citada Pesquisa Nascer no Brasil, que não fez parte desta revisão integrativa, mas que traz um universo maior e de expressão nacional multicêntrica.

No que se refere aos referenciais de análise, destacam-se importantes eixos. A interface da violência obstétrica com os direitos humanos, sexuais e reprodutivos. A violação da dignidade humana foi referida em praticamente todos os artigos estudados. Também foram comuns os estudos interseccionais de classe, gênero e raça. Um outro eixo forte da análise apontou para as relações de poder, as quais vêm sendo abordadas principalmente pelos referenciais foucaultianos.

São várias as articulações teóricas para construir o argumento de que a violência obstétrica é uma violência de gênero. Faneite, Feo & Merlo (2012) a consideram fruto do patriarcado. Aguiar, d'Oliveira & Schraiber (2013) corroboram essa articulação, tendo como referencial o conceito de gênero em Joan Scott, o perfil de vulnerabilidade e exclusão social das mulheres violadas, assim como pela forma como o modelo assistencial objetualizou as pacientes e retirou sua autonomia. A violência obstétrica também é associada a uma violência de gênero em Carneiro (2015); Diniz *et al* (2015); García-Jordá *et al*, (2012) e Teixeira e Pereira (2006).

O artigo de Aguiar, d'Oliveira & Schraiber (2013) analisou a violência institucional nas maternidades a partir das relações de poder, tendo como referencial teórico o pós-estruturalismo. Os autores e autoras consideram que os atos constitutivos da violência obstétrica se dão na relação profissional de saúde-paciente e que esta é uma relação marcada pela assimetria. De um lado, as pacientes extremamente vulneráveis, tanto pelas condições psicoemocionais que envolvem a gestação/parto, como pelo seu afastamento do seu papel de protagonista no parto. De outro lado, os profissionais com poder-saber sobre o corpo, desejo e necessidades desta mulher. Postulam que a violência obstétrica se dá quando o uso de tecnologia se sobrepõe às relações humanas. Diante de atos considerados não colaborativos e de uma representação social desvalorativa da gestante (pobre, ignorante, histérica), legitima-se o uso da violência como forma de docilizar os corpos. Utilizam-se frases jocosas e moralizantes sobre a sexualidade e sobre os direitos de autonomia das mulheres planejarem suas famílias e número de filho/as. Não há um reconhecimento dos movimentos, emoções e reações fisiológicas ou diante da dor e sofrimento. Assim, referem-se a uma crise de legitimação da Medicina que se dá pela sua erosão ética, onde há grande dependência técnico-científica em contraponto ao enfraquecimento do caráter moral da prática médica.

3.1.3 Os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres violadas

No que se refere aos efeitos da violência obstétrica, há evidências de sua relação com a morbimortalidade materna. Se levarmos em consideração que as principais causas da morbimortalidade são as hipertensões e o aborto inseguro, podemos afirmar que violência institucional, por não oferecer um pré-natal de qualidade ou um planejamento familiar, é uma destas causas. Bohren *et al* (2015) e Diniz *et al* (2015) ainda referem os partos cirúrgicos desnecessários e sequelas advindas do manejo de um parto vaginal agressivo ou pela negligência e retardo no atendimento. Também referem as mulheres que, diante da violência que têm sofrido, têm se desestimulado a procurar maternidades para seus próximos partos. Souza (2014) e Zambaldi, Cantilino e Sougey (2009) associam a violência obstétrica à vulnerabilidade para depressão pós-parto e ao estresse pós-traumático, respectivamente.

Apesar de suas valiosas contribuições, esses estudos não conseguem captar como esses eventos se traduzem em dores e sofrimentos e podem não estar associados a um quadro nosológico, nem tão pouco restritos ao período do puerpério, podendo trazer repercussões importantes na dinâmica de vidas das mulheres violadas por longos períodos.

Carneiro (2015) consegue essa aproximação ao estudar a dor e sofrimento decorrentes da violência obstétrica a partir das narrativas de mulheres que denunciaram as violências sofridas. Nesses relatos, algumas mulheres demonstram que a violência obstétrica continuou repercutindo em suas vidas após o parto, trazendo impactos na vida afetiva, sexual e reprodutiva. O estudo também demonstrou como essas mulheres, ao realizarem uma narrativa de si, colocando-se como vítimas da violência obstétrica, circularam suas dores e sofrimentos, criaram laços de sociabilidades, movimentos de reconhecimento e pertencimento, levando-as a se reposicionarem no mundo, como pessoa e como grupo. No entanto, o artigo não fornece dados suficientes para mapear quais as necessidades de cuidado e de promoção de direitos dessas mulheres, uma vez que sua discussão foi mais ampla. Mas nos indica a potência das narrativas, não só como forma de coletar dados, mas também como caminho de cura e empoderamento dessas mulheres.

Esta revisão, até o momento, nos forneceu um panorama de documentos institucionais nacionais e internacionais, da produção de artigos científicos sobre a violência obstétrica. Destacou a sua magnitude e a complexa teia de relações de poderes e valores simbólicos que corroboram para a sua produção e reprodução. Também demonstrou o perfil de exclusão social das mulheres violadas e a fragilidade existente no conhecimento a respeito da experiência das mulheres após terem sido violadas ao procurarem assistência ao parto e nascimento. Com isso, no entanto, ainda não foi possível elencar suas necessidades de promoção de direitos e de

cuidados de saúde. Um olhar panorâmico sobre a produção de dissertações e teses reafirmaria estes achados?

3.2 Revisão dialética da produção acadêmica de teses e dissertações que retratam a violência obstétrica

Nesta etapa da pesquisa, foi utilizado o Banco de Teses da Capes, consultado em 31 de julho de 2017. O descritor utilizado foi “violência AND obstétrica”. Foram encontrados 44 trabalhos. O critério de exclusão para essa fase da pesquisa foi não ter relação com o tema e apenas um trabalho foi descartado.³⁰ Dos 43 trabalhos selecionados, 19 tiveram a investigação da violência obstétrica como um de seus objetivos. Os demais 24 trabalhos que não tiveram a violência obstétrica como objetivo direto, dedicaram capítulos ou trouxeram o tema como achados da pesquisa. Os trabalhos compreenderam um período de 2013 a 2017. Desde modo, o descritor “violência obstétrica”, demonstrou sensibilidade suficiente para nos dar uma visão panorâmica da produção.³¹

3.2.1 Caracterização temporal da produção acadêmica

A caracterização temporal e espacial demonstrou que o tema da violência obstétrica vem sendo progressivamente incorporado pela academia, no entanto, ainda de forma desigual no que toca sua distribuição regional. Os gráficos 1 e 2 que se encontram no Apêndice F demonstram o crescimento de estudos sobre o tema, que encontra seu pico em 2016.³² A maior concentração de produção está nas universidades dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, tendo a região Sudeste do país mais de 50% da produção nacional, como pode ser visto nos gráficos 3 e 4, no Apêndice F. Sendo evidente que há uma carência da produção de estudos nas regiões Nordeste. Ressalta-se, inclusive, que não foi encontrado até o momento estudos que se referiram ao tema no agreste de Pernambuco.

As áreas de concentração do conhecimento que mais se destacaram na produção do tema da violência obstétrica são as de Enfermagem, Saúde Coletiva e Psicologia, em menor número de produção, outras áreas disciplinares também têm contribuído, tais como Letras, Direito,

30 SILVA, L.A. Assistência pré-natal na rede municipal de Niterói: a ótica valorativa dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, 2015.

31 Por recomendação da banca de defesa, foi incorporado o apêndice M com todas as teses e dissertações selecionadas.

32 A redução no número de trabalhos encontrados no ano de 2017 pode estar relacionada ao período de realização da pesquisa, julho.

Sociologia, Antropologia. Isso tem grande importância porque permite lançar um olhar interdisciplinar para o tema, num esforço de fazer face a sua complexidade.

3.2.2 Objetos e sujeitos estudados

Para a análise dos principais objetos e sujeitos estudados, dois estudos foram descartados por não apresentarem nos resumos e na leitura da introdução os objetivos ou sujeitos da pesquisa. Dos 41 restantes, cinco estudos não têm processo investigativo com sujeitos, caracterizam-se por ser pesquisa documental que analisam: as determinações patriarcais racistas e capitalistas (SANTOS, R., 2016); o discurso da mídia acerca da violência obstétrica (VANZ, 2017); exposições de museus que trazem o tema do parto (PALHARINI, 2015); o processo de implantação de um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (FARIA, 2015) e a cartografia do movimento ativista do parto humanizado na blogosfera (LUZ, 2014). As demais pesquisas têm como sujeitos pesquisados mulheres; profissionais/estudantes de saúde (com destaque para profissionais da enfermagem e medicina obstétrica, porém, outras categorias também são inclusas, tais como estudantes de graduação, residentes, profissionais da psicologia e assistência social) e agentes sociais. Os trabalhos demonstram uma riqueza e complexidade do olhar para a violência obstétrica, tanto do ponto de vista dos sujeitos como dos objetos investigados. No entanto, é importante destacar que nenhum estudo teve como objeto retratar a experiência da mulher após sofrer violência obstétrica, os que o fazem, são por achados incidentais da pesquisa, como será visto adiante.

3.2.4 Principais referenciais teóricos e metodológicos

Muitos estudos não trouxeram claramente a metodologia e os referenciais teóricos utilizados. Diante disto, foi necessário realizar uma breve pesquisa na introdução e capítulos de metodologia. Apenas um trabalho não apresenta referência quanto à metodologia. Pode-se perceber que a metodologia qualitativa esteve presente em todos os estudos, sendo trinta e seis apenas qualitativos e sete quali-quantitativos. Como método de análise dos dados, é marcante o uso de análise de discurso, de conteúdo e representação social.

A figura 32, abaixo, apresenta uma representação da importância que o parto tem no estudo da violência obstétrica. Foi comum encontrar na construção dos capítulos de referencial teórico o debate sobre os paradigmas do parto e das políticas de assistência ao parto. Percebeu-se uma maior predominância na articulação com teorias de poder, gênero e dos direitos humanos. Foucault foi o autor mais citado. Há também em muitos trabalhos a conceituação e tipificação da violência obstétrica.

Para a fase de análise dos resultados contidos nos resumos, foram descartados dois estudos que não evidenciaram quais os resultados encontrados (YIEN, 2017, e BATISTA, 2015). Esta análise, mesmo tendo um olhar pouco aprofundado, por ser panorâmica, demonstrou a riqueza destas pesquisas e suas contribuições para a caracterização da violência obstétrica através da compreensão dos atos que a constituem, dos seus perpetradores, perfil das mulheres violadas e como ela é representada socialmente. Os estudos também avançaram na compreensão de uma arqueologia, enfatizando processos históricos de sua gênese e reprodução e os relacionando a estruturas de poder e saber. Alguns estudos apontaram estratégias que vêm sendo utilizadas para seu enfrentamento e ainda trouxeram recomendações para a transformação desta realidade. Nos resultados, foram encontrados três estudos que fazem menção ao objetivo da presente pesquisa, ou seja, mapear as possíveis consequências da violência obstétrica e estudos que abordaram as principais estratégias de enfrentamento.

No que toca os estudos que se referem à experiência das mulheres após sofrerem violência, Palmas (2016) apenas refere que há consequências, mas não cita quais. Muniz (2013) se refere à existência do medo da dor, porém, a leitura do resumo nos fornece elementos para compreender se este é um medo que acompanha a mulher durante a gestação ou se dá no momento em que entra em trabalho de parto. O estudo de Amorim (2015) se refere às consequências temporárias ou permanentes em decorrência de violência obstétrica sofrida no parto.

Os resultados até então evidenciam que a gênese da violência obstétrica está ligada, principalmente, ao modelo de parto médico-hospitalar. Ao se caracterizar a violência obstétrica com seus atos constitutivos, percebe-se que o parto tecnificado decorrente deste modelo leva ao uso rotineiro de intervenções desnecessárias ou que deveriam ser eliminadas, ou sem evidências científicas, assim como ao desempoderamento feminino, à objetualização dos corpos das mulheres e julgamentos morais que deslegitimam seus direitos sexuais e reprodutivos e que dão margem a maus-tratos verbais, físicos e psicológicos. Nesse cenário, as estratégias de enfrentamento mais frequentes são as apostas na humanização do parto defendidas nas lutas dos movimentos sociais, no ciberespaço, na fala de mulheres ou de profissionais de saúde que foram sujeitos de pesquisa, porém também encontramos outras formas de enfrentamento que se pautam no empoderamento feminino na hora do parto ou na reparação da violência sofrida no campo psicoemocional.

Os movimentos sociais têm sido uma voz marcante no enfrentamento da violência obstétrica e na conclamação de formas humanizadas para o nascimento e parto. Na sua análise de discursos de revistas, Vanz (2017) identifica que os discursos dos movimentos feministas

são orientados pela justiça e direitos humanos, se contrapondo ao discurso religioso e da ciência, que são capazes de controlar e determinar até a forma de nascer dos sujeitos. Rocha (2015), ao estudar os movimentos de humanização do parto, encontra como uma das bandeiras deste movimento o acesso e a disseminação de informação baseada em evidência e a luta contra a violência obstétrica.

Três estudos encontram o enfrentamento da violência obstétrica em blogs no ciberespaço. Pulhez (2015) identifica entre a pauta do blog que estudou a crítica à violência obstétrica. Luz (2014) aponta para a potência dos blogs em desnaturalizar a violência obstétrica, ao mostrar como procedimentos e intervenções de rotina são formas de agressões que colocam em xeque a autonomia, o protagonismo e o respeito à mulher e sua potência na luta pela reconfiguração do parto pelos princípios da humanização do parto. Medeiros (2014) identifica as contribuições do ciberespaço na construção dos itinerários individuais e coletivos que trazem potência para a transformação do modelo de parto vigente.

Apostar na humanização do parto surge como o “antídoto” às consequências iatrogênicas do modelo hegemônico em vários estudos e se dão numa perspectiva individual ou coletiva de enfrentamento. Amorim (2015) revela que as suas entrevistadas têm a percepção do parto humanizado como o ‘tratamento acolhedor’, ‘respeito’, ‘informação’, ‘segurança’, ‘autonomia’, ‘direitos assegurados’ e ‘presença de acompanhante’, ou seja, o oposto do que se tem caracterizado como o parto na perspectiva biomédica. Sanfelice (2016) aponta que o que determina a escolha do parto domiciliar guiado pelos princípios da humanização do parto é uma forma de resistência ao modelo hospitalocêntrico e medicalizado, na busca da autonomia e resgate do poder feminino. Barros (2015) identifica três formas de enfrentamento da medicalização do parto: o liberalismo de mercado dos partos naturais, os direitos humanos presentes em documentos de políticas públicas de assistência ao parto e a lógica de cuidado na perspectiva de Annemarie Mol, em que o cuidado se refere a uma atenção em processo.

Outras perspectivas de estudos já demonstram as estratégias do parto humanizado numa direção mais estruturada de transformação do modelo, seja na fala de grupos sociais ou de profissionais de saúde. Klujsza (2014) defende que o movimento de humanização do parto, ao identificar problemas no modelo de parto vigente dirige sua atuação visando a humanização do parto, o respeito à parturiente e ao recém-nascido. Esser (2016) encontra a prevalência do modelo biomédico, intervencionista e com poucas ações de humanização e identifica potencialidades no trabalho da enfermagem para humanização do parto. Isso se dá, para Costa (2015), pela potencialidade do trabalho de enfermagem de atuar no cuidado integral, complexo, ético e empoderador da mulher. No entanto, precisam superar as dificuldades de formação, a

falta de autonomia, a hegemonia médica, a violência obstétrica, a dificuldade nos processos de gestão, para qualificar a atenção ao parto realizado por este profissional.

Outras formas de enfrentamento são relativas às estratégias de empoderamento ou de reparação psicoemocional. Andrezzo (2016), embora tenha encontrado as dificuldades da implementação dos planos de parto, reconhece seu potencial no empoderamento das mulheres e sua utilidade na construção de linhas de cuidado entre as instituições. Porém, como será visto, far-se-á necessário uma transformação no modelo de cuidado. Regis (2016) encontra no recurso do relato de parto e da escrita de carta aos obstetras um projeto individual da luta coletiva de resistência e promessa de uma assistência mais digna. Cardoso (2015), ao buscar compreender como se dá o processo de significação das mulheres sobre a violência obstétrica, observa como é relevante para as mulheres estudadas o contato com o discurso da humanização, visando novas reconfigurações dos seus *selves* e posicionamentos na esfera intra e interpessoal. Machado (2016) nos chama atenção para a importância dos elementos transformadores que se encontram no apoio do mundo da vida (família, presença do acompanhante, empoderamento, consciência de luta coletiva.)

Esta revisão demonstrou que, apesar do termo violência obstétrica ter sido empregado pela primeira vez em 2007, o interesse pelo estudo da violência obstétrica é um tema crescente na academia e que vem sendo estudado como tema principal do estudo ou de forma incidental. São estudos com grande diversidade em relação aos sujeitos da pesquisa; referenciais teóricos de análise e metodologias utilizadas. No entanto, encontramos lacunas do conhecimento que ainda persistem e que precisam ser aprofundadas. Após esta visão panorâmica, escolhi dois pontos para serem aprofundados: como estas pesquisas abordam ou conceituam o termo “violência obstétrica” e a interface violência obstétrica e as questões de raça/cor e etnia.

3.2.4 Os conceitos da violência obstétrica e sua tipificação

Para o primeiro objetivo, identifiquei nos sumários ou/e agrupei todas as referências que os pesquisadores e pesquisadoras fizeram ao termo. Na sequência, busquei identificar os referenciais teóricos utilizados e como as linhas argumentativas foram construídas.

Uma questão relevante dos resultados dessa fase da pesquisa é que alguns estudos não trouxeram referenciais teóricos ao conceituar a violência obstétrica. Essa situação foi encontrada inclusive em estudos nos quais o termo “violência obstétrica” tinha destaque por fazer parte do título do trabalho ou do rol de suas palavras-chave. A exemplo disso, apesar de a violência obstétrica ser trazida no resumo de seu trabalho, o que se espera ser um achado de

relevância, Vidal (2017) não traz nenhum conceito ou exemplo do que considera violência obstétrica, apenas traz um pequeno verbete num glossário em anexo à pesquisa: “Nome dado às intervenções realizadas durante o parto sem a permissão da mulher” (p.106). Andrezzo (2016) referiu situações de violação dos direitos e estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, porém, também não conceitua o que irá considerar como violência obstétrica. Muniz (2013), Costa (2015), Koeche (2015) e Valle (2015) não trazem um conceito da violência obstétrica, porém, citam exemplos que são considerados atos constitutivos da violência obstétrica.

Vale ressaltar que esse achado não compromete a qualidade teórica destes trabalhos. Acredito ser reflexo da velocidade com que o termo “violência obstétrica” foi disseminado e apropriado por mulheres, em sua maioria, ligadas a movimentos de humanização do parto e que talvez a academia não tenha conseguido acompanhar na mesma intensidade. Como veremos, isso se deu, principalmente, diante dos acúmulos dos movimentos, ONGs e instituições comprometidas pela defesa da humanização do parto e dinamizadas pelas redes sociais, que têm grande potência de atingir rapidamente muitas pessoas. Desse modo, a violência obstétrica foi disseminada mais como uma ideia e exemplificada com seus atos constitutivos do que como um conceito unívoco e objetivo.

Além disso, várias pesquisas sobre o tema aconteceram e a internet fervilhou de informações e relatos de pessoas que não se sentiam confortáveis com o tipo de atendimento recebido durante o parto. Nesse sentido, a ideia de violência obstétrica ganhou visibilidade – ela que diz respeito aos abusos de qualquer ordem, sejam eles físicos ou emocionais, contra a mulher em trabalho de parto ou parto. Ainda que muitas pessoas, inicialmente, não se declarassem vítimas da violência obstétrica e não se sentissem confortáveis para falar sobre o assunto, muitas ações foram lançadas na internet, a fim de explicar o que era a violência obstétrica e encorajar as mulheres a se posicionarem sobre o assunto. (KLUJSZA, 2014, p.72)

Nesse sentido, Pulhez (2015), ao participar da marcha em defesa do parto, identificou que as mulheres que participavam da marcha se referiam a uma nova expressão, “violência obstétrica”. A autora buscou compreender este fenômeno social a partir da sistematização do que as mulheres vinham referindo em suas narrativas. Também identificou um processo pelo qual as mulheres disputaram na sociedade seu reconhecimento como vítimas de atos tidos como rotineiros ou típicos do modelo de assistência ao parto vigente no país.

A violência obstétrica parece ter caído como uma luva na necessidade de nominar as violações que envolvem a vida reprodutiva de muitas mulheres. Isso porque os atos constitutivos da violência obstétrica, mesmo que se deem tão rotineiramente, podem se dar com tamanha intensidade que as mulheres não conseguem compreender ou dar sentido para esta

experiência e muitas vezes manifestando alto custo psíquico. Por não conseguirem ser nominadas ou significadas, essas experiências não conseguem ganhar um lugar psíquico, acumulando energia psíquica sem destino. Veremos ao longo desta pesquisa que essa situação favorece o estabelecimento do trauma. Assim, quando essas violações ganharam um nome, “violência obstétrica”, parece que ganharam ao mesmo tempo um processo histórico e um sentido, configurando um lugar psíquico para a experiência vivida por tantas mulheres. Percebi nas rodas de diálogo sobre a humanização do parto e enfrentamento da violência obstétrica das quais participei que muitas mulheres, ao escutarem pela primeira vez o termo (assim como também aconteceu comigo), pareciam ter uma certa familiaridade. A imagem que me vem é que vestiam luvas que lhe caíam bem nas mãos.

As demais pesquisas vão trazendo referenciais teóricos da violência obstétrica na sua maior parte, referindo o documento seminal da Lei da Venezuela. Algumas trazem outras leis que a sucederam, como a da Argentina. Contribuem para essa construção dos referenciais teóricos utilizados documentos importantes, tais como a cartilha do Ministério Público de São Paulo; o dossiê “Parirás com Dor” sobre a violência obstétrica, elaborado pela ONG Rede Parto do Princípio e apresentado ao senado brasileiro em 2012. Também foi referendado o conceito no Projeto de Lei 7633/2014 do deputado Jean Wyllys (BRASIL, 2014).

Considerando as 42 pesquisas estudadas, os principais atos constitutivos da violência obstétrica citados são: maus-tratos e humilhações; patologização dos processos fisiológicos do parto e uso rotineiro das intervenções. Entre as intervenções referidas como violência obstétrica encontramos as ações em que a Organização Mundial da Saúde, na sua publicação de 1990 e reafirmada na publicação de 2018, recomendam que sejam evitadas ou eliminadas por não terem comprovação de sua eficácia ou que podem ser prejudiciais ou até colocar em risco a vida da mulher e do seu concepto. Essas intervenções, além de serem apontadas como rotineiras, acontecem sem o consentimento livre e esclarecido da mulher. Desse modo, são citados atos como: o parto cirúrgico sem indicação clínica, episiotomia, ocitocina de rotina, toques invasivos e repetitivos, manobra de Kristeller, raspagem de pelos pubianos, posição supina, litotomia, não ofertar métodos para alívio da dor e privação de alimentos ou bebidas nos partos que têm indicação de evolução fisiológica.

Também são elencadas as violências obstétricas institucionais, como o não cumprimento da Lei do Direito ao Acompanhante de Livre Escolha (Lei 11.108/2005) e peregrinação entre as maternidades. Embora a tipificação da violência obstétrica em seus atos constitutivos seja comum nas pesquisas estudadas, vale o destaque para revisão realizada por Silva (2017), Almeida (2016), Sena (2016), Yien (2016) e Valle (2015).

Destacam-se nesta construção conceitual as pesquisas de Sena (2016), Cardoso (2015), Domingues (2015), Palharini (2015), Rocha (2015) e Medeiros (2014), que nos dão um contexto histórico de fatos e fenômenos sociais que foram fundamentais para a criação do termo violência obstétrica, seu conceito e tipologia, assim como contextualizam o processo histórico que deu sustentação para que a disseminação do termo “violência obstétrica” emergisse fortemente como uma demanda das mulheres no Brasil e que vem sendo incorporada também pelos movimento feministas.

O termo “violência obstétrica” foi cunhado pela primeira vez a partir da pesquisa do Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos sobre a situação da assistência ao parto nos hospitais públicos da Argentina. Esse estudo foi desencadeado após o Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e o Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR) receberem uma denúncia de maus-tratos sofridos por uma jovem numa maternidade na cidade de Rosário, em 2001 (MEDEIROS, 2014).

A República Bolivariana da Venezuela, visando enfrentar a violência contra a mulher, promulgou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres Viverem Livres da Violência, em 23 de abril de 2007. Essa lei conceitua e tipifica os diversos tipos de violência contra a mulher, assim como as estratégias de promoção e garantia dos direitos protetivos contra essas violências. Tendo como referência o relatório da pesquisa realizada nas maternidades públicas, faz a primeira referência ao termo violência obstétrica:

Violencia obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (VENEZUELA, p. 9, art 15-13)

Após esta Lei, inicia-se processo de debate e produção acadêmica sobre o tema. Outros países criaram também suas leis, como a Argentina (2009) e o México (2014) (MEDEIROS, 2014). No Brasil, ainda não há lei que tipifique e criminalize a violência obstétrica, porém, existem alguns projetos de lei que tramitam no Congresso.

Para o desencadeamento desse processo, contamos com as contribuições do movimento de humanização do parto. Esse movimento é fruto da crítica ao modelo de parto tecnificado que vem sendo gestado desde as décadas de 70 e 80. O movimento, para além da crítica, foi, ao longo das décadas, construindo alternativas ao modelo hegemônico através das diretrizes de empoderamento e protagonismo da mulher no parto, do estímulo ao parto vaginal e natural (evitando-se ao máximo o uso de intervenções) e do emprego das boas práticas obstétricas

formulada pela OMS. Em 1993, foi criada a Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa), que é uma articulação de atores sociais, ONGs, profissionais e gestores da saúde. A ReHuNa tem denunciado a violação dos direitos e a violência na assistência ao parto tecnificado. Também tem trazido para o debate e estimulado iniciativas de parto que se pautam pelo resgate da autonomia das mulheres e sem intervenções que visem acelerar os processos naturais e fisiológicos. No início dos anos 2000, o movimento conseguiu inscrever seus princípios e diretrizes nas políticas de saúde destinadas à saúde sexual e reprodutiva. O movimento também foi acumulando experiências de parto humanizado realizando a preparação das mulheres em rodas de conversas (SENA, 2016, CARDOSO, 2015; PALHARINI, 2015 e MEDEIROS, 2014).

Sena (2016) chama a atenção como a criação da ReHuNa se deu simultaneamente à chegada da rede mundial de computadores no país. Essa rede contribuiu para a criação de redes de discussão, contribuindo para a disseminação das bandeiras defendidas pelo movimento.

No campo da produção do conhecimento, destaca-se a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, em 2010, que evidenciou que 25% das mulheres no país que tiveram parto normal sofreram algum tipo de maus-tratos ou desrespeito. A pressão gerada pelos dados dessa pesquisa afetou a produção acadêmica, como por exemplo, a tese de doutorado de Janaína Aguiar, em 2010, intitulada “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero,” (SENA, 2016)

O ano de 2012 foi intenso no enfrentamento da violência obstétrica no país. As blogueiras Ana Carolina Arruda Franzon e Ligia Moreiras Sena lançaram pela internet o convite para as mulheres responderem um teste sobre violência obstétrica e enviarem depoimentos e fotos de partos que consideraram ter sofrido a violência obstétrica. Colheram 1.966 relatos de parto no teste da violência obstétrica, onde o resultado da pesquisa foi publicado nas redes sociais. Vinte mulheres enviaram seus depoimentos e foram publicados num videodocumentário com o título “Violência obstétrica: a voz das brasileiras.” (SENA, 2016; MEDEIROS, 2014).

A divulgação na internet de um vídeo sobre o parto domiciliar que teve grande audiência e levou o Fantástico, programa dominical da Rede Globo, a exibir, em junho de 2012 uma reportagem que tinha por objetivo apresentar várias visões sobre vantagens e desvantagens dos partos no hospital e domiciliar. Para tanto, entrevistou obstetrizes, doulas, obstetras, mulheres, como a que divulgou o vídeo, e instituições, como a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. A polêmica gerada pelo depoimento do professor e médico obstetra Jorge Kuhn em favor do parto domiciliar teve grandes repercussões. O Conselho Regional de Medicina do Rio

de Janeiro (CREMERJ) emitiu nota de repúdio a esse posicionamento, considerando-o irresponsável e antiético, por afirmarem ser o parto um evento dinâmico que poderia, em alguma intercorrência, colocar em risco a vida da mãe e do seu filho. Com essa argumentação, o CREMERJ denunciou o referido médico ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo. A reação das mulheres a essa denúncia se expandiu pelas redes sociais e levou à realização de atos de resistência e apoio ao dr. Jorge Kuhn em todo o país. Foram realizadas 23 Marchas do Parto em Casa, que tinham por objetivo se contrapor à denúncia e lutar pelo direito da escolha do local onde parir (PULHEZ, 2015).

Em abril de 2014, uma jovem parturiente e seu companheiro sofreram uma violência que marcou a história do enfrentamento da violência obstétrica no país. Adelir Goés, moradora da cidade de Torres, no Rio Grande do Sul, aos 29 anos, com histórico anterior de duas cesarianas e se preparando para seu terceiro parto, descobriu que seria possível realizar seu desejo de um parto normal. Buscou informar-se e se articulou em redes sociais, que a indicaram a procurar o apoio de uma doula. No entanto, diante do resultado da ultrassonografia, em que o bebê se apresentava em posição pélvica, a médica decidiu que ela teria indicação de uma cesariana imediata. Adelir e seu companheiro questionaram o posicionamento da médica e assinaram um termo de responsabilidade para sair da maternidade e buscar uma segunda opinião. Foram surpreendidos com uma ordem judicial na madrugada do mesmo dia, sendo levados à força por uma ação policial armada para o hospital para realização compulsória de um parto cirúrgico. A médica, inconformada por ter sido contestada, entrou com ação na justiça solicitando para que fosse realizado o parto cirúrgico, visando salvaguardar a vida da mãe e do seu filho. Argumentou que, sem o parto cirúrgico, não haveria chances de sobrevivência, convencendo a juíza a expedir a ordem judicial.

A repercussão do caso nas redes sociais viralizou e teve acompanhamento da mídia, que cobriu os desdobramentos do parto ainda na maternidade. Foi lançada a campanha “Somos todos Adelir”, que ganhou as redes sociais e atos em diversas cidades brasileiras. Medeiros (2014) chama a atenção para os debates que surgiram dos especialistas defendendo a possibilidade de um parto vaginal estando o bebê na posição pélvica, assim como as questões éticas e dos direitos humanos a partir da crítica das condutas médicas e jurídicas que não levaram em consideração o protagonismo da mulher e a ação compulsória realizada. No entanto, a autora, nos convida a refletir a importância do caso Adelir na passagem de uma dor individual para a coletiva a partir da força das redes sociais no ciberespaço.

Adelir passou a ser o símbolo de luta e resistência das mulheres pelo seu direito de decidir pelo seu parto, onde e como parir assim como também pelo enfrentamento da violência

obstétrica. Sena (2016) traz um depoimento de Adelir alguns anos após essa violência e ela nos fala da importância da rede de apoio que recebeu, no que refere como o seu renascimento.

Já se pode perceber, até o momento, que a violência obstétrica é um fenômeno complexo e que seu conceito e tipificação são fundamentais para a pesquisa e para as estratégias de seu enfrentamento. Levando em consideração esta reflexão, para a presente pesquisa, irei adotar, assim como Yien (2016), a tipificação do dossiê Parirás com Dor (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012):

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: “praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. (p. 60)

Esses atos têm caráter físico, psicológico, sexual, material, institucional e midiático.

Essa escolha se dá por achar que é a tipificação mais próxima de nossa realidade, fruto do estudo das várias conceituações internacionais e elaborada por um grupo de mulheres ativistas do parto humanizado que contextualizam esta realidade nos cenários de partos no Brasil. Além disso, no dossiê Parirás com Dor amplia-se a compreensão que a violência obstétrica pode ocorrer nas diversas fases do ciclo reprodutivo das mulheres, assim como considera-se que seus perpetradores não são apenas os profissionais de saúde. Considera-se também os agentes públicos, civis e instituições.

Esta revisão nos mostrou como o termo “violência obstétrica” foi fruto da resistência e luta das mulheres. Porém, como será aprofundado posteriormente, é uma história contada na sua maior parte por mulheres brancas e de classe média, com o silenciamento da luta e resistência das mulheres negras, salvo raras exceções.

3.2.5 A academia e a racialização da violência obstétrica: uma tradição de impenetrabilidade para o estudo da saúde da mulher negra

Durante a análise desta revisão, tive a oportunidade de ler o artigo de Leal *et al* (2017), o que me trouxe um novo olhar. Isso porque o estudo revelou que a violência obstétrica está fortemente marcada por questões raciais, penalizando severamente as mulheres negras e quanto mais escura for a cor de sua pele. Diante dessa constatação, busquei identificar como a produção acadêmica das dissertações e tese sobre a violência obstétrica abordava a questão racial.

Para esta etapa do estudo, foi realizada a busca de palavras e derivações que foram consideradas essenciais para o debate da interface das questões de racialização com a violência obstétrica, a saber: raça (racial, racismo), negra (negritude), etnia (étnico/a). Ao se encontrar

essas palavras, foram lidos os contextos em que estavam inseridas as palavras encontradas ou a obra inteira, de acordo com a centralidade ou profundidade em que a racialização da violência obstétrica foi abordada. Considerando as orientações de Minayo (1994) sobre uma análise hermenêutica dialética, os dados foram ordenados em quadros. Em seguida, foi realizada uma leitura flutuante dessa primeira ordenação visando constituir categorias de análise.

As pesquisas selecionadas foram divididas em cinco categorias que tiveram como critérios de inclusão encontrar ou não as palavras elegidas e, quando encontradas, foi levado em consideração o grau de profundidade da reflexão trazida. O quadro 03, que se encontra no Apêndice G, apresenta a síntese das categorias encontradas, segundo os critérios adotados e as respectivas referências.

Considerando que sete estudos não citam as palavras pesquisadas e doze citam as palavras sem associar a racialização à violência obstétrica, podemos concluir que 19 estudos invisibilizam totalmente a racialização da violência obstétrica.

A questão de maior relevância que se encontra na análise dessas categorias está nos estudos que utilizam o termo e seus argumentos direta ou indiretamente, contribuindo para estruturar o mito da democracia racial na violência obstétrica. Isso é, defendem que todas as mulheres estão vulneráveis a sofrer violência obstétrica e omitem que a vulnerabilidade será determinada socialmente. A exemplo disso, Vanz (2017) defende que “... toda mulher, seja qual for a sua cor, credo ou classe social, pode ser vítima de violência durante o parto: as brancas, as negras, as índias e as orientais, uma vez que todas podem ter seus direitos negados” (p.43). Nesse sentido, vale referir o estudo de Arruda (2015) que não conceitua o que será concebido como mulheres negras. A autora apresenta algumas tabelas modificando o formulário da Rede Cegonha. Este formulário se guiou pelas recomendações do IBGE, que, como sabemos, considera negras as mulheres pardas e pretas. A autora nos apresenta dados como sendo das mulheres negras, no entanto, os dados originais são referentes às mulheres pretas. Arruda (2015), ao considerar as questões raciais, separa as mulheres pardas das pretas e chega à conclusão de que não há diferença da violência obstétrica em relação à raça e à cor. O que leva à construção da falácia de que há uma democracia racial na violência obstétrica.

Almeida (2016) nos chama a atenção por utilizar a palavra etnia numa breve citação que a relaciona a alguns maus-tratos e práticas discriminatórias. Apesar dessa citação, a análise da cartilha produzida como produto de sua pesquisa revela uma mensagem subliminar do mito da democracia racial e o ideário do branqueamento, uma vez que as mulheres, no interior da cartilha, apresentam o mesmo tom de pele, diferenciando-se em algumas características fenotípicas, como o tipo de cabelo ou traços fisionômicos. O único casal representado na

cartilha tem a fisionomia branca, a mulher com cabelos loiros. Essas mensagens sem uma discussão política racial podem estar servindo para naturalizar posições sociais, como as mulheres negras solitárias e ou em sistema prisional.

Já no terceiro grupo encontramos 17 pesquisas que reconhecem o recorte racial como constituinte de uma maior vulnerabilidade das mulheres negras, porém não aprofundam a discussão. A violência obstétrica é relacionada a questões raciais de forma vaga ou as mulheres negras são referidas como mais susceptíveis à violência obstétrica (RODRIGUEZ, 2016; GOIS, 2016; DANELUCI, 2016; ROCHA, 201; SILVA, 2017); as mulheres negras são referidas como tendo menor acesso às políticas públicas e serviços de saúde (SILVA, 2017), menor acesso à cesariana (BARROS, 2015), menor quantitativo de alternativas para enfrentar a dor no parto (RODRIGUES, 2014) e têm maior vulnerabilidade ao “corte por cima,” (ANDREZZO, 2016), à mortalidade materna (MUNIZ, 2013; SILVA, 2015;) ou histórico de óbito neonatal, (RAMOS, 2013), a processos judiciais por abortamento, (DOMINGUES, 2015) e a peregrinação (RODRIGUES, 2014).

Também são referidos achados das pesquisas de campo que evidenciam mulheres negras em situação de violência obstétrica (VALLE, 2015). Apesar de não aprofundar, Rodrigues (2014) traz grande contribuição ao sugerir que a superação da diferenciação racial é uma das estratégias defendidas rumo à humanização.

Na quarta categoria desta revisão, apenas 3 estudos conseguiram lançar um olhar para as questões de racialização na violência obstétrica de forma mais elaborada. Machado (2016) reconhece que a questão racial não foi o recorte de seu estudo, no entanto, foi defrontada com a necessidade de abordar o tema diante do relato de uma mulher negra que sofreu o racismo institucional. A autora traz contribuições importantes ao referir a estratégia de enfrentamento dos efeitos da violência e a ressignificação da experiência desta mulher através do seu envolvimento com o movimento feminista negro e a luta pela humanização do parto e nascimento.

Sena (2017) refere que as mulheres negras são as mais vulneráveis à violência obstétrica e lamenta que a maior parte das mulheres que participaram de sua pesquisa era branca. Isso se deu como reflexo da exclusão social digital. Ela aponta para a importância de se olhar para a questão racial e de um estudo direcionado para tal. A autora chama atenção para o fato de que o modelo de parto holístico precisa ser atravessado pelas discussões de classe e raça, uma vez que não consegue avançar para as maternidades públicas por seu alto custo. Desse modo, excluem as mulheres pretas e pardas. Ainda aponta para o fato de o enfrentamento da violência obstétrica estar sendo composto em sua maior parte por mulheres brancas e de classe média.

No entanto, avalia esse fenômeno como uma potência, uma vez que essas mulheres têm um maior acesso aos meios de comunicação e podem, assim, trazer as demandas de outras mulheres.

Jacqueline Régis, que se autodeclara negra, sofreu racismo na sua passagem pela Alemanha e tem o olhar atento para as questões raciais. A sua escolha metodológica pela Análise do Discurso Crítico se deu em virtude de ser um método que se propõe fazer ciência engajada e politicamente comprometida, trazendo temas como o racismo, gênero e desigualdades sociais. Traz depoimentos de duas mulheres negras sobre suas trajetórias durante o ciclo gravídico e puerperal que marcaram seu pré-natal, parto e que trouxeram metáforas significativas que demarcam a experiência das mulheres negras. A exemplo disso, referiram a equipe de saúde como “tropa” ou o parto como “mecanizado”. Régis (2016) pondera que a primeira representação nos remete à violência policial que oprime os homens negros ou a formação médica marcada pelo autoritarismo e violência. Já a segunda metáfora representa o parto tecnificado e desumanizado.

Régis (2016) defende a interseccionalidade no estudo da violência obstétrica, uma vez que as mulheres negras têm maior vulnerabilidade para violação de seus direitos. Porém, chama atenção para a dificuldade da academia em abordar as questões raciais ou étnicas diante da dificuldade de entendimento dos critérios raça/cor. Este desconhecimento, dentro de uma sociedade classista, causa espanto ao se evidenciar a saúde da mulher negra. A autora lança uma questão fundamental, que deve alimentar o movimento de humanização do parto: “Lutamos por privilégios ou por direitos?” Com isso a autora quer chamar a atenção para a importância da luta para a humanização do parto se expandir para o sistema público de saúde.

Apenas três estudos tiveram a questão racial ou étnica como tema central e a violência obstétrica apareceu de forma incidental ou central. Yajahuanca (2015) utilizou o conceito de racismo ao discutir a desigualdade no acesso e atendimento nos serviços de saúde. Apontou para a importância de refletir o racismo na atenção obstétrica e a vulnerabilidade das mulheres negras para a violência obstétrica. No entanto, sua pesquisa foi direcionada para o racismo com imigrantes bolivianas, onde demonstrou a violência obstétrica por desrespeito à cultura, maus-tratos, humilhações e partos caracterizados pelo excesso de intervenções.

Rodrigues (2016) realizou um estudo sobre a representação do ciclo gestacional das mulheres da comunidade quilombola Kalunga. Também entrevistou parteiras e profissionais de saúde. Embora a autora opte por um caminho de análise étnica em detrimento de uma análise racial e de gênero, traz contribuições para o debate de como o racismo vulnerabiliza as mulheres negras para a violência obstétrica. Para tanto, resgatou historicamente a relação penosa com a

maternidade que foi imposta às mulheres negras pela colonização e demonstra como outras formas de violência são vivenciadas no ciclo gravídico e puerperal na atualidade, atravessando a maternidade das mulheres kalungas. Também resgatou o processo de migração do parto domiciliar feito pelas parteiras para o parto hospitalar, que resultou num processo de desconsideração dos valores e práticas tradicionais e instalação do medo e sofrimento nas parturientes kalunga.³³ A autora ainda identifica movimentos importantes de resistência cultural, fundamentais para as práticas de liberdade e autonomia. Recomenda que os serviços de saúde se adequem à realidade e às necessidades desse grupo étnico, para tanto, é preciso que considerem e respeitem suas culturas e tradição. Ainda recomenda que o modelo de atenção se pautem pelos princípios da humanização da atenção.

Santos, R. (2016), partindo do materialismo histórico, irá pesquisar como as práticas obstétricas sustentam a violência obstétrica, tendo como recorte as relações sociais de sexo, “raça”/etnia e classe. A autora traz contribuições teóricas para se compreender o processo histórico que torna as mulheres negras mais vulneráveis à violência obstétrica. Analisa como o patriarcado, a criação do conceito de raça, a colonização e o sistema escravagista impactaram a maternidade, assim como a maneira pelas quais essas relações são capturadas e reeditadas no sistema capitalista. Desse modo, a autora vai desvelar como esse processo histórico excluiu as mulheres negras socialmente e das políticas públicas, marcando suas experiências de maternidade e aumentando sua vulnerabilidade para a violência obstétrica.³⁴

Diante do apresentado, podemos constatar a dificuldade da academia de abordar a relação da violência obstétrica e raça. Dezenove pesquisas invisibilizaram a vulnerabilidade das mulheres negras à violência obstétrica, destas algumas reproduziram o mito da democracia racial, ao defenderem que todas as mulheres, independentes da raça/cor, são vulneráveis a esse tipo de violência. Dessa forma, contribuem para invisibilizar as iniquidades sociais no pré-natal, abortamento, parto e puerpério. Também vimos que dezesseis pesquisas citam as iniquidades raciais, porém, de forma superficial, e apenas seis refletem este fenômeno social de forma mais sistematizada. Das pesquisas que aprofundam o tema da racialização na violência obstétrica, apenas três o têm como objeto de estudo.

Não se questiona a qualidade e o investimento das pesquisas realizadas, mas reconhecer a problemática que traz sérias consequências. Levando em consideração que a academia é, em sua maior parte, constituída de pessoas brancas, podemos supor que essa dificuldade possa estar

33 Este tema será aprofundado adiante.

34 As contribuições de Santos, R. (2016) para a compreensão da violência obstétrica serão trazidas e aprofundadas ao longo do presente estudo.

dentro dos lugares de conforto da branquitude ao se segregar ou invisibilizar as questões raciais (CARREIRA, 2018).³⁵

Werneck (2016) chama a atenção dessa dificuldade da academia para produzir conhecimentos que abordem as necessidades de saúde da população negra. A autora não se detém em explicar as causas dessa rarefação dos estudos, mas enfoca o prejuízo na formulação das políticas de saúde, assim como para produção de conhecimentos que atendam às necessidades de saúde deste grupo populacional.

Os estudos de Santos, R. (2016) e Rodrigues (2016) nos dão a dimensão do prejuízo causado por essa invisibilidade apontada por Werneck (2006). Isso porque elas trouxeram grandes contribuições para iluminar as raízes históricas desse processo, assim como para nos fazer compreender que não se deu de forma passiva, pois onde tem violência, também tem luta e resistência, o que é fundamental para pensarmos no enfrentamento da violência obstétrica no país.

Desse modo, esta revisão nos aponta que a violência obstétrica é um fenômeno social produzido por relações sociais desiguais, acentuando as iniquidades de gênero, classe social, raça e situações estigmatizantes. Diante dessa complexidade, encontrei nas teorias decoloniais com recorte de gênero e raça, novas lentes para olhar e compreender a violência obstétrica capazes de situar historicamente e nas relações de poder suas origens e sustentações.

35 Eu posso falar da minha experiência de pesquisadora, mulher branca e classe média, que vivi um conflito para assumir o recorte dado no presente estudo. Vivi medos de reproduzir racismos com meu olhar pouco habilidoso e de não conseguir ter a profundidade teórica para a abordagem. Porém, senti que este desafio precisaria ser vivido.

4 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ANALISADA PELAS TEORIAS DECOLONIAIS COM RECORTE DE GÊNERO E RAÇA

Neste capítulo, terei como objetivo trazer as contribuições das teorias decoloniais, tendo como recorte as categorias gênero e de raça, para nos ajudar a compreender como a violência obstétrica no país é atravessada pelas questões raciais. Os dados apresentados irão demonstrar que o racismo no Brasil determinou um quadro de iniquidade social que expõe as mulheres negras, quanto mais escura for a cor da sua pele, a violações de direitos que colocam em risco a sua vida e de seus conceitos e/ou buscam controlar a sua sexualidade e vida reprodutiva, servindo a estratégias necropolíticas dos projetos eugênicos de branqueamento da nação. Desse modo, a violência obstétrica será percebida como um dos produtos da colonialidade do poder/saber/ser. Além de apresentar o processo histórico que antecede, origina e mantém a expressão da violência obstétrica nas mulheres negras, o feminismo negro irá nos levar ao encontro da potência de vida e resistência secular destas mulheres.

4.1 A racialização da violência obstétrica no Brasil e sua relação com a colonialidade do poder

A pesquisa *Nascer no Brasil* traz dados importantes que demonstram que a atenção à saúde do pré-natal ao parto está relacionada à gradação da cor da pele. Desse modo, revelou que a violência obstétrica tem cor, demonstrando a racialização deste processo. Leal *et al* (2017) irão utilizar os critérios de raça e cor do IBGE, que considera as mulheres negras a população de mulheres pretas e pardas, porém, apresentará os dados desmembrados segundo as tonalidades de pele.³⁶As mulheres brancas, seguidas das pardas e pretas, têm os melhores índices desde o pré-natal na adequação e qualidade do atendimento, nas informações recebidas, assim como na satisfação no parto. As mulheres negras e quanto mais escura for o tom de sua pele têm fator protetor para realização de cesariana e para procedimentos durante o parto, em relação às mulheres brancas. No entanto, distante de ser uma questão resultante da luta pela humanização do parto e nascimento, é fruto da exclusão e negligência. As mulheres pretas,

³⁶ Para demonstrar que a coloração do racismo no país tem relação com a violência obstétrica, os autores irão apresentar os dados da violência segundo tonalidade da pele. Para tanto, foi utilizada uma ferramenta de análise chamada técnica de pareamento pelos escores de propensão, que permite ajuste finos em possíveis vieses da pesquisa. Indicada para os estudos não experimentais, tem sido muito utilizada em estudos sobre desigualdades de raça/cor nas diversas esferas da vida. (LEAL *et al*, 2017)

seguidas das pardas, têm menores índices de uso de anestesia em relação às mulheres brancas, o que demonstra que a dor, também no parto, também tem cor (LEAL *et al*, 2017).

A racialização da violência obstétrica também é expressa na esterilização compulsória e nos índices de mortalidade materna. A esterilização compulsória em massa pode ser considerada uma cruel forma de racialização da violência obstétrica, uma vez que é uma intervenção no corpo das mulheres, contra a sua vontade, retirando delas a autonomia para decidirem sobre seu planejamento familiar. No Brasil, as mulheres negras são as mais atingidas. Essa é uma realidade que vem sendo denunciada pelo movimento das mulheres negras desde as décadas de 80 e 90 (ASSIS, 2017).

Os indicadores da mortalidade materna revelam uma das facetas mais cruéis da violência obstétrica dirigida às mulheres negras, expressando-se como parte de uma necropolítica³⁷ que corrobora para estratégias eugênicas de branqueamento da população brasileira. Bohren *et al* (2015) e Diniz *et al* (2015) defendem que uma das principais causas da mortalidade materna é a violência obstétrica. Isso se dá porque as principais causas da mortalidade materna são evitáveis. Assim, refletem dificuldade ou falta de acesso aos serviços de saúde desde o planejamento familiar, pré-natal, assistência ao parto, abortamento seguro e puerpério. Desse modo, podemos também afirmar que a mortalidade materna pode se constituir como um indicador sensível para a violência obstétrica, inclusive apontando para as iniquidades, dentre as quais se destaca a racialização.

A mortalidade materna tem sido referenciada como um eficiente indicador de qualidade de vida, dada sua capacidade de evidenciar iniquidades:

O número de mortes maternas de um país constitui um excelente indicador de sua realidade social, estando inversamente relacionado ao grau de desenvolvimento humano. Tal fato reflete o nível socioeconômico, a qualidade da assistência, a iniquidade entre os gêneros e a política de promoção da saúde pública existente. (FERRAZ & BORDIGNON, 2012, p.529)

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), o mundo assiste diariamente 830 mulheres morrerem por causas relacionadas à gestação e parto, o que se dá, principalmente, nos países em desenvolvimento. Para cada óbito materno, 30 mulheres ficarão com sequelas ou problemas crônicos (FERRAZ & BORDIGNON, 2012). Essa é uma mortalidade que tem 92% das suas causas evitáveis. No Brasil, as cinco principais são hipertensão, hemorragias, infecções puerperais, doenças cardiovasculares agravadas na gravidez, gestação, parto e aborto (BRASIL, 2009).

37 Aqui me refiro ao conceito de Achille Mbembe.e

Embora os indicadores da mortalidade materna no Brasil venham caindo em relação aos anos anteriores, ainda não foi possível atingir os Objetivos do Milênio quanto à promoção de equidade de gênero, autonomia da mulher e mortalidade materna (LEAL, *et al*, 2017). Essa queda evidencia as desigualdades raciais, uma vez que se deu apenas nas mulheres brancas e amarelas, enquanto houve um aumento na mortalidade materna das mulheres negras,³⁸ principalmente por aborto, como pode ser observado na tabela 1, Anexo 2. A variação de óbitos materno no período de 2000 a 2012 caiu de 647 para 534 nas mulheres brancas, enquanto para as mulheres negras subiu de 720 para 952 (SANTOS, R., 2016). Nesse mesmo período, tendo como base as causas de mortalidade materna por aborto, houve uma queda de 6% para 2,8% nas mulheres brancas, enquanto houve um aumento da taxa nas mulheres pretas de 4,3% para 8,1% (BRASIL, 2015). Em 2012, o país registrou 1.583 óbitos maternos, dos quais 60% de mulheres negras e 34% de mulheres brancas (BRASIL, 2017).

Constatar o viés racial da violência obstétrica me faz questionar: como esse processo se constituiu e em que pilares ele se mantém?

Para melhor compreender esse processo, trarei as contribuições dos referenciais teóricos decoloniais, visando ampliar nossa compreensão de como no Brasil se deu o enredamento das questões de classe, gênero e raça, levando a maior vulnerabilização das mulheres negras para violência obstétrica. A violência obstétrica será percebida como fruto da colonialidade do parto e vem se expressando secularmente com uma das estratégias da colonialidade do poder, saber e ser. Para tanto, em um primeiro momento, irei apresentar as principais críticas que essas teorias realizam em relação ao processo de colonização das Américas, a constituição das epistemologias da modernidade eurocêntricas e os principais conceitos que a sustentam. Veremos que o processo de racialização e diferenciação de gênero nas sociedades que foram colonizadas perduram na atualidade, trazendo consequências nas diversas esferas da vida. Nesse sentido, irei demonstrar como o nascer é uma trajetória comum para toda a humanidade, o que faz com que controlar os modos de parir, nascer e morrer, torne-se mais uma estratégia relevante da colonialidade do poder.

4.2 As bases epistemológicas do Sul e decoloniais

Meu objetivo será apresentar como conceitos desenvolvidos por essas teorias podem contribuir no diálogo com o estudo da violência obstétrica e em especial da experiência de

³⁸ Para mulheres negras, considera-se os dados referentes as mulheres pretas e pardas.

mulheres que foram violadas ao procurarem assistência à saúde sexual e reprodutiva. Para nos aproximarmos das bases epistemológicas do Sul e decoloniais, vamos considerar alguns momentos históricos de sua constituição. Encontramos o ponto seminal na produção da crítica ao colonialismo realizado ainda na década de 50 e que foi aprofundado na década de 80.

4.2.1 A constituição da crítica ao eurocentrismo: do pensamento pós-colonial ao pensamento decolonial

Desde a metade do século passado vem sendo gestada uma crítica da relação da Europa com os países que colonizou. Luciana Ballestrin (2013) pontua que esse foi um processo não linear, descontínuo, de amplitude geográfica e que se caracterizou com a denúncia das relações de dominação e um comprometimento com sua superação em favor do colonizado. A autora considera as obras de quatro autores fundamentais e seminais para a transformação epistêmica das ciências sociais, a saber: Albert Memmi (*Retrato do colonizado precedido de retrato do colonizador*, de 1947), Aimé Césaire (*Discurso sobre o colonialismo*, de 1950), Frantz Fanon (*Os condenados da terra*, de 1961) e Edward Said (*Orientalismo*, de 1978).

Frantz Fanon foi um médico psiquiatra, nascido na Martinica. A sua obra *Condenados da terra* é de grande importância para o giro epistêmico decolonial. Ao longo desta obra, o autor vai demonstrando como o discurso colonizador francês construiu identidades depreciativas dos argelinos e o uso político das instituições psiquiátricas a serviço do sistema de dominação. E vê como único caminho a ser tomado a descolonização e a libertação nacional.

Orientalismo, obra escrita por Edward Said em 1978, fornece mais um elemento importante na construção crítica da subjetividade forjada pelo ocidente. O autor denuncia como a constituição da divisão mundial entre Oriente e Ocidente levou o Ocidente a construir um conhecimento sobre o outro, se outorgando o direito de “se representar e representar o outro” (ALVES & DELMONDEZ, 2015, p.650) Essas obras influenciaram autores pós-estruturalistas, pós-modernistas e interculturais em sua crítica à subjetividade moderna.

Na década de 70, surgiu na Índia o Grupo de Estudos Subalternos que, influenciado por Antônio Gramsci, tinha o objetivo de denunciar a historiografia colonial da Índia e o teor eurocêntrico da historiografia nacional indiana. Autores como Chatterjee, Chakrabarty, Bhabha e Spivak foram seus principais representantes. Trouxeram grandes contribuições não só de denúncia de como o colonialismo gerou os grupos subalternos colonizados, mas como a epistemologia contribuiu para gerar subjetividades e identidades que foram estratégicas para os processos de dominação (BALLESTRIN, 2013; ALVES & DELMONDEZ, 2015).

Spivak, em 1985, no seu famoso livro *Pode o subalterno falar?*, realizou uma importante crítica aos autores do construtivismo social e desconstrucionismo. Questionou a impossibilidade do subalterno falar na perspectiva dos autores destas escolas, uma vez que são relegados a categoria de mais um outro. Isso é, os intelectuais europeus se colocam como os únicos sujeitos complexos e os sujeitos do mundo subdesenvolvido são subjugados como o seu outro, sendo apresentados de forma essencializada, idênticos entre si e previsíveis, impossibilitados de ocuparem seus itinerários intelectuais, científicos e das leis. É assim que os intelectuais europeus se autorizam a falar pelos subalternos. (BALLESTRIN, 2013; ALVES E DELMONDEZ, 2015).

Nos anos 80, iniciou-se um processo de difusão em âmbito mundial dos estudos pós-coloniais. Em decorrência desse processo, na década de 90, foi fundado nos Estados Unidos o Grupo Latino-Americano dos Estudos Subalternos. Esse grupo publicou em 1993 seu manifesto inaugural, traduzido para o espanhol em 1998, sendo, a partir de então, difundido na América Latina. À época, a América Latina encontrava-se em um período de redemocratização, fim do comunismo, globalização dos meios de comunicação e instauração das políticas transnacionais. Portanto, um período fértil para a busca de novas epistemologias capazes de reconceituar a subalternidade. Esse grupo fez críticas aos estudos subalternos indianos. Defendiam não ser possível fazer uma tradução direta desses estudos para a realidade latino-americana, uma vez que a escola indiana não considerava a singularidade do processo de colonização das Américas e de sua importância na formação do sistema-mundo capitalista moderno. Também criticaram a dependência teórica eurocêntrica do grupo, que era influenciado por autores do pós-estruturalismo, desconstrucionismo e pós-modernidade. Essas críticas culminaram com a dissolução do grupo e fundação do Grupo de Estudo Modernidade e Cultura, formado inicialmente por Enrique Dussel, Walter Dignolo e Zulma Palermo (Argentina); Aníbal Quijano (Peru); Immanuel Wallerstein e Catherine Walsh (Estados Unidos); Santiago Castro-Gómez e Arturo Escobar (Colômbia); Nelson Maldonado-Torres Ramón e Ramón Grosfoguel (Porto Rico); Edgardo Lander e Fernando Coronil (Venezuela) e Boaventura Santos (Portugal) (BALLESTRIN, 2013).

4.2.2 O giro decolonial

A crítica fundante desse grupo é que a colonização das Américas fundou o sistema-mundo moderno que deu origem ao capitalismo, ao mercado mundial e à Modernidade. Isso se deu através de um sistema de racialização, diferenciação de sexo e de uma epistemologia

eurocêntrica. Esse processo é chamado por Aníbal Quijano de colonialidade do poder e perdura hegemonicamente na atualidade de forma complexa. Para além do sistema político e econômico, adentra a cultura, na formação de identidades, subjetividade e nas várias dimensões da vida coletiva/individual de todos os habitantes do planeta.

Boaventura Santos (2007), o processo de colonização levou a um processo desumanizador, que desautorizou a condição de humanidade aos colonizados. O autor defende que as *linhas abissais* que foram construídas para separar o velho do novo mundo, e mais especificamente, para separar a Europa de suas colônias (Américas) são as mesmas que separam os que detêm os direitos humanos dos que não detêm e os pensamentos aceitáveis dos não aceitáveis. Essas linhas vão demarcando territórios do que o autor chama sociedades metropolitanas (referindo-se às colônias) e de sociedades coloniais (os territórios colonizados).

As sociedades metropolitanas são marcadas por processos duplos de regulação/emancipação, enquanto as sociedades colonizadas pela apropriação/violência. Assim, o direito irá regular diferentemente o que é legal e ilegal nestes territórios. Nas sociedades metropolitanas, assegurou o direito das pessoas e das coisas e terá seu ponto máximo na constituição do direito moderno internacional. Para tanto, foram desenvolvidas instituições nestes territórios para regular os direitos, tais como as leis, as jurisprudências, assim como as escolas e as linguagens científicas e jurídicas.

As sociedades colonizadas, desde o início do seu processo de colonização, foram o mundo dos “sem lei”. O direito deste outro lado da linha abissal se caracterizou como uma tensão complexa entre a apropriação e a violência. Como expressão desta tensão, encontramos o tráfico de escravos, o trabalho forçado, governos indiretos, pilhagem de recursos, deslocamentos maciços de populações, guerras, tratados que desrespeitam as populações dos territórios colonizados em prol da exploração do colonizador e o apartheid social.

Mas, como se construiu essa desautorização à humanidade de uns em relação aos outros? O que permitiu ao colonizador se apropriar da força do trabalho e das riquezas dos colonizados pelo uso da violência?

Quijano (2005) defende que o processo de colonização se utilizou da diferenciação das raças e dos sexos para ir além da origem geográfica e criar identidades nas relações de poder social. A primeira codificação de raça se deu em diferenciações fenotípicas da cor da pele. Essa diferenciação racial foi utilizada posteriormente para legitimar as clássicas relações entre dominadores/dominados, inferiorizando a produção mental e cultural dos colonizados.

A constituição das Américas contribuiu para a articulação da exploração e controle da produção-apropriação e distribuição de produtos em torno da relação capital-salário através de

um processo histórico e descontínuo que incluíram escravidão, servidão, pequena produção mercantil, reciprocidade, salário, tendo como base a racialização. Desse modo, a definição na inserção no mundo do trabalho foi marcada historicamente pela racialização, iniciando nas Américas e se expandindo para as demais colônias de forma que as raças brancas ocupassem os melhores postos de trabalho e remuneração.

O processo pelo qual a Europa impôs seu domínio colonial ao resto do mundo foi além do controle do mercado, estendendo-se para a diferenciação de gênero, para um processo de dominação cultural, epistêmica e reidentificação histórica de todos os povos dominados.

Outra estratégia para a colonialidade do poder foi o epistemicídio cultural dos povos dominados. Santos (2007) defende que o conhecimento se constituiu como abissal, pois assim como estas linhas que separaram o mundo do direito/emancipação das sociedades metropolitanas do mundo da apropriação/violência das sociedades colonizadas, separaram também o conhecimento que é verdadeiro do falso, os conhecimentos legítimos dos ilegítimos. Nas sociedades metropolitanas, essa linha demarcou uma disputa entre a filosofia/teologia e a ciência. Mesmo com essa tensão em prol da ciência, a filosofia e a teologia, ainda são tidos como pensamentos aceitáveis³⁹. Esses conhecimentos legítimos tiveram instituições que o regulamentaram, como as universidades e as escolas, assim como também tiveram uma linguagem que codificou esses pensamentos, a linguagem científica. Os pensamentos que não foram aceitos são os pensamentos popular, leigo, dos plebeus, camponeses e indígenas. Nas sociedades colonizadas, a apropriação do conhecimento se deu com o uso de habitantes nativos como guia, com os instrumentos de conversão e do conhecimento indígena de sua biodiversidade. A violência epistêmica se deu de forma complexa, como a proibição do uso da linguagem, adoção forçada de nomes cristãos, conversão e destruição de símbolos.

Quijano (2005) aponta outras operações mentais que levaram à construção de novas identidades geoculturais dos dominados, tais como: a expropriação dos descobrimentos culturais que seriam utilizados para o desenvolvimento do capitalismo e em benefício do centro europeu; repressão das formas de conhecimento, padrões de produção de sentidos, universo simbólico, padrões de expressão e de objetivação da subjetividade; a obrigação de se aprender a cultura europeia.

Essa deslegitimação da cultura e epistemicídio dos conhecimentos dos povos colonizados fortaleceram o etnocentrismo, baseado numa desqualificação racial dos

³⁹ Vale ressaltar que estas escolas tiveram influências marcantes na história dos paradigmas da ciência psicológica.

colonizados, onde a história reescrita coloca-os numa posição de primitivos e num processo evolutivo que culmina com a superioridade europeia. Assim, a Europa tornou-se naturalmente superior, sendo a Modernidade e a racionalidade, produtos exclusivamente seus (QUIJANO, 2005).

Em decorrência desse processo, na atualidade, temos uma imagem da Europa “civilizada”. Dussel (2005), no entanto, demonstra que essa imagem não corresponde à realidade europeia antes da Modernidade e que a ideia imagética construída que a civilização inicia-se com na Europa e com a Grécia Clássica também foi falseada no projeto de Modernidade. Antes desse período, a Europa era basicamente habitada por povos bárbaros, enquanto outras civilizações eram mais desenvolvidas. A colonização das Américas permitiu que a Europa acumulasse as riquezas necessárias para o Iluminismo e Revolução Industrial. Mas foram necessárias algumas estratégias de dominação dos povos colonizados.

Desse modo, além da racialização e epistemicídio já mencionados, a culpabilização dos povos dominados como bárbaros foi uma forma de justificar a violência utilizada para escravizar, tomar territórios e eximir populações. No entanto, bárbara foi a violência empregada pelos europeus no processo de dominação.

As repercussões na formação da subjetividade moderna foram, portanto, a da desautorização da existência do outro (colonizado). Isso deu também pela desconsideração das histórias de outras civilizações. Assim, seus acúmulos culturais foram apagados da história da humanidade.

Esse resultado da história do poder colonial teve duas implicações decisivas. A primeira é óbvia: todos aqueles povos foram despojados de suas próprias e singulares identidades históricas. A segunda é, talvez, menos óbvia, mas não é menos decisiva: sua nova identidade racial, colonial e negativa, implicava o despojo de seu lugar na história da produção cultural da humanidade. Daí em diante não seriam nada mais que raças inferiores, capazes somente de produzir culturas inferiores. Implicava também sua realocação no novo tempo histórico constituído com a América primeiro e com a Europa depois: desse momento em diante passaram a ser o passado. Em outras palavras, o padrão de poder baseado na colonialidade implicava também um padrão cognitivo, uma nova perspectiva de conhecimento dentro da qual o não-europeu era o passado e desse modo inferior, sempre primitivo. (QUIJANO, 2005, p. 127)

Como resultado dessa colonialidade do poder, o saber científico e acadêmico se estruturou eurocentricamente e aliados aos interesses do capital, desvalorizando e invisibilizando outras formas de saber e desperdiçando a experiência de grupos sociais de vulnerabilidade, uma vez que:

O conhecimento científico, nesse caso, pode impedir que a natureza plural do conhecimento humano se realize, ao projetar um monopólio sobre a produção

e a circulação de saberes válidos, confiáveis e verdadeiros, bem como sobre a riqueza advinda de sua aplicação. (...) No Brasil, podem ser citados como exemplos: grupos de reciclagem de lixo nas periferias urbanas, colônias de pescadores, comunidades quilombolas, indígenas, trabalhadores da economia solidária, dentre tantos outros. Com isso, as experiências sociais levadas a cabo por esses grupos também acabam sendo desacreditadas e desperdiçadas (VERONESE E FERRARINE, 2016, p.414).

Podemos acrescentar a essa análise a constatação que o conhecimento produzido, ao se afastar das epistemologias e cosmovisão dos colonizados, distanciou-se do mundo da vida. No modelo paradigmático da ciência, a busca da utopia de um conhecimento neutro e objetivo, acabou por torna-lo asséptico às emoções, ao corpo, à sexualidade, à espiritualidade e às várias dimensões da vida. Desse modo, o processo de conhecer limitou-se à racionalidade cognitiva e tecnicizada, alijando da academia a arte, a subjetividade, a sensibilidade.

Mesmo após o processo de descolonização, a cartografia das linhas abissais ainda persiste na atualidade, tanto para o direito como para a produção do conhecimento. No entanto, novos padrões de mobilidade coexistem por várias razões, tais como: os processos de decolonização que se deram com a perpetuação das desigualdades sociais; ocorrem novos processos migratórios; e assistimos a um retorno do colonizador através da interferência nas políticas econômicas e sociais das antigas colônias. Assim, as linhas são móveis e constroem-se dentro de territórios metropolitanos e se ampliam nas sociedades que foram colonizadas. (SANTOS, 2007). Por conta disto, é preciso ir além da crítica e compreender como esse projeto de modernidade afeta as diversas dimensões de nossas vidas e quais são as estratégias possíveis para a resistência na atualidade.

4.2.3 Do epistemicídio colonial à resistência dos povos colonizados

A crítica que o grupo decolonial vem produzindo a respeito da colonialidade do poder tem sido fundamental, não só do ponto de vista histórico, mas para explicar como a colonialidade continua a reverberar no sistema mundo moderno capitalista racista, patriarcal e eurocêntrico. Para além da crítica, o grupo tem atuado na formulação de novas epistemologias para fazer face às humanidades negadas no projeto de Modernidade forjado na colonização das Américas.

Dussel (2005) propõe o movimento de negar esta Modernidade construída e incluir outras subjetividades que foram desautorizadas. Para tanto, o autor desenvolve o conceito de Trans-Modernidade como forma de superação desse mito da Modernidade.

Trata-se de uma “Trans-Modernidade” como projeto mundial de libertação em que a Alteridade, que era co-essencial à Modernidade, igualmente se realize. A “realização” não se efetua na passagem da potência da Modernidade à atualidade dessa Modernidade europeia. A ‘realização’ seria agora a passagem transcendente, na qual a Modernidade e sua Alteridade negada (as vítimas) se co-realizariam por mútua fecundidade criadora. O projeto transmoderno é uma co-realização do impossível para a Modernidade; ou seja, é co-realização de solidariedade, que chamamos de analéptica, de: Centro/Periferia, Mulher/Homem, diversas raças, diversas etnias, diversas classes, Humanidade/Terra, Cultura Ocidental/Culturas do mundo periférico ex-colonial, etc.; não por pura negação, mas por incorporação partindo da Alteridade. (p. 31)

Este tem sido o conceito que vem influenciando as epistemologias decoloniais na busca de uma decolonização do ser/poder/saber eurocêntricos e caminhando na direção do resgate das subjetividades desautorizadas, assim como, por exemplo, na ecologia dos saberes de Boaventura Santos (2007) e na epistemologia fronteiriça de Mignolo (2008).

A ecologia dos saberes parte da crítica da monocultura da ciência e propõe um saber que seja capaz de dialogar com a diversidade epistemológica do mundo, num movimento de romper as barreiras da exclusão social, afirmando o compromisso pela emancipação humana e recuperando as experiências desperdiçadas.

Na ecologia de saberes, a busca de credibilidade para os conhecimentos não-científicos não implica o descrédito do conhecimento científico. Implica simplesmente a sua utilização contra-hegemônica. Trata-se, por um lado, de explorar a pluralidade interna da ciência, isto é, as práticas científicas alternativas que têm se tornado visíveis por meio das epistemologias feministas e pós-coloniais, e, por outro lado, de promover a interação e a interdependência entre os saberes científicos e outros saberes, não-científicos. (...) No contexto da ecologia de saberes consiste em dar preferência às formas de conhecimento que garantam a maior participação possível dos grupos sociais envolvidos na concepção, execução, controle e fruição da intervenção. (SANTOS, 2007, p 87 e 90)

A epistemologia fronteiriça busca romper com o caráter monodialógico e universal que deu sustentação à cultura moderna eurocêntrica e se atém à construção de alternativas dialógicas e pluriVersais que buscam a emancipação humana. Trata-se de uma desobediência epistêmica que questiona os conhecimentos já produzidos por não se vincular aos conhecimentos das populações que tiveram sua humanidade negada (MIGNOLO, 2007/2008). Desse modo, não se trata de um fundamentalismo antimoderno, e sim de uma resposta dos subalternos à modernidade, como é pontuado por Grosfoguel:

Dicho pensamiento es la respuesta epistémica de lo subalterno al proyecto eurocéntrico de modernidad. En lugar de rechazar la modernidad para retirarse en un absolutismo fundamentalista, las epistemologías fronterizas subsumen/redefinen la retórica emancipatoria de la modernidad desde las

cosmologías y las epistemologías de lo subalterno, localizado en el lado oprimido y explotado de la diferencia colonial, hacia una lucha por la liberación descolonial por un mundo más allá de la Modernidad eurocentrada. Lo que el pensamiento fronterizo produce es una redefinición/subsunción de la ciudadanía, la democracia, los derechos humanos, la humanidad, las relaciones económicas más allá de las estrechas definiciones impuestas por la modernidad europea. El pensamiento fronterizo no es un fundamentalismo antimoderno. Es una respuesta descolonial transmoderna de lo subalterno a la Modernidad eurocéntrica. (GROSFOGUEL, 2007, p.65/66)

Esse movimento, chamado por Maldonado-Torres (2003) de Giro Decolonial, vai além de uma descolonização do poder, do saber e do ser e busca na empatia no grito e na dor dos excluídos da humanidade a reconstrução de um mundo mais justo através de novas formas de pensar e produzir o conhecimento humano.

El giro de-colonial implica fundamentalmente, primero, un cambio de actitud en el sujeto práctico y de conocimiento, y luego, la transformación de la idea al proyecto de la de-colonización.¹ (...) Los principios del giro de-colonial y la idea de de-colonización se fundan sobre el “grito” de espanto del colonizado ante la transformación de la guerra y la muerte en elementos ordinarios de su mundo de vida, que viene a transformarse, en parte, en mundo de la muerte, o em mundo de la vida a pesar de la muerte. (...) éste representa, em primer lugar, un cambio de perspectiva y actitud que se encuentra en las prácticas y formas de conocimiento de sujetos colonizados, desde los inicios mismos de la colonización, y, en segundo lugar, un proyecto de transformación sistemática y global de las presuposiciones e implicaciones de la modernidad, asumido por una variedad de sujetos en diálogo. (...) Las ciencias decoloniales son formas de conocimiento que pretenden, tanto aclarar la naturaleza y las implicaciones de la colonización y de la naturalización de la no-ética de la guerra en la modernidad, como proveer o encontrar soluciones a la misma. (p. 160-1)

Nesse sentido, Maldonado-Torres (2003) pontua a importância dos estudos étnicos e feministas na produção dessa nova epistemologia. Indo ao encontro desse pensamento, o feminismo decolonial aponta caminhos dicotômicos de opressão-resistência, visando uma produção teórica que contribua nos processos de produção de novas (inter)subjetividades. (LUGONES, 2014).

Nesse sentido, o gênero, como uma categoria de análise produzida dentro do movimento feminista, tem sido fundamental para desvendar várias formas de opressão. As feministas decoloniais e as mulheres negras se apropriam desta ferramenta de análise e nos ofertam lentes importantes para compreendermos a racialização da violência obstétrica, articulando como o projeto de colonialidade do poder, ao criar a racialização e a divisão de gênero, promoveu estruturas de opressão que se manifestam nas diversas esferas da vida. A violência obstétrica

analisada por estas epistemologias será vista como parte dessa colonialidade, portanto, mais uma expressão das opressões de gênero e racialidade.

4.3 Gênero: uma categoria de análise útil para desnaturalizar a violência obstétrica

Ao falarmos de violência obstétrica como violência contra a mulher, é preciso ter claro que a mulher sofre violência por ser mulher, não é uma condição natural ligada a seu corpo biológico. É comum escutar nas maternidades a frase proferida para a parturiente por profissionais de saúde e até pelas mães das pacientes: “tenha calma, é assim mesmo!” Assim como toda violência contra a mulher, a violência obstétrica também é uma produção social, fruto de uma teia de relações de poder e movimentos de resistência.

O caminho para desnaturalizá-la é demonstrar que ela faz parte de uma ação humana intencional para tentar, de um lado, domar a força da natureza, de outro, submeter as mulheres a relações de poder desiguais sobrepondo opressões. Isso é, historicizar o processo social de sua constituição. Para tanto, abordarei o processo pelo qual um parto, evento fisiológico, começou a ser visto como uma patologia, tornando-se dependente da medicina, do hospital e de procedimentos invasivos e tratamentos desumanos. A categoria de gênero também permitirá um referencial teórico e metodológico para o estudo interseccional que nos trará argumentos para compreender a razão pela qual os sistemas de opressões se sobrepõem fazendo com que as mulheres vivenciem experiências diferentes de violência obstétrica segundo critérios como classe social, cor da pele, etnia, estado civil, ser portadora de deficiências ou conviver com doenças estigmatizantes.

Gênero como categoria de análise surgiu a partir do movimento feminista. Ao longo da história da humanidade, muitas mulheres lideraram e participaram de lutas importantes, no entanto, as lutas organizadas para fazer frente à dominação masculina e seus efeitos deletérios na vida das mulheres é retratada, principalmente, a partir do final do século XIX. Os movimentos feministas, desde sua origem, tiveram formas distintas de se organizar, com diferentes composições políticas e bandeiras de luta, configurando três fases, também denominadas ondas.

Damasco (2009) descreve que, na primeira fase, do final do século XIX a meados do século XX, as feministas, em sua maioria, eram mulheres universitárias e de classe alta. Elas lideraram movimentos sufragistas pelo direito ao voto e melhores condições de trabalho. Como fruto de sua luta, conseguiram adentrar nas universidades no final do século XIX e obtiveram o direito ao voto nos Estados Unidos e Europa, nas primeiras décadas do século XX.

Já na segunda fase, que foi de meados do século XX aos anos 90, a maior parte das feministas eram intelectuais, jovens estudantes e militantes de esquerda. Lutavam pela emancipação das mulheres, contra diversas formas de opressão e pelo fim da Guerra Fria. Essa aproximação com a luta contra as opressões trouxe contribuições marcantes, tanto do ponto de vista de referenciais teóricos marxistas, alargando a compreensão da luta feminista pelas questões de classe, como também trouxeram outras vozes, como das negras e lésbicas (DAMASCO, 2009; CARDOSO, 2012).

Já na sua terceira onda, o movimento feminista é marcado pela presença das questões de mulheres nos meios de comunicação em massa e pela sua atuação, em especial durante a década de 1990, nas transformações culturais, por meio das ONGs feministas. Também vale destacar o fortalecimento político do movimento ao ter mulheres ocupando cargos de destaque nas instituições (DAMASCO, 2009).

No que se refere aos estudos acadêmicos sobre a dominação das mulheres, vale demarcar que eles se iniciam a partir dos anos 30 e 70. Nesse período, as mulheres cientistas fundaram a crítica epistemológica ao saber androcêntrico e seus impactos nas várias áreas do conhecimento, fundando os estudos feministas ou de mulheres (MATOS, 2008).

Essa crítica também questionou as mulheres como objeto de um conhecimento a partir do olhar do outro, numa visão da realidade asséptica que busca a neutralidade, porém, reforça a dominação. A epistemologia feminista se construiu, então, como um saber situado, político e engajado, onde a objetividade da pesquisa se dá na declaração do lugar de onde fala a pesquisadora e de seus referenciais de análise (HARAWAY, 1995). Uma pesquisa que buscará valorizar a experiência como uma história do sujeito e a história da diferença (SCOTT, 1998).⁴⁰ Louro (1996) refere a importância desses estudos na construção de um conhecimento encarnado e sensível, onde o corpo e a subjetividade são incorporados ao processo de produção do conhecimento. A palavra gênero foi utilizada por muito tempo para designar as flexões gramaticais relativas ao feminino ou masculino ou para a diferenciação biológica dos sexos (SCOTT, 1991). A incorporação da palavra nos estudos feministas foi acompanhada por várias filiações teóricas e se popularizou a ponto de se confundir com os estudos sobre mulheres. No Brasil, Louro (1996) refere que a entrada dos estudos de gênero disputou os estudos sobre as mulheres, o que suscitou no movimento feminista o receio de mais um ocultamento do sujeito feminino. No entanto, a opção pela terminologia decorreu de uma opção epistêmica e teórica.

40 Texto original de 1991.

Um marco para a incorporação do termo gênero nos estudos feministas foi o texto de Rubin (1993)⁴¹ *O tráfico de mulheres: Notas sobre a 'Economia Política' do Sexo*, onde lançou a tese que existe uma economia política do sexo que resulta num sistema sexo/gênero estratificado que visa destituir as mulheres de seus poderes e construir uma sociedade androcêntrica e heteronormativa. Scott (1991)⁴², no seu texto *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*, rompeu também com o determinismo biológico numa perspectiva pós-estruturalista, na qual o gênero tanto é a base das relações sociais a partir das diferenças entre os sexos, como também é analisado na perspectiva das relações de poder. Nesse sentido, demonstra como o gênero vai se constituindo nos símbolos culturais definidos e nos conceitos normativos do binarismo. Construído inicialmente na família, porém, para além dela nas esferas econômicas e sociais, o gênero também atua na formação subjetiva das identidades e nas relações corporais. Propõe, então, gênero como uma categoria de análise importante porque ela tem a capacidade de decodificar para além das diferenças entre os sexos, os sentidos e os processos pelos quais se constroem relações de poder desiguais: “a política constrói o gênero e o gênero constrói a política” (p. 23). Como historiadora, ao propor o gênero como uma categoria de análise, propõe também a construção de uma nova história:

“Essa nova história abrirá possibilidades para a reflexão sobre as estratégias políticas feministas atuais e o futuro (utópico), porque ela sugere que o gênero tem que ser redefinido e reestruturado em conjunção com a visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a classe e a raça. (p.29)”

Barbiere (1992) elenca as três principais escolas de gênero que acompanharam as fases do feminismo: as que explicam a dominação feminina pelos homens através de um funcionamento social de patriarcado; as que relacionam a dominação dentro do contexto de classe amparadas no referencial marxista e as que refletem a dominação como um jogo de relação de poder tendo como principais referenciais os teóricos pós-estruturalistas e desconstrucionistas, como Foucault, Deleuze e Derrida.

A partir da segunda fase do feminismo, na década de 60, assistimos a uma aproximação do movimento feminista à luta contra diversas opressões e pela paz. Como resultado, ocorreu uma ampliação das escolas teóricas que questionavam o patriarcado, a opressão sexista e a heteronormatividade. Assim, tivemos uma diversificação das lutas e ampliação dos sujeitos que disputam o discurso de gênero, tais como a população das mulheres negras, dos povos originários, lésbicas e transgênero. Nesse contexto, os estudos de gênero recebem contribuições

41 Versão em português disponível, porém, o texto original data de 1975.

42 Texto original data de 1986.

importantes advindas destes campos democráticos e populares. Aqui, traremos as contribuições do feminismo negro e decolonial.

4.3.1 A potência do feminismo negro para a análise da violência obstétrica e para as referências de resistência

O pensamento feminista das mulheres negras é fundamental para se compreender como o racismo foi determinante para as iniquidades na atenção à saúde sexual e reprodutiva dessa faixa populacional.

As mulheres negras trouxeram críticas importantíssimas ao movimento feminista, o qual julgavam incapaz de compreender suas histórias e especificidades, tendendo a reproduzir um discurso colonialista (LOURO, 1996).

Uma das críticas seminais foi de bell hooks⁴³ (2015), que defendeu que as mulheres negras foram moldadas para estar na base da pirâmide social, não lhe sendo facultado em nenhum momento a posição de opressora, diferentemente dos homens negros e das mulheres brancas, os quais podem assumir as duas posições, ora de opressor, ora de oprimidos. Argumenta que os homens negros, mesmo que sofram a opressão do racismo, exercem a opressão sexistas contra as mulheres negras. Enquanto as mulheres brancas, mesmo que sofram as opressões do sexismo, podem exercer a opressão em direção das mulheres negras pelo racismo. Assim, bell hooks evidencia a incapacidade do feminismo branco compreender a realidade das mulheres negras, uma vez que sua luta reivindicava bandeiras que iriam demandar a exploração da mulher negra, como o direito ao trabalho. Para exemplificar, hooks questiona: quem ficará com os filhos das brancas para elas trabalharem? Ao trazer estruturas de desigualdades dentro do movimento feminista, hooks afirma que o feminismo das mulheres brancas silencia as mulheres negras. Diante dessa afirmação, propõe que as negras usufruam desta experiência de marginalização para construir uma teoria feminista libertadora (hooks, 2015).

Na mesma direção, Crenshaw (2002 e 2004) defende que as mulheres sofrem as discriminações de gênero de forma diferenciada, havendo confluências e sobreposições de outras vulnerabilidades, que tendem a ficar invisíveis e a potencializar a marginalização das mulheres. A inserção de classe, raça e orientação sexual são exemplificadas como diferenças

43 A autora grafa seu nome com letras minúsculas porque ela defende que o que é falado é mais importante do que quem fala.

entre as mulheres que fazem com que elas experienciem a opressão sexista de forma distinta, fato que se contrapõe ao discurso unívoco do feminismo hegemônico.

A autora chama a atenção para dois fenômenos que tendem a realizar um apagamento das necessidades das mulheres que não estão na posição dominante dos movimentos: a superinclusão e subinclusão.

O termo 'superinclusão', pretende dar conta da circunstância em que um problema ou condição imposta de forma específica ou desproporcional a um subgrupo de mulheres é simplesmente definido como um problema de mulheres. A superinclusão ocorre na medida em que os aspectos que o tornam um problema interseccional são absorvidos pela estrutura de gênero, sem qualquer tentativa de reconhecer o papel que o racismo ou alguma outra forma de discriminação possa ter exercido em tal circunstância. (...) Uma questão paralela à superinclusão é a subinclusão. Uma análise de gênero pode ser subinclusiva quando um subconjunto de mulheres subordinadas enfrenta um problema, em parte por serem mulheres, mas isso não é percebido como um problema de gênero, porque não faz parte da experiência das mulheres dos grupos dominantes. (CRENSHAW, 2002, p.174-5)

Assim, tanto a superinclusão como a subinclusão, por não serem capazes de enxergar as diferenças discriminatórias, têm como consequência a não incorporação dessas diferenças no leque das políticas públicas, aumentando a vulnerabilidade destes grupos. A autora propõe a interseccionalidade como metodologia capaz de incorporar as distintas vulnerabilidades sociais que potencializam as discriminações sexistas e propõe, em escala mundial, a inclusão do critério raça/cor nos diversos protocolos governamentais e de pesquisa (CRENSHAW, 2002 e 2004).

Fazendo o exercício teórico de aproximar esses conceitos da análise da violência obstétrica, questiona-se se a demanda das mulheres brancas e de classe média para o parto humanizado em casa ou no hospital, pode ser vista como um processo de superinclusão, uma vez que se torna uma demanda de todas as mulheres. Seria essa também uma demanda das mulheres pobres e negras?

Como foi visto anteriormente, elas vêm reivindicando o direito de escolher onde, como e com quem parir. Isso decorre das dificuldades para realizar um parto por via vaginal, com uso mínimo e criterioso das intervenções porque seus e suas obstetras as conduzem, frequentemente, para um parto cirúrgico, na maior parte das vezes, sem indicação clínica e de acordo a agenda do/a profissional. Utilizam retóricas toscas e sem embasamento científico, que levam as mulheres a se sentirem incapazes de parir ou se sentirem culpadas por qualquer incidente com seus conceitos diante de uma não-adesão do parto proposto pelo/a profissional. Também vimos que reações das corporações médicas ao parto domiciliar que, em 2012, levou a processos judicializados. Assim, as mulheres reivindicam o direito de parir em casa ou no

hospital, porém, amparadas por uma equipe que respeite os tempos naturais da mãe e do bebê, que otimizem as condições ambientais e emocionais. Esses partos são de elevados custos financeiros, pois precisam de uma equipe com disponibilidade por 24 horas, formada em geral por obstetras, obstetras ou enfermagem obstétrica e doulas. Por conta disso, não são acessíveis para a maior parte das mulheres de outras classes sociais com menor poder aquisitivo.

Trago uma reflexão delicada, mas que não questiona a importância dessas reivindicações. O que se questiona é não se levar em consideração as iniquidades sociais e de raça que atravessam os modelos de parto e, conseqüentemente, a violência obstétrica. Desse modo, a necessidade das mulheres brancas e de classe média, por dominarem esse movimento, passam a ser de todas as mulheres por um fenômeno de superinclusão. A esse quadro, soma-se um processo paralelo de subinclusão, quando as necessidades específicas de mulheres racializadas e de outras classes sociais não são consideradas.

Como já se sabe, as mulheres de classes sociais de menor poder aquisitivo e não-brancas são, na sua maior parte, SUS dependentes. Portanto, parir nesse modelo de parto, não é viável se ele não for incorporado ao SUS. Além disso, vale lembrar que há poucos estudos sendo produzidos na academia sobre a saúde delas. Também foi demonstrado que, ao se utilizar a graduação do tom da pele para analisar os cenários da assistência para todas as fases da vida reprodutiva, do planejamento ao puerpério, a invisibilidade das mulheres e diminuição do acesso dos serviços são aumentados. Ainda se somam os cenários da assistência em que são levadas a parir num parto repleto de procedimentos, intervenções de rotina, maus-tratos e negligência. Ainda é importante frisar que, para as mulheres negras em situações de abortamento, os cenários são mais graves. Como consequência, são elas que lideram os índices de mortalidade materna por causas evitáveis.

Assim, enquanto essa realidade não mudar para as mulheres de classes sociais de menor poder aquisitivo, negras e com diversas condições de estigmatização social, o parto cirúrgico, infelizmente, pode ser visto por elas até como uma estratégia de livrar-se de sofrimento e iniquidades uma vez que pode abreviar o calvário do parto. Frequentemente, o acesso à cesariana é referido por elas como uma espécie de premiação. Obviamente, não se trata de afirmar que o parto cirúrgico seria a melhor proposta terapêutica. O que se questiona é que as necessidades e demandas das mulheres brancas e de classe média pode silenciar as demandas das demais mulheres. Como questiona Régis (2016), a luta se dá por privilégios ou por direitos? Como se daria a pauta da humanização do parto desconstruindo a superinclusão e subinclusão?

Considerando a realidade já demonstrada sobre as iniquidades sob as quais essas mulheres estão vulneráveis, as suas demandas, provavelmente, seriam outras, tais como:

umentar a cobertura do atendimento e do tempo de duração do atendimento; garantir o direito ao tratamento digno; visibilizar e acolher as mulheres nas suas necessidades e não permitir que sejam negligenciadas; garantir o direito ao acompanhante de sua livre escolha e sua vinculação efetiva na maternidade de referência, evitando os altos índices de peregrinação na hora do parto e nascimento de seus conceitos. Incorporar as lentes da interseccionalidade nos ajudará, ao longo desse estudo, a visibilizar como as opressões sociais e raciais se somam para produzir posições diferenciadas na autonomia das mulheres, nas suas escolhas reprodutivas e no acesso à atenção da saúde sexual e reprodutiva, desenhando vulnerabilidades distintas para a violência obstétrica.

Nesse sentido, o feminismo negro buscou construir conhecimentos comprometidos com a transformação da realidade das mulheres negras estudando suas experiências de luta e da vida privada. Esses estudos se potencializam quando articulados ao pensamento pós-colonial ou decolonizador que buscam explicar a experiência das mulheres de cor⁴⁴ partindo da crítica ao feminismo branco, que desconsidera as interseccionalidade de classe, raça e sexualidade. No feminismo decolonial, busca-se explicar a condição de opressão dessas mulheres na origem do colonialismo eurocêntrico (CARDOSO, 2012).

Maria Lugones (2014) enfocou como a colonização também diferenciou o gênero através da desumanização e da sexualização (seja na hipo ou hipersexualização) dos e das colonizadas. Como consequência, demonstrou como os sistemas de opressão foram reatualizados no capitalismo. A autora evidencia como as mulheres brancas tinham apenas como valor reproduzir a sua raça. As mulheres colonizadas, antes de mulheres, eram consideradas como não-humanas. Isso porque a desqualificação dos povos colonizados foi uma das principais estratégias para a dominação. O colonizado era o não-humano, primitivo e involuído. Nesse contexto, as mulheres negras não eram mulheres, eram, assim como os animais, fêmeas. Seu lugar na colonização foi nos duros trabalhos escravos, na reprodução de escravos e para saciar desejos sexuais dos senhores de engenho.

A vinda das mulheres africanas ao Brasil iniciava-se com os sequestros visando o tráfico humano através dos navios negreiros, onde, além das condições desumanas, as mulheres africanas começavam a ser estupradas pelos marinheiros durante a viagem de África ao Brasil. Ao chegarem, eram expostas como mercadoria, apalpadas pelos senhores de engenho que, além do interesse na exploração do trabalho escravo, também as escolhiam para a exploração sexual.

44 Cardoso (2012) está recorrendo ao pensamento de Maria Lugones que define como mulher de cor as mulheres vitimadas pela colonialidade assim como as mulheres mestiças, negras e dos povos tradicionais, numa relação horizontal e solidária.

Nos engenhos em geral, iam viver na senzala e se ocupar dos duros trabalhos de engenho ou iam à casa grande, como mucamas, ocupando-se dos serviços domésticos. Nessa situação, encontravam-se mais vulneráveis a uma dupla violência: estupros pelos senhores de engenho e, muitas vezes, depois eram castigadas pelas esposas em resposta ao ciúme. A gravidez que era, então, em grande parte proveniente de estupros, era também seguida de situações igualmente desumanas. Os filhos não tinham a paternidade reconhecida, outras vezes eram vendidos ou morriam de inanição, quando a mãe era obrigada a servir de ama de leite dos filhos da senhora de engenho. A formação do gênero no país se deu, portanto, calcada na violência sexual (SANTOS, R., 2016; LÓPEZ, 2015).

A ideologia racista baseada na tese da inferioridade pelo fenótipo perpetuou a exclusão dos negros e negras. O processo pelo qual se deu o final da escravidão no país reforçou as desigualdades sociais e a legitimidade da não-humanidade ou quase humanidade dos não brancos. Não houve um processo de planejamento para incorporação da população negra no processo produtivo, ao contrário, foi priorizado um processo de branqueamento do país através da imigração europeia, uma vez que havia a concepção de bestialidade dos ex-escravos que, por não terem dotações cognitivas, não serviriam ao trabalho estando livres da escravidão. O processo racista brasileiro ainda foi potencializado por estruturas institucionais do Estado, tais como o arcabouço jurídico que limitava a propriedade da terra aos brancos e o desenvolvimento de políticas higienistas e eugênicas que reforçaram a exclusão social dos negros (KALCKMANN *et al*, 2007; LÓPEZ, 2012; SANTOS, R. 2016; ASSIS, 2018).

Gonzales (1984) demonstrou como o perverso processo de colonização e racialização marcou a trajetória das mulheres negras no Brasil, construindo uma representação social depreciativa e sexista. A mulher negra a quem foi negada a humanidade ainda foi humilhada pela cor da sua pele, do seu cheiro e tipo de cabelo. Sua condição de mucama, no período pós-escravagista, se reconfigurou nos serviços domésticos. No entanto, no período de Momo, essa condição era suspensa para dar espaço à deusa da sensualidade do carnaval. Após o carnaval, a mulata volta ao lugar social que lhe é permitido, o da doméstica. Cardoso (2012) aponta para a necessidade de se estudar a repercussão dessa exclusão social:

A mulata, a mucama, a mãe preta, a empregada doméstica são representações racializadas resultantes de construções racializadas de gênero. Diante disso, necessita-se de leituras acerca da construção de estereótipos atentas à raça, gênero e sexualidade, capazes de permitir a investigação dos elementos que a colonialidade organiza para engendrar os estereótipos acerca das mulheres negras e desvendar o que está escondido pelo lado escuro/oculto do sistema moderno/colonial de gênero. Em outras palavras, investigar a constituição das representações racializadas de gênero. (CARDOSO, 2012, p. 132)

Werneck (2016) defende a importância de analisar o racismo a partir do constructo teórico de Sueli Carneiro de dispositivo de racialidade⁴⁵, que é entendido como:

ferramenta conceitual para explicitar as formas como o racismo penetra os diferentes campos da vida social e produz seus resultados, o que nos permite compreender como o racismo estrutura profundamente o escopo de democracia no Brasil, reduzindo a abrangência da cidadania por estar na base da criação e manutenção de preconceitos, ou seja, ideias e imagens estereotipadas e inferiorizantes acerca da diferença do outro e do outro diferente, justificando o tratamento desigual (p. 541)

Enxergar o racismo sob essa ótica permite situá-lo como fruto de uma articulação de atos institucionais, legais, produção de conceitos, arranjos institucionais arquitetônicos, discursos que moldam os jogos de poderes sociais e elaboração das políticas públicas. Esse processo levou a constituição do racismo institucional, compreendido como:

Fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido à sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (PCRI, 2006 apud ASSIS, 2018)

O racismo institucional é uma questão de fundamental importância para o feminismo negro, uma vez que ele tem sido responsável pela perpetuação das condições impostas pela escravidão no que se refere à negação da humanidade para estas mulheres e impedindo seu acesso às políticas públicas protetivas e de equidade racial. O que torna urgente seu enfrentamento.

Nesse sentido, retomo ao feminismo decolonial na sua potência para produção de novas (inter)subjetividades. “Minha intenção é focar na subjetividade/intersubjetividade para revelar que, desagregando opressões, desagregam-se as fontes subjetivas e intersubjetivas de agenciamento das mulheres colonizadas” (LUGONES, 2014, p. 941).

Desse modo, o gênero na perspectiva decolonial e a produção teórica do feminismo negro são categorias de análise potentes para explicar a violência obstétrica e mortalidade materna das mulheres negras, assim como para compreender as estratégias destas mulheres no seu enfrentamento e resistência. Nesse sentido, apresentarei a discussão de três autoras

45 Este conceito teve como base o referencial Foucaultiano de dispositivo de poder como uma rede de ditos e não ditos das instituições, organizações nos campos administrativos e legislativos e foi desenvolvido por Sueli Carneiro na sua tese de doutorado, *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser*, defendida em 2005 (CARNEIRO apud WERNECK, 2016).

brasileiras, Caetano (2012), Luz (2014) e Melo (2014), as quais vêm discutindo a violência obstétrica nos referenciais decolonial e pós-colonial. As autoras Assis (2017 e 2018), Santos, R. (2016) e Lopez (2015), ao referirem a violência obstétrica e mortalidade materna das mulheres negras como produto do processo de colonização, da representação depreciativa da mulher negra e do racismo institucional, convidam-nos a refletir o tema na perspectiva do feminismo negro.

4.4 Violência obstétrica como estratégia de branqueamento da população e produto da colonialidade do poder/saber/ser e do parto

Houve um tempo em que parir se relacionava às dimensões espirituais, simbólicas, aos rituais normais da vida das mulheres que eram tão capazes de parir, que o faziam sós. Segundo Michel Odent (2016), os partos que as mulheres pariam sós eram comumente vivenciados por mulheres de algumas sociedades tradicionais. A experiência era guiada pela concepção de que o parto, por ser um evento natural, não precisava de ajuda externa. Com o tempo, outras mulheres foram introduzidas na cena do parto e criaram redes de apoio e solidariedade. Estratégias masculinas de desempoderamento do poder e força da mulher foram surgindo ao longo da história e foram sendo acrescidas por interesses outros de dominação, não só de gênero, como de raça.

Das escrituras bíblicas surge o mito do parto com dor, como uma punição feminina de sua vida sexual e formas de prazeres da carne (TEIXEIRA e PEREIRA, 2005). As mulheres pariam entre as outras, formando um ciclo sagrado feminino para apoiar as mulheres na sua predestinação de dor e sofrimento, assim como para acolher novas vidas. Nesse contexto, as mulheres também vivenciavam as experiências do parto com riqueza de significados, simbolismos e rituais. O poder da parturiente e seu tempo para parir eram respeitados. Melo (2014) cita como, nesse período da história, as mulheres eram as principais protagonistas do parto. A partir do século XVII, a parturição passou por grandes transformações, que foram intensificadas em meados do século XX com a hospitalização.

Até o século XVII, o parto era uma atividade exclusivamente feminina porque não despertava interesse nos cirurgiões. As parteiras sempre tiveram e têm seu cuidado marcado pelo acolhimento solidário, apoiando as mulheres nas suas dores e respeitando as suas singularidades, principalmente em relação ao seu tempo próprio de parir (LUZ, 2014 p.16). No entanto, quando os médicos entraram no cenário do parto, em um primeiro momento, se

apropriaram dos saberes das parteiras, em seguida, desenvolveram saberes e técnicas tendo como referência de normalidade seus próprios corpos (MELO, 2014).

Martin (2006) demonstra como, nos seus primórdios, a ciência descrevia o corpo da mulher tendo como referência o corpo do homem, de forma que o que se diferenciava do corpo masculino e do seu funcionamento era desqualificado ou tido como anormal. Já sob a influência mecanicista do corpo, esta ciência androgênica, ao associar uma representação imagética do corpo da mulher como fábrica, considerou o trabalho de parto como um processo dependente do médico e das técnicas. Nesse contexto, o corpo, ao dar defeito, necessitava do trabalho de profissionais especializados que tinham como função supervisionar o processo de parto. No intuito de tornar esse trabalho mais eficiente e produtivo, os médicos foram criando técnicas, procedimentos e medicamentos que visavam acelerar o processo de parto.

As mulheres foram deitadas para parir, de pernas abertas e em posição de decúbito dorsal para melhorar a visão do médico obstetra.⁴⁶ Assim, totalmente indefesas e submissas ao poder masculino. Nesse processo, foram criados instrumentos como fórceps, procedimentos como a manobra de Kristeller, a episiotomia e a cesariana. Esses procedimentos e tantos outros tiveram seus usos intensificados com a hospitalização do parto. O parto passou, então, a ser uma atividade altamente rentável (MELO, 2014). Essa reflexão leva à seguinte indagação: o que pode ter permitido que as mulheres trocassem o conforto do parto em casa e os cuidados solidários das outras mulheres que tão bem compreendiam as transformações e os processos do ciclo gravídico por este modelo androgênico?

Esse foi um processo marcado pela apropriação dos saberes e também pela violência física e simbólica. Iniciou-se um processo de perseguição, deslegitimação e desqualificação das parteiras, de seus saberes e práticas. O parto natural, feito longe do modelo paradigmático da medicina ocidental, passou a ser concebido como bruxaria, selvagem e primitivo. As parteiras foram acusadas de bruxas e foram caçadas (CAETANO, 2016; LUZ, 2014; MELO, 2014).

Esse contexto de barbaridade é o mesmo descrito por Dussel (2005) como parte do processo de colonialidade do poder, como já visto, em que os colonizadores imprimiram aos

46 Conta-se que o ponto histórico para esse processo é atribuído ao rei Luís XIV, o Rei Sol. Inconformado por não ver a saída de sua prole pela vagina por conta da posição de parto vertical, dispensou as parteiras e chamou um médico da corte que deitou a mulher para parir e assim melhorar o campo de visão do rei. Essa posição não só facilitou a visão do Rei, como também para os médicos, que a sentiram mais confortável para seu trabalho e logo adotaram esta não natural posição para as mulheres parirem. Não encontrei as fontes históricas confiáveis, porém, não pode deixar de ser citada.

povos colonizados a marca de bárbaros com o objetivo de justificar o uso da violência e crueldade.

Ainda vale ressaltar que o epistemicídio também é referenciado como mais um dos dispositivos da colonialidade do poder que esteve engendrado no processo de formação do sistema-mundo capitalista. Enquanto as parteiras tradicionais até hoje falam que são movidas pelo amor que fazem e pelo encanto da magia de pegar menino, de ajudar e cuidar das mulheres, os interesses das corporações médicas e hospitalares são guiados pelo lucro. Melo (2014) demonstra como as cesarianas permitiram que o parto adentrasse a uma escala de produção e, aliadas à indústria de materiais, equipamentos hospitalares e de exames diagnósticos, aqueceram o mercado a partir de meados do século XX. Porém, pontua que neste processo de medicalização e hospitalização do parto também se assistiu a uma doutrinação dos corpos, uma vez que corpos dóceis para a mão de obra sempre foram servidos aos interesses do capitalismo. Nesses cenários marcados por procedimentos e manejos padronizados, a riqueza das experiências de parto se perdeu. Seu imbricamento com os interesses de mercado também transformou o tempo e a experiência do parto.

Nos serviços públicos onde a remuneração dos médicos e médicas também se dá pela produtividade, essa lógica também se instalou. Além disto, há uma cultura de “limpar a área.” Isso significa acelerar o trabalho de parto ou fazer partos cirúrgicos, evitando partos na madrugada ou porque é vergonhoso deixar muitas mulheres em trabalho de parto para o colega que vai assumir o próximo plantão (HOTIMSKY, 2009). Com isso, são desencadeados na rotina das maternidades procedimentos que visam a aceleração do parto, tais como a ocitocina sintética, episiotomia, manobra de Kristeller, utilização de fórceps e tantos outros procedimentos que poderiam ser evitados, caso o tempo natural dos processos fisiológicos da mulher fosse respeitado.⁴⁷ A obstetrícia se configurou como uma ciência misógina. Foi fundada por homens que criaram normalizações, instrumentos, procedimentos para o corpo da mulher a partir da referência dos seus corpos masculinos (MELO, 2014; MARTIN, 2006).

No entanto, essas reflexões, apesar de valiosas, podem reforçar os processos de superinclusão e subinclusão referidos por Crenshaw (2002 e 2004), pois, como já visto, não consideram as especificidades das origens da violência obstétrica nas mulheres negras e sua tipologia. Também não consideram a potência das mulheres negras nas suas formas de resistência e luta.

⁴⁷ A este respeito vale ler o relato descrito em Pulhez (2014), p.107-8, dada a forma didática que foi detalhado o processo de parturição.

Neste sentido, Santos, R. (2016) reconhece que tanto as mulheres brancas quantas as mulheres negras estão vulneráveis à violência obstétrica, mas suas experiências são distintas. Como já abordado, as experiências de maternidade das mulheres negras foram marcadas pela dor e sofrimento desde o período colonial. Esse processo ainda foi intensificado com a perseguição e morte de mulheres que exerciam os seus poderes de cuidado e cura advindos da cultura e religiosidade africana.

Pode-se observar, então, como as estratégias de colonialidade do poder também foram a força motriz que deram sustentação à violência obstétrica das mulheres negras no período escravagista, porém, de forma mais desumana. No entanto, essa violência contra a mulher negra não findou com a escravidão.

O processo de exclusão social no período posterior à abolição da escravatura fez com que o povo negro passasse da condição de escravos para o de não-cidadãos. Diante desse processo, o racismo foi capturado pelo capitalismo, utilizando-se da exploração dos homens e mulheres negras no Brasil para a sua estruturação (SANTOS, R. 2016).

A representação social depreciativa das mulheres negras e a desconsideração das suas tradições e saberes são potencializadas pelo do racismo institucional. Como resultado, a violência obstétrica atravessou os tempos e tem marcado a diferenciação que as mulheres de classe e raça diferentes vivenciam nas suas experiências do ciclo gravídico e puerperal.

A exemplo disto, Domingues (2016), ao estudar a comunidade do Quilombo Kalunga, demonstrou como a passagem do parto domiciliar feito pelas parteiras para o parto hospitalar atravessou a vida das mulheres kalungas. O parto era considerado pelas parteiras kalungas como um evento natural e nascer amparado pelas suas mãos se dava num cuidado coletivo de outras mulheres:

As mulheres Kalunga, na hora do parto, auxiliavam as parturientes a extravasar suas dores coletivamente, tradicionalmente, quatro mulheres conduziam o partejo, parteira do "buraco", que tem a função de amparar o bebê e a única a ver a genitália feminina, a do "suspiro", que é quem que segura a mulher e realiza massagem, a da "banda", providencia o material necessário (água quente, chás, banhos e prepara os caldos) e também a do "consolo" que encoraja e acalma a gestante em períodos avançados do trabalho de parto (p.91).

As mulheres quilombolas têm importante papel na comunidade de abastecimento de provisões e na preservação da cultura, fundamentais na resistência, liberdade e autonomia. No entanto, a cultura, saberes e tradições da comunidade Kalunga não foram considerados pelo processo de migração do parto para os hospitais, ao contrário, foram desvalorizados e desrespeitados. Desse modo, esse modelo não é mais utilizado e, para fazer nascer uma criança

Kalunga, as mulheres enfrentam muitos desafios. Com a perseguição dos saberes e práticas das parteiras, as mulheres passaram a contar apenas com a assistência dos serviços de saúde. No entanto, as mulheres kalungas enfrentam dificuldades de acesso às consultas, exames no pré-natal, assistência ao parto e aos direitos do salário-maternidade de agricultora. Também sofrem com a peregrinação entre maternidades, muitas vezes em transportes em condições insalubres, havendo inclusive registros de mortalidade no percurso. Quando conseguem ter acesso à assistência ao parto, sofrem maus-tratos, humilhações e preconceitos. Há relatos de mulheres que são amarradas pelo braço no leito para não deambular. Também não é respeitado o direito ao acompanhante e há um desrespeito às tradições nos cuidados pós-parto, tal como a cultura alimentar das mulheres, o que tem grande significado para suas representações de saúde ao longo da vida.

Diante da ocorrência de mulheres que morreram durante o transporte para a maternidades, as mulheres do quilombo utilizam a arriscada estratégia de irem para o hospital no último momento. Com isso, a equipe de saúde é obrigada a realizar o parto local. Outra forma de resistência das mulheres é manter viva a cultura dos cuidados no puerpério, com alimentação, uso de chás e remédios caseiros, entrando em conflito com as prescrições médicas.

Desse modo, Rodrigues (2016) refere como as relações de gênero, classista e racista penalizam as mulheres kalungas duplamente, por viverem em zona rurais e por serem negras.

Portanto, assim como não existe uma democracia racial no Brasil, também não existe no parto. A inserção das mulheres nas políticas públicas no país, como visto, também foi racializada e vetou a inclusão das mulheres não-brancas. Assim, historicamente, as mulheres brancas tiveram o privilégio de ter grande parte de suas necessidades de saúde satisfeitas, compatíveis com a sua cultura. A exclusão das políticas públicas e o racismo institucional, ao determinarem as condições de atendimento, vulnerabilizam às mulheres negras em todas as fases da gestação, parto, pós-parto, abortamento e puerpério a várias formas de violência obstétrica. A exemplo disto Santos, R. (2016) pontua que as mulheres negras lideram as taxas de mortalidade materna por causas evitáveis, maus-tratos e humilhações. A representação social que as mulheres negras são mais resistentes a dor fazem com que sejam atendidas por último ou não lhes sejam ofertados métodos de alívio da dor.

Ribeiro (2018) ilustra como essa falta de inclusão nas políticas públicas se alia ao machismo e dificultam a vivência da maternidade das mulheres negras, deixando-as mais vulneráveis. Refere que o abandono destas mães pelos homens e pelo Estado é sentido desde o planejamento familiar, pré-natal e disponibilização de creches. Como consequência, diante do

desafio da maternidade e do trabalho sem essa rede apoio, estão mais vulneráveis a abortar de forma insegura e engrossar os índices de mortalidade materna ou abandonar seus filhos.

Estudos demonstram que as mulheres negras são dependentes do SUS. Em 2003, a população negra representou 82% das internações no SUS (TAVARES, OLIVEIRA & LAGES, 2013). Os dados da Pesquisa Nascer no Brasil revelaram que das mulheres pretas entrevistadas, 92% eram do SUS, enquanto 85,5% das mulheres pardas e 67,9% das brancas. Apesar desses achados, Assis (2018) refere que os serviços de saúde não apresentam profissionais qualificados para atender às especificidades das mulheres negras. O que também é um reflexo do que Werneck (2016) refere como uma impermeabilidade da produção de conhecimentos na academia com recorte racial. E como já foi visto no presente estudo, se reflete também na produção acadêmica sobre a violência obstétrica.

Santos (2021)⁴⁸, na sua pesquisa de doutorado, demonstrou que gestores e profissionais de saúde de uma maternidade não levavam em consideração as desigualdades raciais na construção do cuidado. A narrativa destes gestores e profissionais entrevistados, ao caracterizarem as mulheres atendidas na maternidade, se pautou pelos ideários da democracia racial e, assim, deslocaram as questões para as diferenças de classe social e escolaridade. Desse modo, a atenção prestada não considerou a interseccionalidade que sobrepõe as opressões, consequentemente, as necessidades socioeconômicas das mulheres negras que impactam o seu gestar e parir. A autora chama a atenção para o desrespeito ao princípio da equidade do SUS e aponta para a necessidade de estratégias que garantam a integração das pessoas negras nos serviços de saúde como forma de superação das iniquidades. Assim, recomenda a incorporação dos princípios da Política Nacional de Saúde Integração da População Negra (PNSIPN); ações de educação popular e educação permanente; investimento na gestão e execução da medicina baseada em evidências na perspectiva da justiça reprodutiva; controle social e a participação do movimento de mulheres negras.

É preciso frisar que todo o processo aqui descrito não se deu de forma passiva, a população negra sempre criou formas de resistência e luta. As mulheres negras, seja no quilombo ou nas comunidades, sempre tiveram papéis estratégicos no abastecimento de provisões e na preservação da cultura, saberes e tradições, e têm sido fundamentais para a resistência, luta pela liberdade e autonomia (RODRIGUES, 2016; SANTOS, R. 2016). Santos (2021), Werneck (2016) e Santos, R. (2016) resgatam a importância do movimento feminista de mulheres negras na luta pela garantia de direitos da população negra, em especial da saúde.

48 Assis (2018) e Santos (2021) são as mesmas autoras e referem os achados de sua pesquisa de doutorado.

Werneck (1996) demarca um importante momento na luta que foi a vinculação do racismo às políticas públicas, que levou ao desencadeamento de processos de formação de comitês, participação em fóruns nacionais e internacionais, que levaram a produção de políticas nacionais para a saúde da população negra.

No campo da saúde sexual e reprodutiva, as mulheres negras denunciam, no final da década de 80, início da década de 90, a mortalidade das crianças e jovens negros e a esterilização definitiva em massa e compulsória das mulheres negras como estratégias de controle da população e genocídio contra a população negra (SANTOS, 2021).

O movimento negro, em especial das mulheres negras, se articulou ao movimento sanitarista na luta pela Reforma Sanitária Brasileira para inscrever direitos universais e integrais na saúde. Nos anos que se seguiram, o movimento de mulheres negras aprofundou sua organização e avançou na conquista de pautas importantes que foram fundamentais para a instituição da PNSIPN. A exemplo disso, podemos citar: a inclusão do quesito raça/cor nos sistemas nacionais de saúde (1996); o processo de discussão da necessidade das ações governamentais para o enfrentamento do racismo que tem início em 2001; a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que foi instaurada em 2003 e foi essencial para que ocorresse o reconhecimento pelo Ministério da Saúde do racismo como um determinante social das condições de saúde; a criação, em 2004 do Comitê Técnico de Saúde da População Negra com representantes de movimentos sociais, academia e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, que foi estratégico para a elaboração da PNSIPN (SANTOS, 2021; WERNECK, 2016).

Como foi visto até então, a violência obstétrica é um problema de grande magnitude, atingindo mulheres de todas as classes sociais, porém, de forma distinta, potencializando iniquidades em saúde. As mulheres brancas de maior poder aquisitivo estão mais vulneráveis ao parto cirúrgico sem indicação clínica. As mulheres de menor poder aquisitivo, pardas ou com condições estigmatizadas, por outro lado, estão mais vulneráveis a um parto vaginal com intervenções e procedimentos de rotina, mesmo sem indicação clínica ou comprovação de sua eficácia, muitas vezes procedimentos que colocam em risco a vida da mulher e de seu filho. Além disto, estão submetidas a maus-tratos e peregrinação entre as maternidades. E quanto mais escura for a cor de sua pele, haverá uma certa diminuição na vulnerabilidade para as intervenções e procedimentos porque tendem a ser invisibilizadas e negligenciadas. Também são as que receberam menor oferta de métodos para alívio da dor, sendo o sofrimento físico e psíquico aumentado. Nas situações de abortamento, os maus-tratos são amplificados a níveis de barbaridades inacreditáveis.

A violência obstétrica tem grande potencial de provocar efeitos deletérios nas vidas das mulheres. No entanto, segue naturalizada e invisível para as políticas públicas. Ao se historicizar o processo de constituição da violência obstétrica e das relações de poder que a envolve, percebe-se que ela não é natural e sim fruto de uma produção social. Mais que isso, faz parte de uma estratégia de dominação social,

Nesse contexto, a categoria de análise de gênero numa perspectiva do feminismo negro e decolonial traz subsídios teóricos que dão um sentido histórico a este fenômeno social. Nos ajudam a compreender a violência obstétrica como produto e ao mesmo tempo estratégia da colonialidade do poder/saber/ser e do parto. Em decorrência disso, se constituiu uma visão depreciativa das mulheres negras que se soma ao racismo institucional e influencia a organização, o acesso e a qualificação do atendimento longitudinal na atenção à saúde sexual e reprodutiva ao longo das diversas fases da vida e suas respectivas necessidades de cuidado. Trazendo Crenshaw (2002 e 2004) para nossa análise, podemos afirmar que esse fenômeno se dá por uma superinclusão, em que se defende que as mulheres têm necessidades iguais e se apaga as diferenças que vulnerabilizam as mulheres negras. Assim, a partir de uma subinclusão, as mulheres negras, suas necessidades, especificidades de saúde e culturais, bem como suas potencialidades e poder de fala, são invisibilizados, desrespeitados e desconsiderados.

Assim, vale ressaltar que o feminismo das mulheres negras e decolonial é uma potente lente para nos fazer enxergar que, para além da dor e sofrimento, há um rico histórico de luta e resistência que o povo negro tem acumulado ao longo dos séculos e que é fundamental para ser incorporado nas políticas públicas e na luta pelos direitos humanos e por um mundo mais justo.

Nos próximos capítulos, iremos apresentar o material que foi produzido durante a pesquisa de campo, a análise que as mulheres realizaram e a que eu realizei. Esta análise será dividida pelos períodos do ciclo reprodutivo das mulheres e que guiou a produção das suas pinturas. Em cada período, será apresentada primeiro a análise sociopoética que as mulheres realizaram de sua produção, na qual elas classificaram o material identificando o que é diferente e agrupando o que é semelhante para produzirem os seus “confetos”. Na sequência, apresentarei a análise que realizei em diálogo com a produção acadêmica sobre o tema abordado. Para tanto, construí uma grade de categorias de análise, na qual busquei identificar: o fenômeno social identificado em que se constituiu como uma violação de direitos ou afetou a autonomia da mulher para decidir livremente sobre seus corpos e vida sexual e reprodutiva; as relações de poder ou/e institucionais que estruturam ou se articulam nesse fenômeno; a condição de gênero que o demarca, isto é, busquei identificar como esse fenômeno se dá ou/e afeta as mulheres segundo sua condição socioeconômica ou de raça; os efeitos observados desse fenômeno na

vida da mulher e quais as estratégias de superação que elas articulam a partir desse fenômeno ou para evitar que ele aconteça consigo ou com outras mulheres.

5 AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE SUAS VIDAS ANTES DA GESTAÇÃO

As mulheres, ao falarem do período de suas vidas antes da gestação, apresentam a diversidade e riqueza de suas histórias. Trazem-nos a compreensão óbvia (porém, por vezes esquecida por quem as atende na maternidade): toda gestante é mais que um corpo que precisa expulsar seu conceito. Cada mulher que está na maternidade parindo chega lá após uma trajetória de vida e traz consigo seus sonhos, expectativas, mas também medos, angústias e ansiedades.

Iniciar a pesquisa convidando as mulheres a nos contar como era sua vida antes da gestação mudou a minha visão da violência obstétrica. As mulheres nos mostraram, através de sua produção sociopoética, como a história de sua gestação e parto transformaram suas vidas, assim como nos ensinaram sobre suas estratégias de enfrentamento e superação da violação. Nas entrelinhas de suas narrativas, nas entrevistas e oficinas, pude perceber fenômenos vivenciados pelas mulheres que me surpreenderam. Isso porque na pesquisa que realizei na literatura, embora tenha encontrado diversas descrições de atos constitutivos da violência obstétrica, até o momento desta escrita, achei poucas referências que identifiquem como violência obstétrica os atos que aqui foram elencados no período anterior à gestação. Porém, como será visto, são uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O reconhecimento desses fenômenos como violência obstétrica pode nos dar subsídios para organizar estratégias de seu enfrentamento e superação coletiva e politicamente.

5.1 Narrativas sociopoéticas do período anterior à gestação

As mulheres, após contemplarem suas produções, identificaram as semelhanças e diferenças, agrupando-se em três grupos e criando um confeto para expressar as experiências a partir de um olhar coletivo.

A esperança é a última que morre - Porque elas tinham sofrimento, mas nunca perdiam a esperança de dias melhores. Elas tinham a convicção que a pessoa não deve desistir.

Harmonia em família- Tiveram suas origens em famílias muito unidas.

Ainda há uma esperança em nossa vida- Tinham uma vida com muito sofrimento antes do casamento, depois tudo mudou.

Podemos observar que o grupo “Harmonia em família” trouxe características semelhantes: os sentimentos de alegria e felicidade; as imagens da natureza; as mulheres utilizaram o elemento água nas suas pinturas. O grupo “A esperança é a última que morre” utilizou o fogo e apresentou sentimentos de resiliência: em meio ao sofrimento encontravam alegria de viver. Já o grupo “Ainda há uma esperança em nossa vida” utilizou o fogo e a água, o sofrimento era intenso, mas as mulheres não se desconectaram da esperança de um dia a vida melhorar.

Elas nos falam como algumas se fortaleceram nas suas famílias antes do casamento e outras como a constituição de uma nova família as tirou de realidades de sofrimento. Mas foi a conexão com a esperança que algumas conseguiram cultivar, em meio à diversidade, que a fizeram resistir. Algumas das mulheres que se referem a períodos de felicidade anterior ao ingresso na vida reprodutiva irão transmutar, no momento da formação da nova família ou após a história de gestação e parto no qual sofreram alguma violência.

Conhecer essas histórias também nos revelou uma realidade que nos ajuda a compreender que a violência obstétrica perpassa as várias fases da vida sexual e reprodutiva ou tem seu início muito antes da gestação.

Durante as oficinas, entrevistas e conversas livres com as mulheres, identifiquei situações em que as mulheres estão expostas no período anterior à gestação e que podem ser consideradas uma violência obstétrica ou deixaram a mulher mais vulnerável à violência obstétrica. Isso se dá porque são situações que interferem na autonomia das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade. Refiro-me à falta de acesso ao planejamento familiar e à exposição aos efeitos da violência obstétrica que aconteceram com outras mulheres e que podem interferir no desejo ou na decisão de engravidar.

5.2 Narrativas sobre a falta de acesso ao planejamento familiar ou o acesso deficitário

Foi relatado, principalmente pelas mulheres que engravidaram na adolescência, a falta de acesso a informações e conhecimento de como evitar a gravidez. Referem que engravidaram por não saberem como evitar Aparecida, Bete, Solange e Cristiane. Apenas Aparecida era casada. Cristiane, após reconstituir sua vida afetiva, ainda traumatizada pelo primeiro parto, tentou evitar a todo custo engravidar novamente. O mesmo aconteceu com Bernadete após a tortura física e psicológica que passou na maternidade na situação de abortamento. Tinham acesso a métodos contraceptivos, mas não sabiam como fazer o uso correto.

Eu fui pesquisar na internet, na internet tinha dizendo que o anticoncepcional com um mês ele limpa o organismo da mulher. Eu tava me sentindo mal com o

anticoncepcional, tava me dando muito enjojo, aí eu parei só 1 mês. Nessa parada, eu engravidei. (...) olhar em internet, acabei... (CRISTIANE, entrevista)

Esses comprimidos de evitar. Eu ia no posto... aí por um descuido eu ficava grávida. (...) eu tava tomando comprimido, tava, tava... eu parei, pronto! o mais tardar era 2 mês, já tava grávida de novo. (BERNADETE, entrevista)

Esse é um problema que perpassa décadas, pois são experiências de parto que ocorreram em 1964 (Aparecida), 1977 (Bete), 1979 (Solange), 1985 (Bernadete) e 2013 e 2018 (Cristiane).

Ter acesso aos métodos contraceptivos e aos processos educativos e informativos sobre o seu uso correto faz parte dos direitos sexuais e reprodutivos e é uma conquista de cidadania, fruto da luta feminista mundial. Um direito que está inscrito nos arcabouços legais de vários países, assim como também tem se constituído alvo de políticas públicas (ÁVILA, 2003).

Os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos fundamentais reconhecidos na Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento como:

Os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. (FNUAP, 1994. p.62)

No Brasil, os direitos sexuais e reprodutivos estão inscritos na Constituição Federal e regulamentados na Lei do Planejamento Familiar (Lei N. 9.263, de 12 de janeiro de 1996), cabendo ao Estado Brasileiro a garantia do acesso ao planejamento familiar. Esta lei define o planejamento familiar como “o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garantam direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996).

As ações da assistência ao planejamento familiar se pautam pela garantia do acesso aos métodos contraceptivos, assim como acesso à informação ou ações educativas sobre o seu uso correto. Cabe ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade de garantia de acesso pela capilarização desta ação no território nacional, atingindo homens e mulheres nas suas diversas fases da vida (BRASIL, 1996). O que deve se dar de forma igualitária a homens e mulheres, estimulando a corresponsabilização pela concepção e criação dos filhos. Desse modo, induz a retirar das mulheres o tradicional papel de exercerem sozinhas a responsabilidade de controlar a gravidez e cuidar dos filhos (YIEN, 2016).

Segundo Ferreira e Souza (2018), não ter as necessidades contraceptivas atendidas é o fator responsável por 84% das gestações não planejadas no mundo. As autoras ainda pontuam que no Brasil 55% das mulheres tiveram gestações não planejadas. Explicam que esse fenômeno decorre de políticas de planejamento familiar ineficazes e traz consequências socioeconômicas, assim como aumentam a taxa de aborto inseguro e a morbimortalidade materna.

Como efeito do não acesso ao planejamento familiar, as desigualdades de gênero são acentuadas, aumentando a exposição das mulheres às violências de gênero. Isso quer dizer que as mulheres têm acesso ou não ao planejamento familiar, de acordo com demarcadores sociais como classe social, raça/cor, etnia e escolaridade. As desigualdades de gênero também se expressam quando as mulheres são responsabilizadas ou culpadas por engravidar e a elas é delegado o papel de criar seus filhos mesmo que sozinhas. O que muitas vezes faz com que seus projetos de vida no estudo ou trabalho sejam interrompidos ou prejudicados, gerando impactos econômicos e sociais que vulnerabilizam as mulheres a outros ciclos de violência de gênero.

Por conta disto, Machado (2016) defende que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser vistos como direito humano fundamental, mas também de cidadania. Isso porque garantem o enfrentamento das desigualdades e violência de gênero.

Os direitos reprodutivos devem ser tratados na dimensão de direitos humanos fundamentais e do direito à cidadania, e conseqüentemente, como meios de acesso à democracia. Com isto, buscou-se romper com a moral conservadora, heteronormativa e sexista em relação ao papel da mulher no âmbito de suas vivências domésticas, familiares, religiosas, culturais e sociais. Ao longo da história, estes espaços foram marcados pelas normas do heterossexualismo pregados pela dominação patriarcal, e impregnados pelos conceitos e discursos preconceituosos e discriminatórios. Desqualificando-as sistematicamente e colocando-as em situações de submissão, subalternidade sob os determinismos do poder do homem sobre a mulher nas relações; o que reproduz desigualdade de gênero, e em muitos casos, expõe as mulheres a situações de violência de gênero. (p. 39-40)

A violência obstétrica vem sendo reconhecida como uma expressão da não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, principalmente quando relacionada às violências sofridas no parto. Gois (2016) nos chama a atenção de que essa associação também precisa ser feita a períodos anteriores ao parto, como na relação com o planejamento familiar. Reforçando o que a autora defende, vale lembrar ainda que este não acesso ao planejamento familiar limita a autonomia das mulheres de decidirem livremente sobre a sua vida sexual e reprodutiva. E como já referimos, também se dá de forma a acentuar desigualdades de gênero.

A exemplo disso, algumas mulheres referiram que engravidaram na adolescência antes de se casarem e foram abandonadas pelos pais das suas crianças, Solange aos 16 anos, Bete aos 16 anos, Cristiane aos 17 anos e Liliane aos 18 anos. Isso se deu por não terem tido acesso aos métodos contraceptivos ou por não saberem como utilizá-los. Cristiane, quando engravidou, ficou envergonhada e deixou os seus estudos faltando poucos meses para a conclusão do ensino médio. Hoje trabalha de forma precarizada na indústria têxtil de Caruaru, costurando peças de roupas. Ganha por produção e não tem acesso a nenhum direito trabalhista.

Há um acesso desigual ao planejamento familiar também em relação a raça/cor. As mulheres negras têm um menor acesso aos métodos contraceptivos e têm maiores índices de gestações indesejadas. Fatores que potencializam o risco para a realização de abortos inseguros e morbimortalidade materna. As mulheres negras apresentam um risco 2,5% maior de morrerem por aborto inseguro do que as mulheres brancas (LOPES, 2019; LEAL *et al*, 2014).

Yien (2016), no seu estudo, identificou outra faceta da relação da violência obstétrica e do planejamento familiar. O não-acesso aos métodos contraceptivos impediu que as mulheres pudessem evitar a gestação como estratégia de se protegerem dos horrores do parto. Na nossa pesquisa, também encontramos situação semelhante. Cristiane tentou evitar gestação com medo de sofrer novamente no parto e Bernadete tinha medo de perder mais uma vez o filho e ser novamente submetida às torturas físicas e psicológicas pelas quais passou.

Por outro lado, as mulheres que conseguiram se apropriar da forma correta do uso dos preservativos conseguiram decidir quando engravidar ou prolongar o tempo entre uma gestação e outra. Jamile passou 10 anos depois de casada sem engravidar e hoje seu único filho já tem sete anos. Bete conseguiu dar intervalos de 9 anos e sete anos entre uma gestação e outra. Bete, além de se apropriar do uso correto, também teve o apoio do marido, que apesar de querer muito um filho, respeitou sua decisão.

Também é importante frisar que, apesar do planejamento familiar fazer parte dos direitos sexuais e reprodutivos, no Brasil, ele está mais a serviço do controle do corpo e da sexualidade feminina (SANTOS R, 2016). Vale relembrar as políticas de controle demográficos através do controle da natalidade direcionados para os países pobres em que o Brasil aderiu, na década de 70. Período esse em que ocorreu o aumento das práticas de esterilizações definitivas como principal forma de controle da natalidade, principalmente, na população pobre e negra (BATISTA, 2015).

O feminismo negro brasileiro vem, desde os anos 80 e 90, denunciando a prática de esterilização de mulheres negras como estratégia de diminuição desta população.

Na época, a pressão do movimento de mulheres negras impulsionou o Congresso Nacional Brasileiro a criar uma Comissão Parlamentar Seminário Mista de Inquérito (CPI), a chamada CPI da Esterilização. A referida CPI apurou a ocorrência de prestação inadequada de serviços oferecidos por instituições privadas que financiavam métodos contraceptivos, incluindo os irreversíveis, como as laqueaduras tubárias nas regiões mais pobres do país. Estes fatos foram considerados pelo movimento de mulheres negras como formas de diminuir o contingente populacional de pobres e negros. (ASSIS, 2017.p 4-5)

Em 1996, com a promulgação da Lei 9.263, foram estabelecidos os critérios para a esterilização definitiva. A lei determina a necessidade de haver a autorização do casal, assim como interdita que a esterilização definitiva seja realizada durante partos cirúrgicos (BATISTA 2015; FREITAS, 2018). No entanto, a pesquisa desenvolvida por Freitas (2018) encontrou casos de laqueaduras irregulares, tanto em mulheres que tiveram a esterilização definitiva realizada a partir de uma cesariana por demanda delas ao médico ou médica, como o caso extremo de uma laqueadura compulsória. Neste último caso, o médico, durante o pré-natal, tentou convencer a mulher a fazer o procedimento no parto porque ele julgou que ela já tinha tido muitos filhos. A recusa da mulher a tal procedimento não foi um limitante, pois ele realizou contra a vontade da paciente. Hoje esta mulher luta pelo direito de uma cirurgia reparadora.

A incapacidade do Estado de efetivar a política de planejamento familiar, garantindo os direitos e a saúde sexual e reprodutiva, coloca-nos diante da necessidade de tipificar como uma violência obstétrica institucional as seguintes situações:

- a) O não-acesso às medidas de planejamento familiar (métodos contraceptivos, informações e ações educativas quanto ao seu uso correto) de forma que envolva também os homens nas suas responsabilidades da concepção e seus desdobramentos na criação dos filhos;
- b) A utilização do planejamento familiar como forma de controle dos corpos e sexualidade das mulheres;
- c) As formas inadequadas da esterilização definitivas (marcar uma cesariana para fazer a laqueadura ou usar da assimetria da relação que se estabelece entre profissionais de medicina e pacientes para persuadir uma mulher que ela não tem condições socioeconômicas de ter mais um filho) ou da laqueadura compulsória.

Os efeitos dessas violências, que decorrem das necessidades contraceptivas não atendidas, foram trazidos pelas mulheres da PesCuIdado nas seguintes situações: gestações indesejadas, mudança de planos de estudo/trabalho das mulheres que são culpabilizadas ou unicamente responsabilizadas pela gestação, no empobrecimento das mulheres e na acentuação das desigualdades de gênero. Vale ressaltar que, com base nos demais estudos trazidos para essa reflexão, pode-se encontrar efeitos dessa violência na vulnerabilidade para outras violências de gênero, como na interrupção definitiva da vida reprodutiva. A exemplo disso, as laqueaduras compulsórias que fazem com que o “antes da gestação” seja um período definitivo.

Privar as mulheres do acesso ao planejamento familiar e seus métodos contraceptivos coloca em risco as suas vidas, uma vez que aumenta as situações de abortamento inseguros, principalmente nas mulheres negras, que elevam os índices de morbimortalidade para este grupo.

É preciso ter atenção para o fato de que o acesso ao planejamento familiar das mulheres negras, quando não gera autonomia, empoderamento sobre sua sexualidade e decisões reprodutivas, pode estar a serviço de estratégias eugênicas e necropolíticas. Isso dito porque, como foi visto, as mulheres negras e quanto mais escuro for o tom de sua pele, são as mais privadas do acesso às ações de planejamento familiar, liderando os índices de gestações indesejadas e também se constituem o principal alvo das laqueaduras compulsórias. Diante do desfecho de uma gravidez indesejada, estão vulneráveis ao aborto inseguro e, conseqüentemente, da morbimortalidade materna. Já nas laqueaduras compulsórias, assistimos à interrupção de sua vida reprodutiva. São, portanto, duas forças que servem à política eugenista e aspiração de branqueamento da nação, expressas em não deixar nascer ou deixar morrer.

5.3 As narrativas das mulheres sobre como a “violência obstétrica secundária” ou “por compaixão” repercutem nas suas decisões reprodutivas

Algumas mulheres que passaram por história de abortamento ou partos dolorosos desenvolveram medo de morrer caso engravidassem, como será visto mais adiante, quando formos discutir as experiências delas após sofrerem uma violência obstétrica. A história de Jamile se destaca porque refere um medo antigo de engravidar e morrer no parto, desde sua adolescência, em decorrência do que chamarei de “violência obstétrica secundária” porque não foi sofrida diretamente por ela. Também trago o caso de Guilhermina, que pode nos levar a pensar que acompanhar histórias de mulheres que morreram no parto poderia ter construído uma opção por não ser mãe.

Jamile foi exposta a duas situações em que mulheres que passaram por violência obstétrica tiveram suas vidas comprometidas, uma faleceu e outra desenvolveu problemas psíquicos. Essas vivências traumatizaram Jamile e fizeram com que passasse todo o período gestacional com medo de morrer no parto. Possivelmente, pode ter sido uma força que também interferiu nas suas decisões reprodutivas, levando-a a retardar a primeira gestação e suspender definitivamente sua vida reprodutiva após o primeiro parto.

Quando Jamile tinha aproximadamente 17 anos, seu pai trabalhava como segurança na TV Asa Branca⁴⁹, onde uma das jornalistas da emissora faleceu durante o parto. Esse fato foi muito explorado na mídia local. Nas oficinas e na entrevista, Jamile associa essa história triste ao seu medo de engravidar. Achava que, se engravidasse, morreria no parto. Quando recebeu a notícia de que estava grávida, a primeira coisa que pensou foi que iria morrer. Esse medo esteve presente durante toda a gestação e, hoje, quando pensa em engravidar novamente, a primeira coisa que lhe vem à mente é que irá morrer no parto.

Ao longo das oficinas, Jamile foi trazendo a história da sua irmã Jaqueline, a qual teve dois partos muito traumáticos. Jaqueline, no primeiro parto, ficou com restos de placenta, ou como elas comumente referem, restos de parto. Assim, precisou retornar ao hospital para novos procedimentos. A curetagem aconteceu sem anestesia, provocando sofrimento intenso. A infecção não cedeu e foi necessário a realização de uma cirurgia, na qual ela levou mais de cinquenta pontos. Após o primeiro parto, Jaqueline foi diagnosticada com uma depressão severa que transformou toda a sua vida. Desde então, ela tem ciclos entre momentos estáveis e episódios em que abandona a casa e a família ou adota comportamentos que colocam em risco a própria vida, fazendo com que a família fique em permanente estado de tensão. Segundo Jamile nos conta, a família vive esperando notícias fatídicas.

Na oficina que trabalhamos os “confetos” do parto, Jamile, ao se ver na mesma situação da irmã, pensa que não aguentaria e morreria. Na oficina sobre os efeitos da violência obstétrica, Jamile não trouxe a sua história, mas a de Jaqueline.

Embora o medo de morrer associado ao parto seja muito forte, ela nega que este medo foi o responsável por ela adiar por dez anos a gestação e por não querer ter mais filho. Ela refere que adiou ao máximo a gestação para aproveitar mais o casamento e que não quer mais ter filho porque trabalha fora e criança dá muito trabalho. No entanto, a primeira coisa que pensou ao receber a notícia de sua gravidez foi que ia morrer no parto. Essa preocupação ainda persiste:

Verônica: Se você engravidasse hoje, o que é que era a primeira coisa que você ia pensar?

Jamile: Na morte.

Verônica: Na morte? Sempre que você pensa na gravidez pensa na morte?

Jamile: É. Porque assim... Eu penso também em muitas que morrem na casa de saúde.

Verônica: Conhece mulheres que morreram lá?

Jamile: Não. Eu não conheço, mas passa na televisão, né?

No processo de leitura flutuante do material de campo, pude analisar de forma longitudinal essa história e me vem a impressão que, na psiquê de Jamile, Jaqueline teve sua

49 TV local afiliada a Rede Globo

vida, como era antes da gestação, destituída. Não uma morte real como da jornalista, mas simbólica. E essa morte simbólica parece ter força suficiente para instalação deste medo, embora não haja uma verbalização dela direta nessa articulação. Desse modo, como não foi diretamente associada por Jamile, trata-se de uma suposição, situando-se como um elemento do campo do inconsciente.

Outra história que me marcou foi a de Guilhermina. Durante as oficinas, ela trouxe muitas histórias de morte no parto que ocorreram na comunidade. Como sua mãe era uma referência local, as mulheres sempre a procuravam para socorrê-las. Além das mulheres da comunidade, conta-nos que sua avó morreu no parto. Quando a mãe de Guilhermina engravidou do seu último filho, ela não falou a idade que a mãe tinha, mas referiu que ela já era avó. O contexto da idade da mãe, somado às demais histórias, principalmente da avó, fez com que Guilhermina ficasse muito preocupada. Identifiquei na pintura de parto de Guilhermina um mar de sangue. Perguntei se tinha sentido para ela associar as histórias que nos contou e sua opção de não querer ter filhos. Ela acredita que não. Falou-nos que não quis ser mãe por outros motivos. Segui o caminho da reflexão de que há uma pressão social muito grande para que as mulheres tenham como única sina na vida a procriação. Guilhermina, assim como qualquer mulher que não quiser ser mãe, precisa ser respeitada e acolhida na sua decisão. Ela nos conta que teve gestações do coração, ajudou uma irmã a criar seus filhos e agora seus sobrinhos netos. Ela é uma mulher que se mostra empoderada de sua vida, ama a liberdade e viajar. Fala-nos que está feliz com a forma como vivencia este amor de “mãe do coração.”

A história de Guilhermina nos faz interrogar se a pressão social para que as mulheres assumam o papel de mães pode violar a mulher que decidiu não ser mãe? Se sim, até que ponto? Esta é uma resposta que não iremos conseguir desvendar no presente estudo, ficando como questão para futuras pesquisas.

A história de Guilhermina também me fez lembrar de uma roda de mulheres que participei em Caruaru, antes do doutorado. Nessa roda, uma mulher nos relatou que, ao ver uma pessoa da família passar por um parto repleto de humilhações, procedimentos dolorosos e sofrimento, decidiu que não teria filhos, o que deteriorou sua relação com o marido. Ela nos falava aos prantos, sua emoção se dava pela liberação da memória, mas também por estar conhecendo novas formas de parir, pois apresentávamos o parto humanizado. Dizia-nos se soubesse que parir poderia se dar de outra forma, talvez sua vida fosse outra.

Essas histórias nos convidam a refletir como a vivência de dor, sofrimento e morte durante o parto pode extrapolar as mulheres violadas, atingindo outras mulheres próximas, e pode influenciar as suas vidas sexual e reprodutiva. Ou seja, o ato da violência não é direcionado

para elas, porém, elas são atingidas e vitimizadas de forma secundária. A história de Jamile em relação a como ela foi atingida pela morte da jornalista, também nos leva a pensar que, neste caso, a violência obstétrica é direcionada para ela enquanto telespectadora. A mídia, ao espetacularizar o sofrimento e morte de outras de forma apelativa e sensacionalista, assume um papel de perpetradora da violência e atinge mulheres distantes das que foram violadas.

Assim, trarei duas reflexões. Na primeira, compartilharei o que achei na literatura acadêmica sobre o medo de morrer no parto. Na sequência, analisarei o papel contraditório que a mídia pode vir assumir na geração, combate e resistência à violência obstétrica, em especial focando no seu papel na instalação e perpetuação do medo de morrer no parto.

As preocupações das gestantes associadas a dor e morte no parto é um fenômeno universal (PACHECO, *et al*, 2005), porém, tive muita dificuldade de encontrar referência desse medo em pesquisas que o identificasse no período anterior a gestação. Cavalcante (2007), que desenvolveu um estudo focado nos sentimentos das gestantes durante o trabalho de parto, identificou o medo em quase todos os depoimentos das mulheres pesquisadas, sendo mais comum o medo da dor e da morte. Refere que a possível origem desses medos está ainda na infância, a partir das histórias de outras mulheres ou pela pouca informação no pré-natal, porém, a autora não aprofunda esta reflexão.

As demais referências que encontrei são associadas apenas à gestação ou ao momento do parto e tanto estão relacionadas ao medo da própria morte ou quanto à morte do bebê. Silva (2004) associa entre as fantasias das adolescentes gestantes o medo de morrer no parto. Barros (2015) encontrou na sua pesquisa o depoimento de uma adolescente (14 anos) com gestação gemelar, com medo da sua morte e de suas filhas. Muniz (2013) e Vidal (2017) encontraram depoimentos de mulheres que, ao relatarem as suas trajetórias de parto na maternidade, referem que foram acometidas pelo medo da morte, sua ou de seu bebê.

Alguns trabalhos referem o medo de morrer no trabalho de parto associados a partos traumáticos ou violência obstétrica. Zambaldi *et al* (2009) citam pesquisas que demonstram que mulheres que tiveram partos traumáticos referem medo da sua própria morte como também de seu bebê. Rodriguez (2014) e Sá (2015)⁵⁰ trazem nos seus resultados o medo de morrer diante de situações de obstáculos de acesso ao serviço e pela falta de apoio institucional. Daneluci (2016) trouxe o relato de uma mulher que, no momento do trabalho de parto, teve medo de morrer ao

50 Estes autores apresentam os mesmos dados e estrutura de texto muito próxima, o que parece se justificar, porque fazem parte do mesmo projeto de pesquisa. Referem o Projeto Violência na assistência obstétrica no processo parturitivo da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro: percepção de mulheres/puérperas, desenvolvido na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

sentir o coração acelerado e sentir o coração da bebê batendo após a aplicação da ocitocina. Salgado *et al* (2010) trazem o depoimento de uma parturiente que sentiu o medo de morrer durante o parto quando o bebê estava nascendo e a médica pediu para que ela segurasse o nascimento, porque não tinha terminado de cortar (episiotomia?).

Este medo da morte que ronda a cena do parto é associado a uma crise de legitimidade da medicina em Aguiar (2010):

O medo de morrer ou de perder o filho é o mais forte e mais frequente, dentre tantos medos. É um medo que acompanha a maioria das mulheres neste momento e que é a base para a dependência da autoridade médica: sem assistência médica o risco de morrer é maior. É de senso comum entre elas que o parto é naturalmente um evento perigoso e de risco de vida tanto para mulher quanto para o bebê. Os médicos e hospitais teriam o poder de evitar este risco (legitimidade), mas se a assistência for ruim tanto a paciente quanto o seu filho pode morrer, seja por negligência ou por erro médico. Portanto, o medo de ser maltratada ou de não ter assistência adequada coloca a dependência que sustenta a autoridade médica numa situação bastante crítica: elas não cogitam o parto extra-hospitalar em uma cidade como São Paulo, mas ao mesmo tempo tem sérias desconfianças da qualidade da assistência recebida e dos seus resultados já que por vezes percebem os profissionais como pouco comprometidos em seu trabalho e no cuidado delas. (p. 79-80)

Outra questão importante de refletir é como a mídia contribui na instalação desse medo. No dossiê, *Violência obstétrica: parirás com dor*, há um reconhecimento da importância do trabalho midiático em fazer conhecer os direitos das mulheres no parto e divulgar a sua não garantia que leva à violência.⁵¹ No entanto, a mídia tem tradicionalmente o potencial para ser perpetradora da violência obstétrica, quando promove violência psicológica e divulga notícias falsas sobre as vias de parto, favorecendo o modelo de parto cirúrgico. Neste sentido, o relatório tipifica um tipo de violência obstétrica de caráter midiático. A exemplo disso, cita as notícias ou propagandas que incentivam o parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal. No caso de Jamile, identificamos os efeitos dessa hipereposição midiática em torno da morte desta jornalista, o que também deve ter sido potencializado pela aproximação em decorrência do trabalho de seu pai na mesma empresa da jornalista.

Aqui, gostaria de fazer uma pequena pausa no caminho da pesquisa e trazer um pouco da minha observação assim que cheguei em Caruaru, em 2013. Percebi que havia muitas

51 A respeito, vale ressaltar que foi nas redes sociais o conhecimento da violência obstétrica foi disseminado no país e só posteriormente a mídia tradicional adentrou no tema. Um excelente registro deste período está em Sena (2016), que demonstrou como os avanços históricos ocorridos na Venezuela e Argentina foram trazidos ao país dando nome ao sofrimento de diversas mulheres no país, fortalecendo a luta pelo parto humanizado e inaugurando uma nova luta: o enfrentamento da violência obstétrica. Este fenômeno social ocorreu diante da capacidade das redes sociais de promoverem interação com o público e de sua velocidade de disseminar informações.

notícias de morte e horrores na maternidade municipal denunciadas na mídia. Nas comunidades que tive a oportunidade de fazer rodas de mulheres, a maternidade era referida com nomes pejorativos, como açougue ou matadouro e as mulheres nos traziam seus medos de parir lá.

A narrativa da Secretaria Municipal de Saúde demonstrava que o número de mortes nesta maternidade estava dentro dos números esperados, de acordo com o tipo e número de partos que realizava, chegando a ser menor que outras maternidades, inclusive, privadas. Hoje, revisitando estas memórias, iluminadas pelo que me ensinaram as mulheres e a academia sobre este tema, talvez o que mais chocava era a forma como os óbitos ocorriam, pois se tratava claramente de negligências e atos desumanizados. Por outro lado, era prato cheio para um tipo específico de jornalismo que espetacularizava o sofrimento através de uma hipertextualização.

É preciso reconhecer que a mídia, de um lado, estimulou o poder público de Caruaru a desenvolver uma política de humanização do parto. Foi nesse contexto que a UFPE recebeu o convite de participar de uma ação intersetorial que culminou com o projeto Nascer Bem Caruaru (PNBN), do qual, como já relatado, participei. Após o PNBN realizar todas as transformações de qualificação do pré-natal e da estrutura e processo de trabalho na maternidade, alcançando resultados importantes na humanização do parto e nascimento, percebemos que as mulheres ainda estavam impactadas pela mídia e pela cultura da dor. Uma das ações para fazer face a este problema foi a Secretaria Municipal de Saúde realizar uma reunião com a imprensa para apresentar as transformações para que estas também pudessem ser noticiadas.

Observamos, então, que, se de um lado a mídia cumpriu um papel fundamental para divulgar direitos, do outro, ao noticiar a dor, sofrimento e morte das mães e/ou de seus conceitos de forma espetacularizada, ela atuou também como perpetradora da violência, dada sua potencialidade de disseminar a cultura da dor e sofrimento no parto, assim como provocar traumas psicológicos, contribuindo na estruturação do medo de parir.

O trauma está associado a uma vivência de perigo ou ameaça da vida da pessoa traumatizada ou de alguém próximo (CÂMARA FILHO E SOUGEY, 2001). O trauma pode ser em decorrência de uma experiência traumática que aconteceu com a própria pessoa ou um trauma secundário, o que se dá pela conexão de empatia ou compaixão que a pessoa estabelece com a pessoa traumatizada, tal como acontece no trauma vicariante, transtorno do estresse do trauma secundário ou na fadiga de compaixão. Em geral, esses traumas estão associados a profissionais de saúde ou a categorias profissionais que atuam nas relações com pessoas em situação de trauma, como bombeiros, bombeiras, educadores e educadoras (LAGO, 2008). Mas o trauma ainda pode estar relacionado a uma experiência coletiva, como acontece nas

catástrofes ou na exposição midiática, quando, por exemplo, há um bombardeamento da notícia ou imagens da situação traumatizante pela mídia (BERCELI, 2007).

A vivência traumática de Jaqueline teve como efeito uma perda da autonomia e da vida saudável como era antes do parto e pode ter sido um fator que desencadeou na jovem irmã um trauma secundário⁵², contribuindo para a instalação do seu medo da morte no parto. Este é um processo que nos parece ainda inconsciente e que só percebi ao me distanciar do campo e realizar a análise de suas falas nas oficinas, especialmente, quando ela liberou o material inconsciente na sua viagem mítica e pintura. O que a aproxima do que foi referido por Cavalcante (2007), que indica que o medo de morrer no parto pode se instalar ainda na infância a partir das histórias de mulheres próximas.

Podemos supor que o luto desta morte simbólica foi reatualizado na morte da jornalista, dando um nome e um lugar psíquico mais admissível, como se tivesse sido mais fácil escutar a morte real desta jornalista do que a dor da morte simbólica de sua irmã. Esse luto vem sendo reatualizado nas demais mortes de mulheres no parto, que vem sendo palco de um espetáculo da dor e sofrimento pela imprensa.

Jamile afirma não conhecer mulheres que morreram no parto, seu medo decorre do que vê e escuta na TV, evidenciando que a mídia atuou na formação de medo. Isto é, a mídia é perpetradora da violência obstétrica quando ela transforma a dor e o sofrimento em espetáculo sensacionalista. No entanto, a literatura acadêmica tende a considerá-la apenas quando ela se contrapõe a qualquer modelo de parto que seja empoderador das mulheres. Como acontece quando a mídia faz propaganda do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Portanto, ao pensarmos na violência obstétrica de caráter midiático, faz-se necessário evidenciar também o papel da mídia sensacionalista, que noticia não para contribuir na construção e modelos de parto mais humanizado, mas para espetacularizar a dor e o sofrimento.

A história de Jamile nos revela uma das facetas que demonstram quão complexa e estruturada na sociedade é a violência obstétrica. Ela sofre, ao mesmo tempo, os efeitos secundários da violência proferida no corpo de outras mulheres e, por sua vez, é também violada psicologicamente, quando a mídia traz de forma violenta a notícia, espetacularizando-a de forma sensacionalista. Os efeitos dessa violência podem se traduzir num adiamento da vida reprodutiva ou até mesmo na sua supressão. Esses são efeitos e, ao mesmo tempo, estratégias para evitar passar pelo risco de morrer no parto.

52Aqui talvez poderíamos falar de um transtorno do estresse traumático secundário, no entanto, como não aprofundamos no campo, prefiro me referir a um possível trauma secundário. Isto é, não foi investigado, por exemplo, sinais clínicos demarcadores. Mas, vale o registro desta possibilidade para futuras pesquisas.

6 AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE SUAS VIDAS DURANTE A GESTAÇÃO

Na revisão da literatura, dentre os trabalhos selecionados durante a revisão do banco de dados da CAPES, encontrei poucas referências à violação de direitos ou atos que possam ser incorporados aos atos constitutivos da violência obstétrica no período da gestação. Dentre estes, as principais referências estão relacionadas à cultura cesarista, na qual as mulheres são induzidas ao parto cirúrgico pelos seus obstetras ainda no pré-natal. Na pesquisa, essa é uma violência encontrada apenas na narrativa de duas mulheres.

As mulheres produziram pinturas sobre as suas vivências da gestação, nas quais predominaram aspectos positivos, porém trouxeram também as dificuldades e suas estratégias de superação. A análise desta produção, somada à análise das narrativas nas entrevistas e oficinas, nos revelam situações que podem vulnerabilizar as mulheres para outras violências e outras que irei caracterizar como violência obstétrica no período gestacional. Os atores sociais que desencadearam os fenômenos observados ou perpetradores das violências são pessoas civis, profissionais de saúde e instituições.

6.1 Narrativa sociopoética das mulheres sobre suas vidas durante a gestação

As mulheres agruparam suas experiências na gestação a partir da representação dos sentimentos que expressaram nos títulos de suas pinturas. Sistematizaram suas produções em dois grupos:

Abandono, decepção, fé e superação- As mulheres deste grupo tiveram em comum que suas gestações foram marcadas pelo abandono ou ausência dos pais de seus filhos durante a gestação, uma das mulheres ainda enfrentou uma história de traição. Referem que todas superaram o abandono e decepção pela fé, pelo apoio da família e de outras mulheres.

Esperança para o mundo melhorar: amor de mãe não tem fim- O grupo trouxe três focos de discussão: o amor da mãe pelo filho, o apoio da família e a esperança. Para as integrantes deste grupo, o amor de mãe não tem fim. Também trouxeram reflexão da importância de terem tido apoio da família, mesmo as que foram abandonadas pelos pais de seus filhos. Ainda trouxeram a potência da esperança que seus filhos possam melhorar o mundo.

Quando o segundo grupo apresentou na plenária, algumas mulheres fizeram uma contra-análise⁵³, chamando a atenção que nem sempre as mães amam seus filhos ou demoram para sentir este amor. Inspirada no princípio da sociopoética que não há necessidade de consenso, mas de acolher a diversidade, busquei trazer para o grupo a reflexão que cada pessoa experimenta a relação com o filho de uma forma distinta. Falei, por exemplo, que os efeitos dos hormônios e o tipo de parto podem influenciar o apego da mãe com o bebê. Aqui, analisando os relatos, encontro como o apoio da família e do pai da criança também podem interferir no apego da mãe e no estabelecimento do afeto, como será visto mais adiante, ao refletirmos os efeitos da violência obstétrica.

Os dois grupos nos falam de como a gestação pode ser vivenciada de forma diversa e que o apoio e acolhimento que as gestantes recebem podem ser fundamentais no seu fortalecimento para superação das dificuldades. Enquanto o segundo grupo trouxe vários “confetos” que traduzem vivências positivas de suas gestações, o primeiro grupo nos apresentou representações marcadas pela dor das mulheres ao serem abandonadas pelos pais das crianças durante a gestação. No entanto, este grupo não só nos ensinou sobre as suas dores, mas também nos falou das estratégias de superação que encontraram no apoio da família, de outras mulheres e na vivência da espiritualidade.

6.2 Narrativa das mulheres sobre violências obstétricas e situações de vulnerabilidade vivenciadas no período gestacional

As mulheres trazem em suas narrativas a vivência de situações que se traduzem em violação de direitos e que as deixam vulneráveis às outras formas de violência ainda no período gestacional. Algumas dessas situações são bem retratadas na literatura, mas raramente associadas a um ato constitutivo da violência obstétrica.

6.2.1 As orientações para ser passiva no parto: boca fechada para não ser desassistida ou maltratada no parto

Como veremos mais adiante, na literatura e nas narrativas das mulheres, sempre que se fala de suas memórias de parto é bastante relatada um tipo de violência que se dá durante a assistência ao parto, quando as mulheres, através de gritos, reclamações e pedidos de cuidado,

⁵³ Na sociopoética, a contra-análise é referida ao momento em que a pessoa que facilita apresenta sua análise ao grupo e este faz sua análise podendo discordar ou acrescentar. Aqui, a contra-análise foi feita pelas integrantes do grupo pesquisador em relação ao outro grupo.

expressam qualquer forma de dor, sofrimento ou insatisfação. A violência se dá quando profissionais de saúde respondem com desprezo, maus-tratos e piadas jocosas.

Santos, R., (2016) refere que as mulheres logo que engravidam são orientadas para não gritarem ou reclamarem:

As mulheres quando engravidam e estão perto de parir, já vão orientadas por outras mulheres a como se comportar no hospital ou maternidade, ou casa de partos a não gritarem, não chorarem, para serem fortes porque senão ela vai ser maltratada e os profissionais deixam-na sozinha. (p.121)

Na pesquisa também identificamos estas orientações durante a gestação na narrativa de quase a totalidade das mulheres. Com exceção de Liliane, que pariu em Alagoas, todas as mulheres que participaram da pesquisa referiram que no período gestacional receberam essa instrução, no entanto, como veremos adiante, “ficar quietinha e de boca calada” não as livrou da violência obstétrica no momento do parto, mas pode ter atenuado a violência sofrida. Em geral, são as mães que as orientam, porém, todas as mulheres que tiveram a experiência do parto também podem assumir este lugar. Se, de um lado, essa postura fragiliza a mulher e faz naturalizar, invisibilizar e perpetuar esta violência e outras no momento do parto, por outro lado, se configura como uma forma encontrada para proteger as mulheres dos maus-tratos. Isto é, pode ser considerada uma violência, mas também uma estratégia de proteção para outras violências, mesmo que apenas diminua as violências sofridas ou não seja bem-sucedida.

6.2.2 O parceiro íntimo que abandona ou agride a mulher

Como já visto, tanto as leis da Venezuela, da Argentina e os projetos de leis do deputado Jean Wyllys e da deputada Talíria Petrone e outros fazem referência que a violência obstétrica é perpetrada por profissionais de saúde. O documento *Parirás com dor* amplia os perpetradores tanto para as instituições como para civis. Nessa perspectiva, é importante reconhecer alguns fenômenos que podem ser reconhecidos como violência obstétrica durante o período gestacional e que são perpetrados pelos parceiros íntimos: o abandono ou violência física das mulheres na gestação.

No contexto do presente estudo, o abandono dos pais foi referido por Beth, Cristiane, Liliane, Maria Antônia e Solange. Apenas Maria Antônia refere que era casada e encontrava-se na faixa etária acima dos 25 anos, as demais eram adolescentes. Joaquina não foi abandonada pelo marido, mas o distanciamento deste foi referido várias vezes e ela retratou a gestação como um período de solidão.

Ser abandonada e desamparada pelos pais de seus filhos desde a gestação precisa ser considerado também uma violência obstétrica, pois, deixar a responsabilidade da criação, os cuidados necessários e sustento material dos filhos unicamente com as mulheres compromete os estudos e a vida profissional, como já referido anteriormente. Além disso, interfere na vida afetiva, sexual e reprodutiva das mulheres, pois pode se constituir como um dificultador para que consigam reconstituir suas vidas nestas dimensões. Algumas mulheres referiram um tempo considerável para reestabelecer novos vínculos, Bete referiu um período de três anos e Maria Antônia 10 anos.⁵⁴

Leal *et al* (2005) chamam atenção para que os efeitos deletérios desta violência se expressam mais intensamente nas mulheres negras e quanto mais escuro for a cor da sua pele.

Quanto à situação conjugal, observa-se maior percentual de mulheres brancas e pardas vivendo com os pais de seus bebês, e 83,1%, em relação às negras, 75,6%. Embora não sejam elevados os percentuais de mulheres que declararam ter tentado interromper a gestação e ter sofrido agressão física durante a gravidez, o valor encontrado entre as negras foi de 9,1% e 5,1% respectivamente, mais que o dobro do observado entre as brancas.⁵⁵ (p.102)

Ainda é um fator que ataca a potência das mulheres para assumirem seu lugar de decidir livremente sua vida sexual e reprodutiva e as expõe a outras violências, haja vista que as mulheres sem companheiros estão entre o grupo de mulheres vulneráveis aos maus-tratos na hora do parto e nascimento de seus filhos (DINIZ, 2009; MCCALLUM, MENEZES & REIS, 2016).

Esse desamparo em que as mulheres se encontram pode levar a situações de risco para as suas vidas. Isso porque pode levar as mulheres a optarem por um aborto inseguro, assim como ser um fator que aumenta a vulnerabilidade para o homicídio e suicídio no período gestacional e puerperal (LIMA, 2020, DURAN 2006 e NASCIMENTO, 2018).

As mulheres da pesquisa, como já relatado, encontraram nas suas famílias e em outras mulheres o apoio necessário para superar essa violência. Régis (2016) refere a trajetória de uma das mulheres de sua pesquisa que ficou desempregada e sem apoio do pai da criança e contou com o apoio de outras mulheres. Vidal (2017), na sua pesquisa, refere a história de uma mulher que teve dois contextos gestacionais. No primeiro parto, estava num contexto psicoemocional e socioeconômico favoráveis, com apoio da família. Já no seu segundo parto, as discussões e o

54 Como esta questão só foi percebida na análise, não foi alvo de questionamentos no encontro entre os depoimentos, por conta disto, não identificamos como se deu nas demais mulheres.

55 Onde se lê negra nesta citação, vale relembra que o termo correto é preta. Pois, no Brasil (e nas obras posteriores desta autora) se adota a convenção do movimento de mulheres negras e do IBGE que classificam mulheres negras para as mulheres pardas e pretas.

final do relacionamento com o pai da criança foram potencializados por lhe faltar a rede de apoio de outras mulheres, se constituindo como um fator dificultador deste parto.

A violência por parceiro íntimo (VPI) foi relatada apenas por uma das mulheres⁵⁶, contudo, é um grave problema de saúde pública que, mesmo que não seja aprofundado, precisa ser pontuado neste estudo. Maria Antônia nos contou que sofreu violência por parte do pai de seu filho. Entre os risos de todas, narrou-nos que não deixou barato, pegou um facão e o colocou para correr. Diz que nunca mais ele tentou agredi-la.

A VPI é um problema relevante de saúde pública. Levantamentos internacionais revelam que uma em cada quatro mulheres podem sofrer violência física ou sexual na gestação. A prevalência de VPI em mulheres gestantes varia entre 3,2% até 43,1%, de acordo com o país, a metodologia e contextos social e cultural. No Brasil, os inquéritos têm resultados que variam entre 8 e 16% de prevalência nas distintas regiões do país. Nos diversos estudos, a violência psicológica é a principal violência que as gestantes sofrem de seus parceiros, seguida da violência física e sexual. Além dos altos índices, esse tipo de violência pode trazer impactos severos na saúde gestacional, da mãe e de seu concepto. (PUCCIA & MAMED, 2012; DURAND 2006).

Muitas mulheres não conseguem escapar desse tipo de violência, chegando a perderem suas vidas. Esse é um crime tipificado na legislação brasileira como feminicídio de gestantes. Segundo Nascimento *et al* (2018), o fato da morte por causas externas⁵⁷ não ser incluída entre as causas da morte materna direta ou indireta⁵⁸ leva que este fenômeno seja raramente estudado. As autoras nos dão ideia da gravidade dessa questão ao estudarem mulheres no ciclo gravídico-puerperal que perderam a vida por causas externas no Estado de Pernambuco, no período de 2006 a 2014. O homicídio configurou a principal causa mortis nos dois períodos da vida reprodutiva estudados. São mulheres que se caracterizaram por estarem na faixa etária de 20-49 anos, não serem brancas e estarem sem parceiros.

56 Vale ressaltar que não foi foco do nosso estudo, este foi um achado do campo no momento da análise. Por conta disto, não foi investigado em maior profundidade. Provavelmente, outras situações de VPI psicológica tenha estado nas entrelinhas das narrativas, mas como não havia mais condições de vivenciar a última fase da pesquisa, após a análise de volta ao campo para elucidar questões como estas, não serão mencionadas para não se correr o risco de uma hipótese sem possibilidades de averiguação. Deste modo, sugere-se em próximas pesquisas o aprofundamento do tema.

57 Nascimento *et al* (2018) aponta que são mortes causadas por “acidentes de carro, afogamento, envenenamento ou quedas, além de violência, como agressões, homicídios, suicídio e abuso sexual.”

58 Segundo as mesmas autoras “As mortes diretas estão relacionadas a complicações na gravidez, parto e após o nascimento do bebê. Incluem intervenções, omissões ou tratamento incorreto, ou eventos resultantes de qualquer um destes itens. As mortes indiretas estão relacionadas a doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gravidez, mas não por causas obstétricas diretas, embora possam ter se agravado pelos efeitos fisiológicos da gravidez”

6.2.3 A cultura cesarista na gestação

Entre as teses e dissertações selecionadas para a revisão do referencial teórico deste estudo, a violência obstétrica durante a gestação mais referida foi a persuasão para um parto cirúrgico sem indicação médica, ou seja, a cultura cesarista. Silva (2017) refere ter se sentido violada por não ter sido respeitado seu desejo por um parto normal, ora não sendo estimulada pelos médicos, ora sendo desacreditada ou até mesmo enganada. A autora nos lembra os dados da Pesquisa Nascer no Brasil que encontrou 70% das gestantes com o desejo de terem filhos por parto normal no início da gestação, ao final, apenas 20% conseguiram realizar o parto não cirúrgico. A pressão para o parto cirúrgico se dá desde o pré-natal, já nas primeiras consultas. e segue com a dificuldade de achar no serviço suplementar médicos que não sejam cesaristas (PALHARINI, 2015). Também é citado no depoimento das mulheres que existe uma pressão vinda da sociedade e da família pelo parto cirúrgico (PULHEZ, 2015). Essa é uma violência que marca profundamente a vida das mulheres, afetando a autoestima, o poder pessoal de acreditar que é possível parir. assim como um sentimento de apagamento da experiência vivida no parto (RÉGIS, 2016).

Enquanto a violência obstétrica durante a gestação que foi mais citada na academia se refere à presença da cultura cesarista entre os ginecologistas que vão persuadindo com várias estratégias as mulheres para optarem por um parto cirúrgico, pré-agendado e sem indicação médica, na nossa pesquisa encontramos essa referência apenas em duas mulheres que tiveram acesso a planos de saúde em seus últimos partos.

O parto cirúrgico sem indicação médica foi ofertado ainda no pré-natal para as duas mulheres que conseguiram ter acesso à saúde suplementar nas suas últimas gestações. Joaquina, em 2008, aceitou por ter muito medo de passar pelo sofrimento que foram os partos anteriores. Bete, em 1994, por sua vez declinou a oferta do médico, porque não queria mudar o dia certo da sua filha nascer.

Quando eu fiz o pré-natal, tudim dela direitinho... aí o médico... nesse tempo o médico perguntou... veja mesmo, naquela época com o plano que eu tinha perguntou se eu queria fazer um cesário. Eu disse, não! Eu quero ter normal porque eu quero saber a data do aniversário dela também. (BETE, entrevista)

As duas tiveram o primeiro parto com muito sofrimento. No segundo parto, Joaquina ainda sofreu bastante até ser conduzida para uma cesariana de emergência. Bete teve um parto rápido, a única intervenção foi o uso da ocitocina, o que ela gostou porque acredita que fez o parto ser mais rápido. Vale ressaltar o desfecho deste último parto de Bete, no qual recusou o

parto cirúrgico, ela não teve nenhuma intervenção. Chegou na maternidade, só deu tempo de deitar-se na mesa e sua filha nasceu.

O que me faz indagar, isso seria um reflexo do branqueamento da academia, com lentes mais sensíveis para seus próprios problemas e uma certa dificuldade de olhar para além, principalmente, para os desafios que encontram as mulheres pobres e negras? Esta é uma questão que lanço, para estudos futuros.

6.2.4 A violência institucional por não acesso ou acesso deficitário ao pré-natal

Durante as oficinas e entrevistas, foram identificadas vivências relacionadas ao pré-natal que se apresentaram como violação de direitos, uma vez que expôs as mulheres e seus filhos a riscos e vulnerabilidades de morbimortalidade materna e infantil, como também a outras formas de violência obstétrica. Dentre essas situações, destacam-se a falta de acesso ou um acesso deficitário ao pré-natal e a oferta de cesariana sem indicação clínica.

Aparecida e Maria Antônia relataram nunca terem tido acesso ao pré-natal, suas gestações se deram, respectivamente, de 1964 a 1987 e de 1976 a 1977. Bernadete referiu que não fez pré-natal de quatro gestações. Ela teve oito gestações, informou-nos apenas os anos de duas, da primeira em 1983 e da segunda em 1985.

Aparecida teve treze filhos naturalmente, em casa, e em duas gestações teve complicações. Uma situação de abortamento e com o “derradeiro” ela teve complicações por ter sido muito grande, precisando ir para maternidade. Das quinze gestões, apenas 6 filhos sobreviveram, os demais morreram na primeira infância.

Maria Antônia teve duas gestações, o primeiro parto ela refere não ter tido nenhuma intervenção e o segundo a sua filha nasceu morta. Ela teve sozinha na maternidade, não deu tempo de chegar assistência.

Bernadete, na primeira gestação, fez consultas a partir do sexto mês. Na segunda gestação e em mais três delas, não fez pré-natal. Ela refere que morava na zona rural de difícil acesso. Mas, na sua narrativa, identificamos que, além desta dificuldade, não foi realizado com Bernadete um trabalho educativo sobre a importância do pré-natal.

Eu fiz pré-natal no posto de Xucuru. Comecei fazer o pré-natal lá. Aí eu tava com 6 meses quando eu comecei o pré-natal. Aí passou uma vizinha e disse: “tu não faz o pré-natal não? Por que tu não vai pra o posto fazer o pré-natal?” Aí eu disse: o que é isso? (...) Nem sabia o que era. “Não, menina, pra ver tua barriga, saber teu filho como tá...” aquela coisa toda. (...) Não fizeram ultrassom, não fez nada, né? só o pré-natal mesmo. Só media a barriga, via o tamanho, dizia: “Seu menino tá muito grande...” aquela coisa toda... “Tá tudo bem...” pronto! aí com pouco tempo fui ter ele, aí tive. Pronto! (BERNADETE, entrevista)

Associa não ter feito pré-natal às gestações que teve abortamento ou em que as três filhas morreram precocemente. “Do aborto eu não fiz. Depois eu tive outro também não fiz. Aí eu tive três e não fiz pré-natal. (...) Realmente foi as três que morreram!” (BERNADETE, entrevista). Ao analisarmos a sua narrativa, podemos perceber que não ter acesso ao pré-natal é apenas um reflexo da dificuldade de ser atendida nos serviços de saúde em geral, tanto para as suas necessidades como de seus filhos.

Na segunda gestação, Bernadete teve uma dor de dente muito forte que evoluiu para um abscesso que supurou, diz que não tinha dinheiro para ir à cidade procurar assistência. Ao seu socorro veio o seu patrão com comprimidos de tetraciclina. Ao tomar os comprimidos, passou mal. Ainda se culpa, pois acha que pode ter sido os comprimidos que a fizeram perder o bebê.

Os falecimentos das suas três filhas também seguem a lógica de exclusão social. A primeira destas faleceu com 3 meses e quinze dias, a segunda com um mês e quinze dias e a terceira com um ano e 3 meses. As mortes neste período da vida, como sabemos, estão associadas à falta de acesso à assistência à saúde, tanto do pré-natal como no puerpério. Duas de suas filhas ela não sabe nos falar a causa do óbito, pois não teve assistência. A última que faleceu, quando ela já estava morando numa cidade maior, teve assistência já quando o caso agravou e teve como porta de entrada o hospital, desta ela refere que a causa da morte foi anemia, mas não sabe explicar por que a criança teve anemia.

As narrativas das mulheres também nos fazem refletir que, para além do acesso, é também importante indagarmos a qualidade deste serviço. Solange, Joaquina, Liliane e Cristiane referiram ter feito o pré-natal, no entanto, trazem elementos que nos sugere terem sido deficientes.

Solange teve sua gestação em 1979 e referiu que fez todas as consultas do pré-natal, num posto distante de sua casa (no centro da cidade). Apesar de ter realizado todas as consultas, teve um filho de baixo peso e que faleceu no 19º dia de vida.

Joaquina fez todas as consultas agendadas no pré-natal das quatro gestações. Na segunda, em 2001, fez um exame de ultrassonografia no sistema privado e teve um diagnóstico que o feto estava sentado. Ela não sentiu mudança na posição do bebê, mas o mesmo exame realizado posteriormente no postinho teve o diagnóstico de que o bebê estava na posição correta. Mas ela nos afirmou que sabia que isso não tinha acontecido, pois ela sentia o bebê na mesma posição. Falava para a equipe da maternidade que seu bebê não tinha virado, que estava na mesma posição e não ia nascer. Ela refere que sofreu muito até a equipe decidir por um parto cirúrgico que findou por ser de emergência. Ela acredita que demoraram muito para tomar esta decisão e, por conta disto, seu filho teve comprometimento respiratório. Segundo a médica da

UTI onde seu filho ficou por quinze dias, ele aspirou líquidos no ventre por conta da intervenção tardia.

Cristiane teve seu primeiro parto em 2013, precisou fazer seu pré-natal em outra comunidade com medo e vergonha da enfermeira do postinho que, na sua avaliação, era grosseira e pegava no pé.

Também encontramos depoimentos das mulheres que chegaram ao momento do parto sem se apropriarem de informações e conhecimentos importantes. Esse fato foi observado mesmo em mulheres que referiram ter tido acesso ao pré-natal. Aparecida, que não teve acesso ao pré-natal e engravidou muito jovem, em 1964, refere o quanto estava desamparada com tantas mudanças no seu corpo e não contava com quem esclarecer suas dúvidas.

Quartoze anos! Olhe, eu não sabia de nada. Eu era muito inocente. Não sabia de nada na vida. Não sabia o que era que ia enfrentar, não sabia... pra mim tudo tava bom. (...) Quando se mexia, aí eu dizia: meu Deus! Aí eu olhava pra minha barriga, eu dizia: meu Deus do céu, como é que minha barriga vai ficar? Eu... se mexendo. Como é que... eu pensava assim... vê a maturidade da pessoa. O pensar. Meu Deus do céu, como é que ele tá respirando dentro de mim? (APARECIDA, entrevista)

Dentre as mulheres que tiveram acesso ao pré-natal, também encontramos referências a situações na qual elas se sentiram constrangidas, surpreendidas e mais vulneráveis aos maus-tratos por chegarem na maternidade sem ter acesso à informação ou conhecimento sobre a dinâmica do parto com suas fases biológicas e psicoemocionais; os procedimentos que não são rotina e se configuram como violência obstétrica; os métodos não farmacológicos para aliviar a dor; exercícios para preparar os seios para a amamentação. Liliane, que teve seu filho em 2016, referiu que apenas lhe informaram o momento de ir para maternidade: quando a bolsa estourasse. Ela foi amarrada durante a cesariana e não sabia que isso não deveria acontecer. Jamile que, teve seu filho em 2012, e Cristiane, em 2013, nos falaram que não lhes foram informados ou ensinados os exercícios para formar o bico do seio. Em decorrência deste não acesso ao conhecimento, elas foram duramente repreendidas e torturadas com atos violentos sobre seus seios no puerpério, como será visto em detalhes quando formos descrever o parto e puerpério. Em decorrência da violência sofrida na maternidade, como será visto adiante, ambas tiveram problemas na amamentação de seus filhos.

Ter acesso ao pré-natal assim como acesso ao planejamento familiar, é um direito fundamental à vida e expressão da cidadania. Isso se dá tanto pela importância do pré-natal na reversão da morbimortalidade materna e infantil como também porque sua expansão e qualificação é fruto da luta democrática e popular de vários campos, em especial das mulheres e da saúde. Mas, infelizmente, as mulheres o experienciam de forma diferenciada segundo vários

demarcadores sociais, econômicos e de raça/cor. Assim, podemos dizer que é uma violência de gênero que acentua as desigualdades.

O pré-natal se constitui de ações interdisciplinares que têm por objetivo fundamental garantir uma gestação saudável visando a saúde da mãe e de seu bebê. O pré-natal, portanto, é um importante parâmetro para se avaliar a saúde materno e infantil e tem sido apontado como estratégia fundamental para se atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da mortalidade para estes grupos populacionais (CRUZ *et al*, 2019; GUIMARÃES, 2019). O quadro epidemiológico do Brasil em 1990, na pactuação dos ODM, contava com os índices de mortalidade infantil em 47,1/1.000/nascidos vivos e de mortalidade materna de 120/100.000 nascidos vivos.

Podemos perceber, por exemplo, na história de Bernadete que ela mesma associa espontaneamente as gestações que não teve acesso ao pré-natal aos fatídicos desfechos de uma situação de abortamento e as mortes precoces de três filhas, das quais, na única que teve acesso à assistência à saúde, teve tardiamente.

É fundamental que o pré-natal tenha início o mais precocemente possível, possibilitando detectar doenças que possam afetar a gestação, os conceitos e evitar morbimortalidade materna e infantil, assim como a sífilis e hipertensão. Ao se analisar a morbimortalidade materna no Brasil, pode-se perceber que a maior parte das suas causas estão relacionadas a causas evitáveis, fazendo-se necessário pensar na qualificação das ações de pré-natal (SERRUYA *et al*, 2004; CRUZ *et al*, 2019).

Diante dos conhecimentos que as mulheres nos aportaram ao compartilharem suas histórias do período da gestação, o não-acesso ou acesso deficitário ao pré-natal se destacaram e precisam ser compreendidos a partir de suas localizações históricas e políticas. Assim, irei pontuar brevemente marcos históricos da implantação e implementação da assistência pré-natal no país e como se constituiu parte da Política Nacional de Saúde da Mulher.⁵⁹

No Brasil, as primeiras ações de assistência pré-natal datam de 1930 e, desde o primeiro serviço implantado até o início da redemocratização do país, percebe-se que se deu de forma vertical, fragmentado, de olhar microbiológico e reducionistas do papel social da mulher como reprodutora. Na década de 80, no contexto da retomada dos movimentos sociais, o movimento de mulheres tensionou o Estado por uma política de saúde da mulher integral. Foi nesse

⁵⁹ Porém, deixo evidente que este não é o foco do nosso estudo, deixarei referências para as pessoas que desejem aprofundar a leitura. O objetivo será trazer elementos que nos ajudem a contextualizar e dialogar com as vivências das mulheres da pesquisa e demonstrar como estas fragilidades no pré-natal se traduzem na privação de direito fundamental à vida tanto das mães como dos seus bebês.

contexto que foi lançado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Dentre seus objetivos encontrava-se a assistência obstétrica. Além de incorporar uma visão mais integral da saúde da mulher, o PAISM, ao reconhecer a importância das ações de pré-natal, colocou entre seus objetivos ampliar a sua cobertura e investir na qualificação das ações. Na década de 90, essa política foi marcada pela implantação da nova política de saúde que promulgou e implantou o SUS com seus princípios e diretrizes de universalidade, municipalização e regionalização (GUIMARÃES et al, 2019). Assim, este período se caracterizou pelo aumento da cobertura do acesso ao pré-natal e de sua capilarização no território nacional.

Serruya *et al* (2004) nos apresentam estudos sobre a oferta do pré-natal no Brasil no período que vai do final da década de 90 ao início dos anos 2000. Essas avaliações reconhecem os efeitos positivos decorrentes do aumento da cobertura do pré-natal na diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil, porém, ainda com altos índices de óbitos por causas evitáveis. Os estudos identificaram graves problemas tais como:

- a) Desigualdades nos níveis de cobertura e no número de consultas realizadas em relação às regiões do país, à localização (urbano ou rural) e condições socioeconômicas;
- b) Dificuldade em captar as gestantes precocemente e, como consequência, diminuição da capacidade de identificar e tratar precocemente problemas graves, como a sífilis congênita e a hipertensão arterial;
- c) Prática da alta do pré-natal precocemente, tendo como consequência vulnerabilizar as mulheres porque as deixavam sem assistência no momento de mais intercorrências obstétricas;
- d) Falta de uma vinculação do pré-natal com a maternidade, levando a peregrinação nos hospitais na hora do parto.

Além dessas questões, fortalecia-se nos movimentos de mulheres e de profissionais que defendiam a humanização do parto e nascimento, às críticas ao modelo de parto tecnocrata e centrado no poder da categoria médica que se instituiu como modelo hegemônico no país.

Diante disso, o Ministério da Saúde vem, desde 2000, buscando implantar ações programáticas e políticas visando garantir a qualificação das ações de assistência no pré-natal e construção de redes de serviços. Em 2000, criou o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHP) visando ampliar as ações de redução da morbimortalidade materno e perinatal, através da garantia, ampliação e qualificação da cobertura das ações de assistência à saúde no pré-natal, parto e puerpério. Os valores éticos e filosóficos do programa se pautaram pela humanização do atendimento e direitos de cidadania. Em 2004, foi instituída

a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que, visando fazer face à avaliação realizada pelos impactos do PNHP, incorporou entre suas ações estratégicas um Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, englobando ações de reorganização da rede de atenção à saúde, qualificação profissional (com ações de formação e produção de material educativo) e melhoria da informação. Em 2011, foi criada a Rede Cegonha, uma rede nacional de atenção à saúde que visa garantir o direito da atenção nas diversas fases da vida reprodutiva das mulheres. Tem como eixos o planejamento familiar, pré-natal, parto e nascimento, assim como o desenvolvimento saudável infantil (GUIMARÃES *et al*, 2019; SERRUYA *et al*, 2004; BRASIL, 2000; BRASIL, 2011b).

Pode-se perceber que as ações programáticas implementadas foram, ao longo dos anos, estruturando no SUS a construção de redes de serviços e cardápios de ações que visaram qualificar a atenção pré-natal. A portaria 1.459 do Ministério da Saúde, que institui a Rede Cegonha no seu componente pré-natal, normatiza as seguintes ações:

a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2011b)

Como resultado, alcançamos no Brasil, em 2014, o índice de 98,7% de cobertura do pré-natal. Um dos principais impactos do aumento da cobertura do pré-natal foi sentido na redução da mortalidade materna que, entre 1990-2013, caiu em 42,5 %. No entanto, o ritmo desta redução não foi suficiente para alcançarmos a pactuação dos ODM, que seria de reduzir em três quartos a mortalidade materna até 2015 (CRUZ *et al*, 2019; VIELLAS *et al*, 2014).

Apesar dos avanços de cobertura do pré-natal no país, ainda persistem as desigualdades de acesso e ainda é um grande desafio a qualificação das ações. E são estas desigualdades que nos dão pistas para compreender o motivo de alguns dos fenômenos observados nesta pesquisa nos levam a associá-los à violência obstétrica institucional.

Serruya *et al* (2004), ao citarem os dados da pesquisa *Demografia e Saúde (PNDS)*, realizada em 1996, que pesquisou mulheres que tinham tido filhos nos últimos cinco anos, demonstraram que as mulheres do Nordeste, moradoras da zona rural e com pouca escolaridade eram as que tinham menor acesso ao pré-natal. A exemplo disso, a relação das

mulheres que tiveram acesso ao pré-natal que moravam na zona urbana e rural foi de 30,3%, e 7,6 %, respectivamente.

Essas desigualdades decorrem de uma política de saúde que foi estruturada segundo as demandas do capital, sendo o espaço urbano alvo de investimentos em serviços de assistência à saúde para garantir a mão de obra necessária para o processo de industrialização, enquanto no meio rural as ações se voltaram para o controle das endemias, visando sanear os corredores de exportação de produtos agrícolas, minérios e borracha (OLIVEIRA, 2002).

Estudos importantes demonstram como, além das desigualdades de acesso ao pré-natal relacionadas a determinantes de região do país, há iniquidades em relação à raça/cor no número de consultas, no tempo de duração da consulta, nas ações educativas sobre o parto e amamentação em relação à idade, ter ou não companheiro escolaridade. As adolescentes, mulheres sem companheiros, com poucos anos de escolaridade, negras e quanto mais escura for a cor da pele, têm menor número de consultas e de tempo de consulta, assim como poucas informações educativas (VIELLAS *et al* 2014, LEAL *et al* 2005, LEAL *et al* 2017).

Ter acesso a um pré-natal de qualidade é um fator importante para o empoderamento das mulheres e pela sua decisão por um parto natural. O protagonismo da mulher no parto e nascimento de seus filhos pode estar relacionado à qualidade da assistência ao pré-natal que a mulher teve acesso. Isso porque, nessa fase, ela pode receber informações sobre os modelos de parto (VIDAL, 2017; PALHARINI, 2015; ANDREZZO, 2016).

Como se sabe, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é importantíssima para se pensar na qualificação do pré-natal haja vista que 70% da população brasileira é SUS dependente e a maior parte das gestações são acompanhadas nas Unidades de Saúde da Família uma vez que são de baixo risco. Nas rotinas desses serviços, transcorrem grupos de gestantes que deveriam ter o papel de construir conhecimentos que ajudassem as mulheres a viverem o período de gestação e puerpério de forma saudável. Na minha experiência de mais de duas décadas fazendo formação pedagógica para as equipes desses serviços, pude observar que estes grupos, tradicionalmente, têm caráter normativo, prescritivos de hábitos e condutas. Também tendem a usar modelos pedagógicos autoritários, nos quais apenas o profissional tem o que transmitir para as gestantes.

Também observei ao longo deste tempo grande avanço quando a condução destes grupos consegue ir para além deste perfil e adota metodologias problematizadoras, críticas e que estimulem a emancipação dos sujeitos para o lugar de protagonistas de um processo coletivo de construção do conhecimento. Nesse sentido, vale ressaltar a potência da educação popular em saúde, que visa a ampliação da consciência crítica, a emancipação humana e o

fortalecimento para a luta pela cidadania. Os conteúdos também vão para além dos importantes conteúdos clínicos prescritivos (escovar dentes, o que comer, quais exames e vacinas tomar) e abordam os temas ligados à cidadania e direitos humanos que são essenciais para o enfrentamento da violência obstétrica. Também refletem sobre os modelos de partos, exercícios para facilitar o parto normal, os medos, ansiedades e angústias que inundam as gestantes. Nesses novos contextos, percebia as mulheres mais empoderadas para os seus lugares de protagonistas no parto e via nascer redes de apoio e solidariedade entre elas.

Andrezzo (2016) refere a importância de se trabalhar com as gestantes a construção de planos de partos como elemento que fortalece o protagonismo na escolha do parto natural e no parto. Regis (2016) refere a experiência com grupos de gestantes como um espaço para elaborar memórias de um parto com muito sofrimento ou traumático e a construção de redes de apoio e solidariedade. Vidal (2017) refere a potência que agentes comunitários de saúde têm nestes processos educativos, dadas as suas vocações para criar vínculos com as gestantes que acompanham.

No presente estudo com as mulheres guerreiras do Agreste, pudemos perceber que a privação das consultas do pré-natal ou seu acesso pouco qualificado colocou as mulheres em vulnerabilidade para outras formas de violência obstétrica e aumentou o risco de morbimortalidade materna e também infantil. Jamile e Cristiane referiram situações que a vulnerabilizaram para outras violências, como o maus-tratos e abuso sexual no alojamento coletivo (após o parto), por não terem sido ensinadas as massagens e procedimentos que ajudam a formar o bico do seio como preparativo para a amamentação. Liliane fala como se sentiu mal ao ser amarrada durante seu parto cirúrgico e não sabia que isso era uma violência aos seus direitos. No extremo, vimos que todas as mulheres que relataram não terem tido acesso ao pré-natal trouxeram histórias de abortamento ou perda precoce de filhos. Embora Solange tenha tido o pré-natal, trouxe-nos um relato de um óbito neonatal de um bebê de baixo peso. Assim, o acesso deficitário do pré-natal do ponto de vista quanti e qualitativo é uma violação de direitos por expor a vida das mulheres e de seus conceptos como também deixá-las mais vulneráveis a outras violências, devendo ser visto como uma violência obstétrica institucional que acontece no período gestacional.

Vimos ainda que esta é uma violência que precisa também ser reconhecida pelas lentes da interseccionalidade, pois as mulheres negras e quanto mais escura for a sua pele são as mais vulneráveis. Assim, seu enfrentamento necessita de estratégias que passem pela desconstrução dos racismos institucional e estrutural.

7 AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE OS SEUS PARTOS

O parto é o momento mais citado em ocorrências de violência obstétrica, tanto no relato das mulheres como nos estudos acadêmicos. Como já dito anteriormente, senti dificuldade de encontrar na literatura a descrição de violação dos direitos nas demais fases do ciclo sexual e reprodutivo das mulheres. Na pesquisa, as mulheres estiveram sempre voltando para as violências que sofreram no parto durante todas as rodas que realizamos no campo. Dediquei três momentos para que as mulheres pudessem realizar suas representações sociopoéticas sobre seus partos: na segunda oficina, ao falarem das emoções do parto; na sétima oficina, ao apresentarem suas pinturas, momento no qual se agruparam e criaram “confetos” sobre seus partos individual e coletivamente; na última oficina, onde apresentei a minha análise, elas construíram novos “confetos” para os partos que não haviam sido representados nas pinturas. Na análise final do material de campo, ainda identifiquei dois tipos de partos relatados e que não puderam estar no crivo da contra-análise do grupo⁶⁰ e, portanto, serão apresentadas, mas não consideradas como produções sociopoéticas. Para tornar mais palatável a apresentação desta produção, as dividi em dois momentos, as emoções do parto e a tipificação do parto.

Olhar de forma sistematizadas para todas as suas narrativas é um convite para passearmos pela história do parto no Brasil, mas as paisagens observadas, em grande parte, são de violência e morte, em momentos nos quais deveria reinar a alegria e a esperança que pulsa vida. A compreensão desse cenário irá nos levar à necessidade de tecer fios diversos. Isso porque é uma questão extremamente complexa, na qual as relações de poder estão mais acentuadas diante da maior vulnerabilidade da mulher em relação aos períodos anteriores vistos até o presente momento deste estudo.

Seria impossível, diante de tanta complexidade, abordar todas as relações envolvidas nas experiências de parto das mulheres e que são produtoras de violações dos direitos. Desse modo, precisei fazer escolhas de abordagem. Escolhi como caminho articular como o cenário das políticas da assistência à saúde e ao parto se relacionam com as questões sociais, econômicas, da coloração da pele/raça, da subjetividade de cada mulher e suas estratégias de

⁶⁰ Diante do enfrentamento da pandemia, não foi seguro realizar a oficina após leitura final do material tampouco realizar entrevistas pontuais para retirar dúvidas ou completar informações.

resistências individuais e coletivas. E diante da falência destas estratégias, de adoecimento ou mutilação (seja física, psíquica, sexual e afetiva) ou morte.

Assim, veremos que a humanização do parto e nascimento avançou, porém, restritamente. Salvo experiências ainda pontuais do SUS, esses avanços se deram, na sua maior parte, para as mulheres brancas e de classe média que podem pagar por um parto com equipe humanizada. Essas conquistas são quase que inacessíveis para as mulheres negras e quanto mais escuro for o tom da sua pele porque, para elas, as diretrizes nacionais da política de parto não conseguem sair de suas belas linhas. Isso é, para este grupo populacional, a política de parto se configura como uma necropolítica a serviço do branqueamento da nação. Isso porque essa política não enfrentou o desafio de romper com o racismo estrutural e institucional. Considerando que já estive assessorando a equipe municipal que implantou ações de qualificação e humanização da linha de cuidado da atenção do ciclo gravídico puerperal em Caruaru, essa é uma constatação que me causa muita dor. Na época, não fui capaz de enxergar estes limites da política e contribuí para dar continuidade a esta invisibilidade.

Para entrar nesta dolorosa e complexa seara que são os cenários de partos, traçarei como trajeto iniciar com a apresentação das narrativas das mulheres a partir de suas produções sociopoéticas sobre as emoções do parto e das suas experiências de parto. Em seguida, irei tecer um diálogo destas produções com a literatura acadêmica, identificando o tipo de parto, as violências referidas agrupadas segundo o conceito adotado neste trabalho do *Dossiê: Parirás com Dor* (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

7.1 Narrativa sociopoética das mulheres sobre as emoções dos partos

Para aproximar as mulheres da metodologia da pesquisa, na segunda oficina, distribuí entre elas o baralho das emoções para que escolhessem imagens que representassem as suas emoções em relação ao parto⁶¹. Já neste breve contato, as mulheres trouxeram emoções fortes, que nos darão ideia de trajetórias marcadas por dores e sofrimentos.

Este momento inicial, que tinha como objetivo apenas aproximar as mulheres da metodologia que seria utilizada na pesquisa, foi importante também para que as mulheres iniciassem um processo de abrir as cortinas de cenas de seus partos que, infelizmente, foram marcados na sua maior parte por medos e sofrimentos. Pensar no parto abriu uma conexão com

61 As imagens escolhidas pelas mulheres podem ser encontradas no Apêndice D, no relato da Oficina II: As emoções do parto.

a memória do medo de serem maltratadas, a tristeza de ver outras mulheres sendo maltratadas e não poder fazer nada para interferir na situação, sofrimento físico prolongado e o luto pela perda de um filho. Mas também nos desvela caminhos de superação na espiritualidade, no sono reparador e nas raízes do amor materno ou da nossa ancestralidade.

Também nos ensinaram que parir nem sempre se deu no sofrimento, pois Joaquina nos lembra de um tempo em que sua mãe pariu acolhida por outras mulheres num sítio onde morava. E levou as demais mulheres a comentarem estas memórias de infância, trazendo-nos um momento de muita diversão e alegria para a roda de conversas. Revisitando suas lembranças de crianças quando as mães pariam em casa, elas riam, falavam da festa que era nascer em casa e facilmente me reporte para esse lugar.

7.2 Narrativa sociopoética das mulheres sobre como viveram seus partos

Os partos que foram representados nas pinturas cujas autoras estiveram presentes na sexta oficina, foram agrupados por semelhança, diferenciando-os em dois grupos polarizados. Um grupo criou o “confeto” de “Parto Ruim” para suas experiências e o outro “Deus no Poder e Interesse”. No processo de minha análise inicial, ainda em campo, percebi que alguns partos não haviam sido retratados nas pinturas das mulheres, porém, trazidos em vários momentos das oficinas. Na última oficina, apresentei esses partos e as mulheres criaram os seguintes confetos: “Parto Felicidade, Parto Coragem, Parto Inesperado e Parto Coração”. Dois partos foram trazidos nas suas narrativas, mas, só os sistematizei durante a análise final do material. São os Partos Cirúrgicos e Partos de Natimorto. Abaixo, apresento primeiro a sistematização que as mulheres realizaram e seus “confetos” sobre suas experiências de partos.

a) Parto Ruim

Na definição das mulheres, o Parto Ruim é aquele que tem sofrimento, é sem atenção, não tem cuidado, podendo chegar até a morte. Ele gera um medo de morrer e de engravidar de novo.

b) Parto Poder de Deus e Interesse

Aparecida e Maria Antônia explicam que o parto Poder de Deus e Interesse é aquele que não teve sofrimento, só alegria. Primeiramente, pelo poder de Deus acima de tudo e, segundo, pelo interesse dos profissionais de saúde. Esses partos ocorreram em 1977 (Maria Antônia) e 1979 (Solange).

O parto que Maria Antônia retratou na sua pintura foi o primeiro. Ela nos conta que, quando chegou na maternidade, viu as mulheres sendo muito maltratadas. Ela chamou a parteira do hospital e ofereceu dinheiro para ela cuidar bem dela.

Disse que ia dar um trocadozinho para ela cuidar bem de mim (riso das demais e dela) (...) É que eu vi lá, ela com ignorância com as outras. Eu fiquei com medo. (MARIA ANTÔNIA, oficina “confetos” antes da gestação e gestação em 24/10/2019)

No parto de Solange, ela chegou na maternidade muito triste por ter sido maltratada por sua irmã. Transformou sua mágoa em solidariedade. Esteve o tempo todo ajudando as mulheres da maternidade: levava água, as levava pelo braço para passear ou ir ao banheiro. As enfermeiras se surpreenderam.

Como pode ser observado, esses partos se caracterizaram pelas ausências de um registro simbólico da violência, como também do sentimento de terem sido negligenciadas. Outra característica marcante é que houve pouca intervenção que as mulheres identificaram ou relataram ter sofrido e as violências que identificaram durante a leitura dos atos constitutivos da violência obstétrica não foram associadas a dor física ou sofrimento por longo período.

c) Parto Felicidade

Este parto não foi retratado nas pinturas, mas muito referido na oficina. É o parto realizado pela parteira. Elas nomearam de Parto Felicidade porque é um parto que se dá em casa e sem intervenções.

“Porque foi um parto bom, né? com elas em casa. Não fui tão catucada, não fui tão mexida, (trecho não compreendido 11:08) ... só catuca na hora e após oí. Bem feliz.” (APARECIDA, oficina IX “confetos” do parto, conselhos e personagem conceitual em 19/11/2019)

Esse parto tem como principais características o cuidado, carinho, amor, poder rezar e se recuperar facilmente. Assim que paria, as parteiras e até o marido dela, faziam logo o pirão de mulher parida.

No entanto, elas nos explicam que não se contava com muitos recursos. Isto é, se a mulher tivesse um problema que necessitasse de recursos tecnológicos e assistenciais, não dispunham. Por conta disso, as mulheres referem que, quando uma parteira via que o parto iria ter algum tipo de complicação, ela dizia que não era para ela e mandava para a “rua”, isto é, para a parte urbana da cidade, onde se localizam as maternidades. Desse modo, as mulheres referem nunca terem visto uma mulher morrer na mão das parteiras.

Não encontrei no relato de Aparecida qualquer indicativo de violência obstétrica no Parto Felicidade. No entanto, vale ressaltar que, enquanto há países que têm as parteiras como

parte do sistema público de saúde,⁶² no Brasil, as mulheres que recorrem a esse modelo de parto, na sua maior parte, têm suas trajetórias de vidas sexual e reprodutiva marcadas pela exclusão social. Aparecida foi a única mulher da pesquisa que referiu ter recorrido a esse tipo de parto, porém, ao se analisar sua trajetória, identifica-se que não teve acesso ao pré-natal, perdeu oito filhos na primeira infância, foi humilhada na situação de abortamento e foi a mulher que referiu mais violência no parto quando precisou recorrer à maternidade. Ela passou dez anos com sequelas da sutura da episiotomia, tendo a sua vida sexual praticamente mutilada nesse período.

d) Parto Coragem

É o parto em que a mulher pariu sozinha, demonstrando sua coragem.

“Um parto sozinha é coragem mesmo.” (SOLANGE, oficina IX “confetos” do parto, conselhos e personagem conceitual em 19/11/2019)

Este parto seguiu o ritmo da criança e, segundo Aparecida, guiado pela espiritualidade. Quando a criança sentiu que era seu tempo, veio, e foi a hora determinada por Deus.

“Não esperou nem mais pra hora, como se diz, só foi apertou e chegou. Na hora de Deus...” (APARECIDA, oficina IX “confetos” do parto, conselhos e personagem conceitual em 19/11/2019)

Quando sentia que o menino ia nascer, arrumava um cantinho no quarto, mandava os outros filhos ficarem quietinhos e se entregava ao fluxo da vida que estava por vir:

“...chegava a hora, era para nascer, aí... ‘Nasça meu filho, venha com força e com poder de Deus.’ E nascia...” (APARECIDA, oficina VI “confetos” antes da gestação e gestação em 24/10/2019)

Depois que o menino nascia, mandava chamar a parteira para cortar o umbigo. É, portanto, um parto que tem como principal característica a tranquilidade, sem intervenção nenhuma e em que a mulher se sentiu empoderada.

Eu me sentia muito orgulhosa, muito feliz. Eu ficava tão feliz. Eu dizia: meu Deus, graças a Deus! Deus me deu força novamente pra eu ter esse. E agora tá aí, nascido e tudim com saúde. (APARECIDA, entrevista)

Os “Parto Felicidade” e o “Parto Coragem” Aparecida não especificou as datas. Sua vida reprodutiva se iniciou em 1964 e seu último parto, na maternidade, foi em 1987.

e) Parto Inesperado e Triste

Refere-se a situações de abortamento e as mulheres explicam que é inesperado porque nenhuma mulher engravida pensando que vai abortar, tampouco ser tão maltratada na hora que mais precisa de apoio.

62 A este respeito, ver Palharini (2015).

f) Parto do Coração

É o parto em que a mulher não gestou o filho, mas apoiou o parto de outras mulheres da família. A mulher que referiu este parto não teve filhos biológicos por opção e encontrou um lugar de cuidado em todas as etapas da gestação da irmã e sobrinhas.

7.3 As narrativas do parto das mulheres e o contexto do processo de institucionalização do parto no Brasil

Os tipos de partos trazidos pelas mulheres podem também ser referidos como partos domiciliares (Parto Felicidade e Parto Coragem) e partos institucionalizados (Parto Poder de Deus e Interesse, Parto Ruim, Partos Cirúrgicos, Parto Inesperado e Parto de Natimorto). Colocados numa ordem cronológica, veremos que eles são expressões singulares das experiências das mulheres, porém, também se relacionam com o modelo de parto hegemônico de seu tempo. Alguns irão perpassar as conjunturas e se atualizarem nos tempos atuais por envolverem questões estruturais de um mundo machista, heteronormativo e racista, como é o caso das situações de abortamento. No tipo de pesquisa qualitativa, não se trata de um projeto de generalizar o conhecimento produzido, uma vez que não temos números suficientes para uma amostragem estatística. Ao contrário, apresentaremos como o geral foi vivido na singularidade, subjetividade e intersubjetividade das mulheres. O que não impede que, em alguns, encontremos em outras pesquisas experiências semelhantes.

7.3.1 O parto domiciliar: uma forma de resistência política, cultural e existencial ao branqueamento da nação e a suas estratégias necropolíticas

Como já foi visto, ao longo da história, parir foi considerado um ato fisiológico que esteve restrito ao universo feminino. Em algumas sociedades, as mulheres pariam sós e outras mulheres foram incorporadas ao processo de cuidado com redes de apoio e solidariedade. As parteiras foram se constituindo em várias culturas como as mulheres sábias, que cuidavam das outras mulheres, inclusive para além do parto (ODENT, 2016; SANTOS, R 2016; BATISTA, 2015; PALHARINI 2015).

No nosso estudo, as mulheres logo no segundo encontro trouxeram suas memórias do olhar das crianças quando suas mães iam parir. Foi um momento curto, mas com tanta verdade e intensidade que me vi lá em suas casas, junto com elas no meio das curiosidades, alegria e festa.

Posteriormente, Aparecida chegou no grupo, e nos apresentou o olhar da mulher que pariu em casa, com parteira e sozinha. Ela não retratou esses partos na sua pintura, mas muito nos contou sobre eles. Depois criou “*confetos*” para eles: “*Parto Felicidade e Parto Coragem*”. São partos construídos numa vinculação afetiva, de carinho, cuidados e empoderamento.

A parteira foi referida como alguém tão amada como uma avó, como se fosse a mulher que carrega consigo os segredos da ancestralidade e do sagrado feminino. Ela sabe como apoiar a mulher para o parto. Ela não faz o parto, ela pega o menino. Quem pare é a mulher. Mas a parteira sabe também a hora de enviar a mulher para outro tipo de atenção, quando percebe que algo não vai bem.

Na narrativa de Aparecida, encontramos o paninho morno na barriga, o chá que ajuda nas contrações e também o cuidado no pós-parto. Bernadete teve inicialmente os cuidados com uma parteira que lhe ofertou banhos mornos, apoio e solidariedade por toda uma noite até conseguir um carro para levá-la à maternidade.

Essa vivência me fez compreender como a parteira teve uma importância fundamental na vida e no universo feminino. Quando Aparecida falou de suas experiências, aprendi como a parteira foi guardiã de uma memória, de saberes e práticas de um estar no mundo, ajudando outras mulheres a parirem com afeto, carinho e cuidado responsável, característica que, na maior parte dos casos, foram perdidas na institucionalização do parto. Estamos falando, portanto, das parteiras num tipo de saber-fazer que é fundamental no apoio às mulheres a parir naturalmente, sendo a mulher protagonista do seu parto. Aparecida se empoderou ao ponto de por três vezes parir sozinha, no seu “*Parto Coragem*”. Estamos falando de resistência cultural do parto.

Esta cosmovisão da parteira, que vê a mulher na sua integralidade e no seu lugar de protagonista do parto, ao resistir à perseguição que sofreram, foi fundamental para dar subsídios à crítica que se fez ao parto tecnificado, centrado na categoria médica e no hospital. Essas críticas foram realizadas por mulheres e profissionais que atuavam no parto, inclusive da medicina a partir dos anos 70 e 80 e que levaram a elaboração do modelo de parto humanizado. Em Palharini (2015), vemos como o termo “parto humanizado” é polissêmico. Aqui, vou focar o sentido que o humano é maior que a técnica, tendo a mulher como protagonista do parto e a parteira como alguém que apoia ao entender o corpo não como uma máquina, mas com várias dimensões, inclusive a espiritual, que não disputam entre si, mas se integram. Por isso, ela acalma conversando, relaxa a musculatura com banhos e paninhos mornos, faz os chás que ajudam que a fisiologia do parto seja ativada, reza e cuida depois do parto.

E aqui, na narrativa de Aparecida, é que encontramos outra dimensão da resistência que as parteiras nos trouxeram. As parteiras, junto com outros cuidadores e cuidadoras populares, como raizeiros, rezadeiras, curandeiros e pajé se constituíram, por um longo período da nossa história, como a única opção de cura para uma grande parcela da população (SANTOS, R, 2016).

Bernadete não pariu em casa. Mas, ela nos fala da parteira como a assistente da comunidade que pegava menino, rezava e aconselhava quem deveria ir para a rua (espaço urbano) para buscar assistência institucionalizada. Era também a conselheira. Foi ela quem acolheu Bernadete depois da situação de abortamento e lhe explicou que a culpa não era dela, mas que era prática dos profissionais da maternidade acusarem as mulheres de provocar o aborto. Foi a parteira quem a consolou.

Do parto que Aparecida teve na maternidade, voltou com uma tristeza profunda, com sinais do Estresse Pós-traumático e com uma inflamação no corte da episiotomia. Ela nos conta que a parteira foi buscar com o doutor uma pomada e orientou seu marido a caçar mato para preparar remédios caseiros. Muitas vezes, ela chegava com um arremato de galinha para jogarem conversa fora e rirem toda a tarde. Era a forma que encontrava para cuidar da tristeza de Aparecida. A parteira vai para além do parto e lhe cuida também no pós-parto da sua experiência primeira e derradeira na maternidade.

Parir em casa é referido por Aparecida e pela pesquisa de Leister & Riesco (2013) como uma experiência que se diferencia pelo sentimento de segurança e cuidado coletivo por se parir com acompanhante. Esse foi o sentimento relatado. Há também relatos do parir em casa e dos cuidados no pós-parto na comunidade. A exemplo disso, as mulheres trouxeram nas oficinas o pirão de mulher parida que é feito com capão. O capão é um frango que é capado (castrado) para ficar sem reima na comida e que, assim, pode ser dado à mulher parida. Solange, que aprendeu com sua mãe, nos presenteou preparando e ensinando para a mim e Liliane como fazer. O capão, depois de morto, é depenado, escaldado e temperado sem condimentos fortes. Só leva alho, pimenta do reino e coentro. Com o caldo do cozimento se faz o pirão, que tem que ser bem cozido para tirar a reima da farinha. Era uma receita que Aparecida nos conta que a parteira e até o marido dela faziam depois que ela paria.

Mas era a prática também das outras mulheres que assumiram um papel de ser referência de cuidado na comunidade ou de formar uma rede protetora e cuidadora. A exemplo disso, Guilhermina fala como sua mãe ocupou este lugar na comunidade. E a própria Guilhermina, a mulher que diz ter gestado e parido pelo coração, falou em uma das oficinas que tinha no dia anterior comido um pirão destes, porque fez para uma sobrinha que havia parido. Assim, quem

fazia também comia junto. Solange adorava quando a mãe dela fazia para alguma mulher da comunidade, pois ela era quem raspava a panela.

Enquanto Solange nos ensinava a fazer o pirão, Liliane estava muito surpresa, não conhecia nada daquele universo. Solange nos conta que essa é uma prática que vem se perdendo na comunidade, agora só se faz uma canja.

As trajetórias de partejamento de Aparecida e Bernadete podem ser vistas como paisagens singulares do momento histórico de transição do local e modelo do parto no Brasil. Ao longo da pesquisa, Aparecida nos contou que ainda resistiu nos seus treze primeiros partos em casa, sendo que em dez ela contou com o apoio da parteira e três conseguiu realizar sozinha, vindo a parteira para dar o apoio no puerpério. Só foi buscar atenção à saúde institucionalizada na situação de abortamento e da complicação do seu último parto, mas todos sob a orientação da parteira. Bernadete, inicialmente, teve o apoio da parteira no seu primeiro parto. Mesmo morando em lugar de mais difícil acesso que Aparecida, ela não confiou na atenção prestada e migrou para a maternidade.

Bernadete: ... aí ele ficou doidinho, disse: “e agora?” Aí ela disse: “vai chamar a parteira!” aí foi chamar. Ela já morreu essa mulé. Ela disse: “vai chamar comadre Maria, que ela pegou meus menino tudim, pega o teu também”. Aí Bil foi lá chamar. Quando chegou, ela veio. Quando ela chegou aí eu já não gostei. Eu digo: “Meu Deus do céu!” Aí ela ficou...

Verônica: Por que a senhora não gostou?

Bernadete: Porque eu tinha medo. Eu tava com medo.. vixe! Misericórdia! Ter menino em casa! Aí fiquei assim meia cismada. Aí ela disse: “Bote água no fogo”, com a minha mãe. (...) “Bote água no fogo aí, dona Joana, pra eu dar um banho nela”. Eu disse: “Eu já tomei tanto do banho, já hoje”. Aí ela disse: “Não, mas é um banho morno, pra espertar”. Eu disse: “Tá certo”. Aí fiquei o restante da noite, que eu acho que era uma meia-noite quando ela chegou, e nada do menino nascer. Quando foi de manhãzinha meu marido saiu atrás de um carro, aí encontrou um carro

Verônica: A parteira ficou cuidando da senhora?

Bernadete: A parteira ficou lá comigo, com a minha mãe e tudo... mas aí não teve como o menino nascer.

Verônica: Aí quem disse pra ir pra o hospital foi a própria parteira?

Bernadete: Foi. Ela disse: “É, você quer ir, vá. Leve, leve ela. Agora chegar lá você não diga que tava com parteira não”. Eu digo: “Tá certo”.

Bernadete não sabe explicar por que a parteira lhe orientou a omitir seu atendimento. A experiência de Aparecida na situação de abortamento e no parto pode explicar.

É, elas não gostam. “Mas, você já teve tantos filhos, tantos? Aqui?” Aí, eu digo, “Aqui não, aqui só foi dois. Só em casa com as parteiras”. “É, vocês se morressem, viessem para aqui, como se diz, só a carniça.” Porque elas dizem logo assim, né? “Adoecem em casa, as parteiras pegam menino do jeito que elas querem, aí quando não dão jeito, botam para aqui só as carniças.” É assim! (APARECIDA, Oficina VII “confetos” dos partos em 31/10/2019)

(Esta fala foi seguida de um pequeno momento de silêncio e de um olhar distante e triste de Aparecida)

Esta vivência se aproxima da perseguição da parteira que a literatura acadêmica se refere como uma das estratégias da institucionalização do parto. Batista (2015), a propósito disso, afirma:

E foi assim que a prática milenar das parteiras, mulheres leigas que dominavam o saber e as práticas de assistência à gestante, passa a aparecer gradativamente como suspeita, tendo em vista que não gozava do prestígio científico conferido à medicina. Estas práticas, das parteiras e dos obstetras, conviveram e disputaram por séculos o domínio da parteria até que as parteiras passassem a ser tidas como sujas e ignorantes, uma espécie de bruxas a serem incineradas nas fogueiras da modernidade (p.26)

Sena (2016) fala da concomitância da perseguição da prática do abortamento com interesse do controle populacional, introdução dos homens no parto com a apropriação dos saberes das parteiras e posterior perseguição delas.

É preciso também destacar que a perseguição das parteiras atinge diretamente a saúde das mulheres negras.

As mulheres negras ganham destaque nos cuidados com a saúde da mulher e atendimento aos partos. Segundo Shumaker e Brazil (2007)⁶³, a tradição das práticas das curandeiras, benzedoras e parteiras são resultados do encontro das culturas africana, indígena e europeia. Elas eram portadoras de dons e conhecimentos que exigiam destreza com os segredos da natureza e da fé. Com o reconhecimento da população de suas práticas de curas com ervas e orações que eram realizadas na língua étnica e com suas adivinhações, estas, foram consideradas bruxarias pela Igreja Católica. Muitas negras foram presas por praticarem a “magia” ou então, foram acusadas e levadas pela santa Inquisição aqui no Brasil. (SILVA, R., 2016)

Temos dois tipos de violência obstétrica. A primeira diz respeito a uma violência que não atinge diretamente as mulheres envolvidas, mas as parteiras. O alijamento das parteiras da cena de parto foi uma violência cultural e simbólica que trouxe impactos em suas vidas. Pude participar de roda de parteira onde elas falavam da dor de deixar o ofício. A outra violação é a perseguição que as mulheres sofrem por revelarem que estiveram sob os cuidados de uma parteira. Parir não é só um ato fisiológico, ele envolve muitas outras dimensões, podemos falar que o parto é também um evento social, político e cultural. Isso porque ele depende da forma como as sociedades os concebem, dos conhecimentos e tecnologias que se dispõe e dos arranjos institucionais e políticas de saúde de cada sociedade e tempo histórico. Assim, perseguir uma mulher por buscar outras formas de parir é desrespeitar seu poder de decidir sobre seu parto e o seu universo cultural.

⁶³A autora se refere a obra SCHUMAKER, Schuma. BRAZIL, Érico Vital. Mulheres negras do Brasil. Rio de Janeiro: Senac Nacional/REDEH, 2007.

O parto institucionalizado tirou as mulheres desta rede festiva e solidária que aqui foi narrada. Também parece ter impactos nestas práticas de cuidado coletivo que estão sendo perdidas ou ressignificadas. Isso é, talvez seja mais fácil comprar um frango para uma canja do que fazer todo o preparo do capão? Ou será que o distanciamento da cena do parto e o tempo maior que a mulher fica na maternidade, distante da comunidade, leva também a uma diminuição dessa rede de cuidado e afeto?

Desse modo, podemos compreender como o parto institucionalizado fragilizou as mulheres. O processo de institucionalização, como visto, levou a mulher a trocar o ambiente acolhedor, afetuoso e de poder, onde ela tinha apoio das outras mulheres para assumir o lugar de protagonista do seu parto, por um ambiente asséptico e solitário. Assim, a mulher ficou mais vulnerável ao estabelecimento de relações de poder assimétricas entre ela e os profissionais de saúde. Soma-se a isso o fato de que o novo cenário impactou a evolução fisiológica do parto. Como se sabe, essa evolução é intermediada por processos psicobiofisiológicos.⁶⁴ Soma-se a este processo a relação do tempo dos profissionais ou da instituição, que precisou ser acelerada. Como resultado destas interferências, as reações fisiológicas do parto diminuíram, o que levou ao uso em cascata dos procedimentos invasivos. Isso é, a mulher, ao ficar mais vulnerável, ficou sujeita a um processo de parturição tecnificado, aos maus-tratos, humilhações e toda sorte de crueldade (principalmente, nas situações de abortamento).

Gois (2016) reconhece que o processo de institucionalização do parto salvou vidas, porém, penalizou as mulheres pelas intervenções:

O progresso tecnológico e científico da obstetrícia e a institucionalização do parto foram de grande valia para a assistência à gestante e ao parto de alto risco, porém, a mortalidade materna e perinatal permaneceu alta, haja vista que o parto de evolução fisiológica se tornou de risco, devido ao excesso de intervenções desnecessárias e de assistência desumanizada (p. 17)

As histórias contadas nesta pesquisa sobre as parteiras, em especial a de Aparecida, e as reflexões tecidas com outras pesquisas nos fazem perceber como as parteiras, para além de sua importância cultural, também foram uma estratégia popular de sobrevivência. É um ato de resistência ao projeto de branqueamento da população e sua estratégia necropolítica no Brasil, que visam exterminar as pessoas não brancas. Afinal, o país adotou, desde a colonização, um modelo econômico baseado na opressão e exploração da população negra, diante de um racismo estrutural que roubou da população negra a condição de humanidade, havendo um nítido projeto

64 A este respeito vale ler o relato descrito em Pulhez (2014, p.107-8), dada a forma didática que foi detalhado o processo de parturição.

político de branqueamento da população. No momento que as parteiras se colocam como a única alternativa desta população para um cuidado em saúde no parto, tanto deixou nascer como deixou viver.

Os países que mantêm parteiras no sistema público demonstram que elas diminuem a morbidade materna e infantil e os procedimentos desnecessários. Esses países contam com obstetras-parteiros, parteiras tradicionais e parteiras não-universitárias. Todas têm em comum o discurso de manutenção da profissão. No Brasil, o senso comum liga a assistência à parteira como o não acesso ao serviço de saúde (PALHARINI, 2015).

No entanto, esses países são uma exceção. O Brasil tomou um rumo diferente, porém, compatível com a tendência internacional de institucionalização do parto. E, para isso, foi necessário minar a grande confiabilidade das parteiras, visando migrar o parto para o hospital.

7.3.2 A institucionalização do parto e o caminho da naturalização da violência obstétrica

Este foi um longo processo, que, no país, tem um de seus marcos inaugurais com a implantação da escola de medicina que incorporou o ensino da obstetrícia no final do século XIX. Porém, os aprendizados se davam em bonecos, pois havia dificuldade de campo de prática. Isso porque os estudantes compunham um universo masculino. Havia um grande tabu dos homens participando do parto, seja por ser um sinal de que algo não ia bem no parto, seja pelas questões morais de se mostrar as genitálias aos homens. Desse modo, visualizou-se que só com o parto migrando para o hospital teriam campo de prática. Ocorreu também um convencimento do Estado na adoção da institucionalização do parto diante do interesse de combater a prática do aborto e infanticídio que era praticada em algumas das casas de parto (PALHARINI, 2015; MOTT, 2002).

Em 1920, com as reformas de Carlos Chagas, tem-se o início da elaboração de políticas de saúde assistenciais materno-infantis. Na saúde da mulher, as primeiras iniciativas se deram com o parto e depois foram ampliadas para uma visão mais preventiva, que incluía a atenção à gestação. Mas foi só a partir da década de 40, no pós-guerra, com o intuito de diminuir a mortalidade materna, que foram feitos esforços internacionais para a hospitalização do parto. Também foram de grande importância os avanços técnicos e científicos acumulados na medicina hospitalar, como por exemplo: a descoberta de drogas que impactaram os processos infecciosos e controle da dor (anestésico), assim como os instrumentos e técnicas cirúrgicas que eram a proposta terapêutica nas complicações do parto, como o fórceps, a episiotomia, manobra de Kristeller e o parto cirúrgico (VANZ, 2017; PALHARINI, 2015; MOTT, 2002).

A estratégia foi tentar incorporar as mulheres pobres na maternidade, para serem campo de prática da obstetrícia. Desse modo, ganhando experiência e a confiança da classe de maior poder aquisitivo. Desse modo, a institucionalização do parto no período de 1920-1960, inicialmente, conseguiu captar as mulheres pobres, reconhecidas como indigentes e, progressivamente, foi incorporando a clientela com maior poder aquisitivo e, principalmente, a previdenciária.

Nagahama & Santiago (2005), ao resgatarem o processo histórico em que o parto hospitalar se instituiu no país, demarcam a importância da consolidação, entre 1964 e 1973, do modelo de saúde pautado pelo modelo previdenciário e privatista que esteve centrado no atendimento da medicina ambulatorial e hospitalar. Dado o parque hospitalar expandido, a institucionalização ainda foi influenciada pelas diretrizes interamericana de estimular o atendimento universal e o conceito amplo da saúde, tendo como impacto o esforço de ampliar a cobertura hospitalar do parto.

Em 1975, o Brasil aderiu ao projeto internacional de institucionalização do parto e promulgou o Programa de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de diminuir a mortalidade materna e infantil, diante do argumento que os hospitais seriam o local mais seguro. Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1977, as mulheres com direito à assistência previdenciária tinham cobertura hospitalar para seus partos e o governo pagava a hospitalização e os procedimentos (VALE, 2015). Em decorrência destes pagamentos, ocorreu uma hipervalorização dos partos cirúrgicos em detrimento do parto normal.

Foram implantadas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que autorizavam a internação de pacientes com o pagamento área de conveniada feito pelo governo. Os valores eram pagos de acordo com os procedimentos. Essa situação gerou um aumento significativo de procedimentos para que o pagamento ao atendimento fosse mais rentável e os procedimentos que tinham valores de pagamento reduzidos, como o caso do parto normal, deixaram de ser economicamente lucrativos, refletindo na acessibilidade ao serviço. (p. 31)

Podemos supor que também estimulou o uso dos diversos procedimentos que compõe o arsenal do modelo de parto tecnificado que temos hoje.

Até a década de 80, como já visto na implantação da política de atenção ao pré-natal, a institucionalização do parto se guiava por um modelo liberal, privatista e desigual, no qual as mulheres que podiam pagar ou tinham acesso ao sistema previdenciário por ter vínculos trabalhistas com carteira assinada tinham acesso aos hospitais e as mulheres que não tinham eram atendidas na condição de indigentes nos hospitais filantrópicos. Esse modelo se

caracterizou por ser centralizado, fragmentado e focado no papel social da mulher de mãe e cuidadora do lar e da criação dos filhos.

Esses referenciais começaram a ser ampliados no processo de redemocratização, a partir do final da década de 70 e década de 80 pela luta feminista, por uma política de atenção à saúde da mulher integral e pelo Movimento Sanitário (THUROW, 2016; ROCHA, 2015; DINIZ, 2009).

Esse período também foi marcado pelo início da crítica ao modelo tecnificado do parto⁶⁵, que se tornou hegemônico no processo da migração do parto domiciliar para o hospitalar. Na década de 80, um movimento interno da medicina iniciou um processo de questionar o uso indiscriminado dos procedimentos. Esse movimento foi ampliado pelo movimento de mulheres que começam a questionar e denunciar os abusos e violências no parto (PALHARINI, 2015; DINIZ, 2009). Em Fortaleza, no ano de 1985, ocorreu um encontro onde representantes da OMS e OPAS realizaram recomendações que também questionavam o uso rotineiro destes procedimentos. Em 1996, a OMS publicou um novo documento resultante de um estudo multicêntrico e composto por pesquisas baseadas em evidência científica de alto nível de consistência. Nesse guia, encontram-se as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (ROCHA & NOVAES, 2010; SERRUYA *et al.*, 2004).

Paradoxalmente, demonstrou que grande parte das intervenções e procedimentos que constituem a rotina do parto científico não tem evidência científica ou até mesmo as evidências científicas demonstram que deveriam ser evitados ou até eliminados.

A década de 90, como já dito, caracterizou-se no campo da saúde pela construção de um dos maiores patrimônios públicos do país, o SUS. Em decorrência do processo de democratização, é também um período marcado não só pela expansão dos serviços e coberturas, mas por novas formas de geri-los. Isso se deu por vários fatores. A descentralização dos poderes de gestão aproximou o poder executivo das representações de trabalhadoras/es, da academia e de movimentos sociais levando a modelos mais democráticos e incorporando a demanda e necessidade de saúde de vários grupos sociais. Acrescenta-se que diante do processo de

65 Como já referido anteriormente, este modelo de parto foi um constructo dos homens, com a criação de técnicas e procedimentos criados a partir de seus corpos masculinos e amparado no discurso científico da época. Por conta disso, também nominado de parto científico.

redemocratização houve uma expansão das pautas e das representações dos movimentos sociais. Ainda é importante frisar que nesta abertura política foram eleitos gestores e eleitas gestoras com forte compromisso com as pautas populares e de justiça social. Esse contexto permitiu grandes inovações nos modelos de saúde (OLIVEIRA, 2002).

No campo da institucionalização do parto e nascimento, esse contexto favoreceu tanto a expansão do movimento de crítica ao parto científico, como o desenvolvimento de experiências inovadoras. Como já visto, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) vem, desde 1993, mobilizando profissionais de saúde e sociedade civil em prol da construção de um novo modelo, chamado de Humanização do Parto e Nascimento. Esse modelo se pauta nas recomendações das boas práticas obstétricas elaboradas pela OMS. Assim, valoriza e apoia as experiências que buscam um modelo de parto que resgate o protagonismo da mulher no parto, atendimento respeitoso e que busque a redução das intervenções desnecessárias (PALHARINI, 2015; RATTNER *et al.*, 2010).

Toda esta trajetória vai marcando a inscrição de novas diretrizes para a política de saúde da mulher no Brasil. Desde a criação do PAISM, na década de 80, o país vem construindo a política de atenção ao parto e nascimento inspirada nas diretrizes de integralidade da saúde da mulher e vai, ao longo do tempo, incorporando os princípios da humanização da atenção a gestação, parto, nascimento e puerpério. É também influenciado e aparado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, que visam a universalidade da atenção com equidade e integralidade, a partir de uma rede progressiva de cuidado.

Com a implantação e implementação do SUS, a institucionalização do parto seguiu os grandes avanços de expansão e capilarização no território nacional em relação ao acesso aos métodos contraceptivo e atenção ao pré-natal. Segundo Leal (2018), a ocorrência dos partos em hospital foi compatível com os níveis internacionais, alcançando, em 2015, uma cobertura de 98,5% sem grandes diferenças regionais. A expansão da institucionalização do parto já atingia 78% dos partos da população rural no país em 1996, crescendo para 96% em 2006. Como efeito, houve uma importante redução da morbimortalidade materna nas últimas décadas (DINIZ, 2009).

Outro fator fundamental foi a construção de diretrizes técnicas e políticas para a atenção à saúde no pré-natal, parto e nascimento guiadas pelas evidências científicas, estímulo à adoção das boas práticas obstétricas e humanização da atenção. Já em 2000, foi publicado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e, em 2011, a portaria da Rede Cegonha (PALHARINI, 2015). Também é importante destacar iniciativas estimuladoras da adesão às boas práticas obstétricas e direitos da criança, como a adesão do Brasil à premiação Hospital

Amigo da Criança, criados pela OMS e UNICEF (LEAL *et al.*, 2018). Desde a criação do PAISM, em 1984, o Ministério da Saúde tem investido em publicações e educação profissional visando o estímulo da adoção da medicina baseada em evidências que se traduz nas boas práticas obstétricas.

No campo legislativo, destaca-se a Lei 11.108, promulgada em 07 de abril de 2005, que garante a livre-escolha da mulher de quem irá lhe acompanhar durante o parto e a Lei n.11.634, de 27 de dezembro de 2007, a Lei da Vinculação à Maternidade, que garante à mulher o direito de conhecer e se vincular à maternidade onde irá parir com o objetivo de diminuir os altos índices peregrinação em busca de uma maternidade para o parto (BRASIL, 2005; 2007).

Como já visto, com a criação da lei da Venezuela em 2007 e da Argentina em 2009, a crítica ao modelo hegemônico do parto se fortaleceu e ganhou novas perspectivas de luta. Primeiro porque nomeou um sofrimento que rondava a psiquê das mulheres, sem ter lugar e explicação. Segundo porque tipificou os atos e seus perpetradores. Também criminalizou os atos constitutivos da violência obstétrica. Como já visto, diante desse contexto, no Brasil, após o caso Adelir Góes, em 2012,⁶⁶ ocorreu no país uma disseminação de informações e luta pelo parto humanizado e pelo enfrentamento da violência obstétrica, tão bem retratadas em Sena (2015).

Como fruto dessa luta, tramitam no Congresso três projetos de lei que visam estimular o parto humanizado, tipificar e criminalizar a violência obstétrica, e vários estados e municípios têm elaborado leis próprias. A exemplo disso, em Pernambuco, foram promulgadas duas leis estaduais importantes, a Lei nº 15.880, de 2016, garante o direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais, maternidades, casas de parto e estabelecimentos similares da rede pública e privada de saúde do Estado de Pernambuco; e a Lei nº 16.499, de 2018 que estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2016 e 2018).

No Agreste, na cidade de Caruaru, como já visto, foi criado o Movimento Nascer Bem Caruaru (MNBC), em 2014, que resultou em grandes transformações na qualificação da rede, mudança do modelo de parto na Maternidade Municipal Casa de Saúde Bom Jesus, inauguração de uma casa de apoio à gestante com doulas 24 horas, processo de mobilização social e com cursos de Formação de Ativistas em Defesa do Parto Humanizado e dois curso de Formação de Doulas para a sociedade civil e para 50% das enfermeiras da atenção básica (CARUARU,

66 Nos reportamos ao caso de Adelir no terceiro capítulo, item 3.2.6

2016). Como resultado das mobilizações, foi criada a Câmara Técnica de Enfrentamento da Violência Obstétrica (CTEVO), que atuou na mobilização social em prol da promulgação da Lei Nascer Bem Caruaru, em 2017, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru e dá outras providências.

No entanto, o que consta no papel parece ainda distante da realidade. Como já visto, a Pesquisa Nascer no Brasil e o último relatório da Pesquisa Nacional Demográfica de Saúde (PNDS) revelam uma realidade assustadora traduzida em baixa adesão às boas práticas obstétricas e elevadas taxas de procedimentos que deveriam ser evitados na rotina e até eliminados, assim como altas taxas de cesariana, principalmente no setor privado (LEAL *et al.*, 2012; LEAL *et al.*, 2018).

No entanto, é preciso ressaltar que as políticas ainda são fortemente orientadas pelo fenômeno da branquitude, que não reconhece as demandas e necessidades das mulheres negras e não enfrenta o racismo institucional. A exemplo disso, vale iniciar essa problematização com a representação do nome da atual política, a Rede Cegonha. A cegonha é uma figura mítica que infantiliza e romantiza a maternidade e também contribui para apagar a diversidade de gêneros e de raça. Esta ave mítica nega o papel sexual dos pais na produção do conceito e se caracteriza pela sua monogamia, apagando as diversas formas de vivência do gênero e formas de relações humanas. A cegonha tem origem na mitologia greco-romana, isso é, origina-se da cultura branca.

O apagamento das questões raciais na política da Rede Cegonha materializa-se, principalmente, nas linhas e entrelinhas do documento. Mesmo que tenha como princípio o “respeito à diversidade cultural, étnica e racial”, em momento algum se refere às mulheres negras ou a suas necessidades específicas de saúde, tão pouco se refere a ações estratégicas para o enfrentamento do racismo institucional. Como resultado, assiste-se a um agravamento das iniquidades relacionadas à gradação da cor da pele na atenção ao parto e abortamento, um dos maiores desafios a serem enfrentados no Brasil, responsável pelos altos índices de morbimortalidade materna e infantil das pessoas negras.

Retornando para as experiências de parto das mulheres da pesquisa, já foi visto anteriormente que elas referiram seus partos na maternidade como “Parto Ruim” e “Parto Poder de Deus e Interesse”, além do “Parto Inesperado e Triste” para as situações do abortamento. Não parece haver um meio termo, tratando-se de memórias polarizadas. Na realidade, iremos ver que os partos que têm poucas memórias de violência são exceções porque as mulheres conseguiram de alguma forma escapar da rotina perversa dos procedimentos e maus-tratos.

Basta haver uma brecha de tempo e oportunidade para que os procedimentos sejam desencadeados em cascata, como será visto adiante. Caso a mulher não tenha um corpo dócil, sofrerá maus-tratos psicológicos. No entanto, quanto mais escuro for o tom da cor de sua pele, mais provavelmente será entregue a negligência e maus-tratos, potencializando os riscos de morbimortalidade materno e infantil. No caso dos abortamentos, não existe paralelo para a tortura que as mulheres passam, e não fará diferença se trata-se de aborto legal, espontâneo ou provocado.

7.3.2.1 Quando parir é igual a sofrer

As mulheres que se identificaram tendo em comum uma experiência que qualificaram como ruim nos seus partos referiram trajetórias de dor, sofrimento e exposição aos procedimentos e a maus-tratos. As experiências de parto deste grupo aconteceram em 1987 (Aparecida), 1995 e 2001 (Joaquina) e 2021 (Jamile). Os partos caracterizaram-se por excesso de procedimentos que, segundo a declaração da OMS (1996), não têm evidência científica e deveriam ou ser evitados ou até mesmo eliminados. Além disto, ocorreram maus-tratos e as mulheres referiram sentimento de terem sido negligenciadas. São partos que causam dor/sofrimento físico e psicológico assim como o medo da morte. Assim, eles têm grande potencial de traumatizar.

O parto que Aparecida retratou em sua pintura foi o parto que teve na maternidade, após uma trajetória de 13 partos domiciliares e uma história de abortamento. Ela foi a mulher da pesquisa que referiu ter sofrido a maior quantidade de atos constitutivos de violência e pelo maior período de tempo. O tempo que passou na maternidade, três dias a vulnerabilizou mais ainda, ficando mais frágil inclusive fisicamente para resistir aos maus-tratos.

Joaquina do seu parto, lembra apenas que no primeiro parto sofreu episiotomia e manobra de Kristeller e no segundo que tinha muitos estagiários, que ela sabia que o filho não estava na posição de nascer, mas insistiram. Na hora da anestesia, foi maltratada porque não conseguia controlar seu corpo diante das contrações.

Jamile passou pouco tempo na maternidade porque já chegou com 9 cm de dilatação. Sua patroa conhecia a equipe e ela tinha a indicação que seria bem tratada. Também sabia que deveria ficar de boca calada para não ser negligenciada ou maltratada. Nada disto conteve os procedimentos: aplicaram-lhe ocitocina, fizeram episiotomia e manobra de Kristeller. Ficaram restos de placenta e ela teve muito medo de não conseguir colocar para fora e morrer. O tempo todo pensava que iria morrer no parto.

Outras mulheres que não estiveram na oficina de construção dos “confetos” trouxeram também relatos de muita intensidade de sofrimento e reconhecem ter passado pela violência obstétrica. Bete tinha dezesseis anos no seu primeiro parto, sentiu-se fragilizada por chegar na maternidade sem marido, pois o pai da criança declinou de suas responsabilidades. Não teve direito ao acompanhante e sentiu-se deixada abandonada pela equipe de enfermagem. Referiu que seu trabalho de parto durou mais de 36 horas e, por conta disto, deveria ter sido cirúrgico. Sofreu várias intervenções: ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller. Helena é a esposa do filho que Aparecida teve na maternidade. No seu primeiro parto, recebeu tanto toque que perdeu a conta e “os sentidos”. Foi realizada episiotomia e manobra de Kristeller, além de referir maus-tratos verbais. Refere um longo processo que iniciou numa terça-feira, com idas e vindas à maternidade, até seu internamento na sexta-feira, onde ainda passou quase 30 horas para o parto.

Diniz (2009) refere como a narrativa médica esconde os danos iatrogênicos do parto e constrói uma narrativa que o parto cirúrgico é melhor. Para alguns autores, essa é uma narrativa desonesta cientificamente. Parte do discurso que o parto normal é potencialmente perigoso para o bebê e para a mãe. No entanto, este modelo de parto tecnificado realiza intervenções em cascata e causa danos físicos que podem ser irreparáveis, tal qual a episiotomia e o uso do fórceps. Tornam o parto vaginal o responsável pelos danos causados e não as intervenções. Nesse argumento, a única correção possível é para as mulheres brancas e de classe média em diante, onde o parto por cesariana é possível financeiramente. Para as mulheres do SUS, a correção é tornar o parto mais rápido com as intervenções.

Grupos de usuárias organizadas acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir. A demanda pela cesárea, no Brasil, seria sobretudo uma demanda por dignidade, já que o modelo de parto “normal” típico é intervencionista e traumático. Trata-se de “uma escolha entre o ruim e o pior”, entre duas formas de vitimização. Nas palavras de uma usuária, “se tiver que cortar é melhor cortar por cima, porque em baixo é uma área mais nobre”.⁶⁷ (p.321)

Outro caminho para as mulheres atendidas no SUS conseguirem acesso a um parto cirúrgico se deu depois de muito sofrimento, estar em risco de vida, ela ou o filho.

67 A autora se refere a uma fala de uma usuária publicada em Diniz, S. G.; Duarte, A. C. Parto Normal Ou Cesárea? O Que Toda Mulher Deve Saber (E Todo Homem Também) . Editora Unesp, 2004. 179p

7.3.2.2 A Via Crúcis até a cesariana

Três mulheres referiram partos cirúrgicos: Joaquina (2001 e 2008), Cristiane (2013 e 2018) e Liliane (2016). Liliane só teve uma gravidez. Joaquina e Cristiane, seus partos subsequentes também foram cirúrgicos. No caso de Joaquina, no seu último parto tinha plano de saúde e já lhe foi ofertado o parto cirúrgico no pré-natal.

Os primeiros partos cirúrgicos destas mulheres se deram após um relato de muito sofrimento. Joaquina, como já referido, não lembra do que aconteceu nos seus dois primeiros partos. Cristiane e Liliane referem uso de ocitocina e toques sucessivos, dolorosos e realizados sem informação ou autorização. As duas afirmaram que não tinham dilatação. Joaquina, sabia que seu filho não estava na posição correta de nascer, mas os estagiários pelos quais refere ter sido atendida, diziam que não. Ela, assim como Liliane e Cristiane, implorou para que o médico realizasse a cirurgia cesariana.

Joaquina escolheu o terceiro parto pela via cirúrgica, já no pré-natal, como estratégia para não passar pelo sofrimento dos partos anteriores, porque dispunha da saúde suplementar. Cristiane justifica que seu segundo parto foi cirúrgico em decorrência de suas comorbidades. E se surpreendeu com a mudança da médica que lhe atendeu, a mesma que atendera no primeiro parto. Refere ter levado apenas dois toques, que entende como normal.

Apesar do parto cirúrgico ter salvado muitas vidas, quando tem indicações clínicas corretas, ele traz riscos potenciais para a mãe e o bebê. Diniz (2009) nos fala de um paradoxo da cesariana, com o reconhecimento de que esta via de parto pode salvar vidas, porém, estando em níveis muito baixos ou muito altos, traz malefícios para a saúde da mulher.

Uma porcentagem entre 5% e 15% do total de partos parece conseguir os melhores resultados para a saúde de mulheres e de bebês, visto que uma taxa menor que 1% ou mais alta que 15% parece fazer provocar mais dano do que benefício, o chamado paradoxo da cesárea (p. 315)

Isso se dá porque há um risco para as mães e seus conceitos. A exemplo disto, entre 1992 e 2010, as mulheres que tiveram os partos cirúrgicos tiveram 3,5 vezes mais probabilidades de morrer e 5 vezes mais de terem infecção puerperal (RAMOS, 2013). O parto cirúrgico eletivo também traz o risco de prematuridade da criança, além de riscos como “lesões acidentais, reações à anestesia, infecções, embolias obstétricas, nascimentos prematuros e morte perinatais e maternas” (SÁ, 2015, p.21).

No entanto, no Brasil, assiste-se a um crescente número de partos cirúrgicos. recorrência abusiva, sem indicação clínica e, grande parte das vezes, programados segundo a agenda do ou da obstetra. Sanfelice (2016) apresenta o cenário em que as taxas do parto cirúrgico se

expandem no país no setor público a partir da década de 70, onde os índices de 15% saltaram para uma taxa de 53,8% em 2011. Leal (2018) demonstra, no entanto, que estes índices no setor privado chegam à taxa de 87%.

Como visto, esta é uma construção que parte da concepção do corpo da mulher como defeituoso e dos interesses de mercado. O parto por via vaginal é narrado pelos cesaristas como um parto que traz riscos para a mãe e seu conceito. Aliados a esse cenário, há o medo das intervenções e as dores e sofrimentos decorrentes de um parto altamente tecnificado. Situação agravada pelos maus-tratos.

Deste modo, a cultura cesarista foi se consolidando no imaginário social como um parto limpo e indolor. No entanto, as mulheres da pesquisa relataram problemas na autoestima por conta da cicatriz e reconhecem que a recuperação de um parto cirúrgico é muito mais difícil que o parto vaginal.

Eu tive um normal e os outros cesárea. A diferença é tudo né? Porque do meu primeiro foi normal você chega em casa e já pode fazer de tudo. Você na cesárea não. Você tem que ter muitos dias de repouso. E você tem que ter alguém para tá ali perto de você fazendo as coisas, cuidando para não quebrar os pontos. (JOAQUINA, fala durante a Oficina II, Emoções do parto, em 04/10/2019)

O meu ponto inflamou, porque eu fui dar um banho nele antes de completar um mês. Tive que voltar para lá de novo. (CRISTIANE, fala durante a Oficina II, Emoções do parto, em 04/10/2019)

O parto cirúrgico é referido na literatura como violência obstétrica quando ele não tem indicação clínica ou quando é realizado sem consentimento ou se consegue ludibriando as mulheres. Para conseguir convencer as mulheres, os médicos e médicas utilizam de estratégias discursivas que levam as mulheres acreditarem que são incapazes de parir ou há risco para a saúde dos seus filhos.

Embora concorde com a afirmação que toda mulher nasce pronta para parir, salvo casos excepcionais, é preciso considerar os danos da cultura cesarista e das histórias acumuladas das violências no parto que levam ao medo de parir naturalmente. Desse modo, isso precisa ser considerado na hora do pré-natal, com ações interdisciplinares que envolvam desmistificar os partos vaginal e cirúrgico; ofertar exercícios de fisioterapia que fortaleçam as musculaturas envolvidas no parto durante a gestação e que podem ser usadas no parto como método não farmacológico para alívio da dor ou posteriormente para fortalecimento do períneo.

7.3.2.3. Os partos inesperados e tristes:

As mulheres relataram situações que elas nomearam como “Partos Inesperados e Tristes”. São relatos já conhecidos na literatura, porém, difíceis de escutar. A assistência ao abortamento é referida na literatura como uma das mais desumanas, dado à predominância de atitudes antiéticas e dotadas de requintes de crueldades por parte dos profissionais de saúde.

Na pesquisa, três mulheres referem que passaram por situação de abortamento espontâneo: Aparecida, em 1978, Bernadete, em 1985, e Joaquina, em 2007. Apenas Joaquina negou ter sofrido qualquer tipo de maus-tratos. O abortamento espontâneo de Aparecida foi associado a um susto e o de Bernadete a uma medicação que tomou para tratar uma forte infecção dentária. Nenhuma das duas teve acesso ao pré-natal. Bernadete também não teve acesso ao dentista, o medicamento que tomou foi o padrão que levou para ela. Durante a assistência na maternidade, as duas descrevem situações de grande horror, que incluem maus-tratos psicológicos; negligência; curetagem sem anestesia; culpabilização. Aparecida, após a curetagem, foi alojada ao lado de outras mulheres que tiveram seus filhos. Bernadete foi colocada num quarto solitária, deixada de lado, sem assistência, suja de sangue e sem se alimentar por toda uma noite.

Poderíamos ser levados a pensar que se trata de um contexto político em que o país enfrenta a ditadura militar e fragilidade dos direitos humanos. No entanto, veremos como essa situação apresenta uma cristalização no tempo, pois se repete e é comum nos dias atuais. É uma questão extremamente complexa, que envolve questões de um mundo onde predomina um tipo de governança marcada pelo machismo, além de questões culturais, bioéticas, religiosas e dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos.

O direito pelo aborto se constitui um dos pontos centrais das pautas feministas no mundo inteiro, no entanto, no Brasil pouco temos avançado. O aborto no Brasil só acontece de forma legalizada nos casos de estupro, em que a vida da mãe esteja em risco e nos casos de anencefalia (LEAL, 2018).

O contexto da proibição do aborto no país se dá diante de códigos legislativos promulgados por homens, em sua maioria, e pela pressão de grupos, principalmente, religiosos que esquecem ou não consideram o que diz a Constituição Federal quanto ao Estado ser laico. Apesar da rigidez com a qual o aborto tem sido enfrentado no país, tivemos, no campo da assistência à saúde, alguns avanços no debate dos direitos humanos de algumas legislações e documentos governamentais. A exemplo disso, a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde se pauta pelas diretrizes da bioética, do acolhimento, não julgamento e atendimento com qualidade técnica assistencial. No entanto, na prática do serviço, predominam as iniquidades.

Apesar de o aborto ser ilegal no país, ele é praticado pelas mulheres, independentemente do seu nível econômico e raça/cor. Situação, no entanto, que está longe de ser fruto de uma democracia social e racial, ao contrário, os cenários de abortamento são fortemente marcados por estruturas opressoras que se sobrepõem, potencializando as iniquidades.

Esse é um problema de saúde pública de grande magnitude, diante da ocorrência de mais de um milhão de abortos clandestinos os quais levam 20% destas mulheres para atendimento hospitalar (BARROS, 2016). As mulheres evitam e adiam ao máximo procurar assistência à saúde quando necessário, isso decorre por saberem que serão vítimas de toda sorte de violação e maus-tratos, além do risco de serem criminalizadas. Um contexto que aumenta a vulnerabilidade destas mulheres e os riscos de morbimortalidade materna. Por conta disto, o aborto está entre as primeiras quatro causas da mortalidade materna, principalmente entre as mulheres negras (LIMA, 2020; MCCALLUM, MENEZES & REIS, 2016; LEAL *et al.* 2014; DINIZ *et al.*, 2005).

Assim, o aborto em nosso país tem sido uma das maiores expressões da iniquidade em saúde. Por conta disso, necessita ser visto pelas lentes da interseccionalidade, uma vez que as opressões se potencializam. As mulheres que se submetem ao procedimento de forma insalubre são as que têm menor poder aquisitivo e são na maior parte negras. Desse modo, o índice de mortalidade decorrente do aborto é uma das principais causas que elevam a mortalidade materna nas mulheres negras (LIMA, 2020; SANTOS R., 2016; DINIZ *et al.*, 2005).

Lima e Cordeiro (2020) demonstram que, para se compreender o aborto nas mulheres negras, é necessário observar às condições concretas de vidas destas mulheres. Em geral, elas abortam pelas condições de seus contextos de vida marcados pela exclusão social, pelo abandono do pai dos seus filhos, por estarem vulneráveis às diversas violências de gênero e raciais. Além disso, ao realizarem o aborto, são criminalizadas, gerando um contexto complexo e polêmico que marca as suas vidas.

A despeito das polêmicas que envolvem o tema do aborto, o fato é que a intensiva criminalização da prática impacta consideravelmente a vida reprodutiva das mulheres negras. Isso porque o racismo e as relações patriarcais se articulam construindo um contexto específico de desigualdades, omissões e vulnerabilidade para mulheres negras e pobres que precisam recorrer ao aborto clandestino. (p.103)

Vários estudos demonstram que mulheres que buscaram atendimento em situação de abortamento nas maternidades públicas sofreram violações difíceis de adjetivar. É comum as mulheres, ao chegarem aos serviços, serem atendidas por profissionais de saúde de várias

categorias que assumem o papel de detetive, investigador policial, promotor, juiz e executor penal. Assim, se acham no direito de acusar, julgar, condenar, prescrever uma dura pena e ainda executar as penalidades. São papéis compartilhados pela equipe de saúde ou até mesmo por um único profissional. Nos estudos sobre o aborto, há relatos de mulheres que foram tratadas como suspeitas, inqueridas insistentemente se teriam provocado o abortamento, acusadas de criminosas e ameaçadas de serem entregues à polícia. Também há relatos de que elas travam verdadeiras batalhas para serem atendidas. Cursam uma trajetória tortuosa de peregrinação entre os serviços buscando encontrar assistência e, quando encontram, passam longos períodos de espera sem ter explicação se seriam ou não atendidas. Ainda são expostas em corredores, muitas vezes sujas de sangue por longo período de tempo. Ao conseguirem ser atendidas, ainda encontram profissionais que não dirigem sequer uma palavra para a mulher ou não dão informações dos procedimentos (LIMA, 2020; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

As práticas médicas de esvaziamento do conteúdo uterino, em geral, são realizadas com a cureta, o que expõe as mulheres a riscos e sofrimentos maiores. Domingues (2015) refere as recomendações da OMS, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde para o abortamento da utilização da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) nos casos de abortos incompletos. Isso se dá por ser um procedimento que traz menos riscos de perfuração uterina e infecção, além de ser indolor. Sua utilização reduz também o tempo de permanência no hospital. No entanto, este é um procedimento que não consegue se estabelecer, uma vez que as instituições públicas não o colocam entre os itens de reposição contínua. No seu estudo, a autora revelou que seu uso é raro, salvo quando alguns preceptores levam para demonstrar aos residentes. Em McCallum, Menezes & Reis (2016) é descrita a situação que, mesmo disponível, o AMIU não é utilizado, sob a justificativa do conforto postural do médico ou da médica. Além de ser rotina o uso da curetagem, muitas vezes ela é feita sem o uso de anestésico. Após o esvaziamento uterino, ainda é prática de alguns profissionais mostrar o feto para que a mulher veja o que ela fez! Igualmente cruel são os relatos após todo o procedimento de as mulheres serem postas junto a outras mulheres que irão ganhar ou já tiveram seus filhos (LIMA, 2020; MCCALLUM, MENEZES & REIS, 2016; SILVA, 2015; REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012,).

As mulheres que têm direito ao aborto legal são impostas a travarem uma cruzada para garantia da realização do aborto seguro garantido por lei. Segundo Lima (2020), as dificuldades que as mulheres enfrentam envolvem uma série de exposição para aquisição de laudos, peregrinação pelos serviços ou para encontrarem profissionais que realizem o procedimento ou que sejam preparados para o acolhimento desta mulher. Além disso, ainda enfrentam

posicionamentos antiéticos e antiprofissionais das mais variadas categorias profissionais, inclusive de quem teoricamente teve formação profissional para o acolhimento em saúde mental, como profissionais de psicologia.

Todas estas violações acima descritas são relatadas para todas as situações de abortamento: espontâneo, legal ou provocado. Como vimos, os mesmos tratamentos dispensados a Bernadete e Aparecida na década de 80 são semelhantes aos descritos nos estudos aqui referidos, inclusive, na recente pesquisa de Lima (2020). Podemos perceber como as mulheres estão mais vulneráveis às violências obstétricas na situação de abortamento, fazendo-se necessário estar na ordem do dia das bandeiras de luta pelo fim da violência na assistência ao parto, nascimento e abortamento.

7.3.2.4 No lugar do encontro com a vida, encontra-se com a morte

Maria Antônia nos conta a história de sua filha que nasceu morta, no seu segundo e último parto. Essa gestação, assim como a primeira, não teve acesso ao pré-natal. Estava lavando roupas quando sentiu dores e foi pedir ajuda à tia que morava na rua (parte urbana da cidade), próximo à maternidade. Na maternidade, não chegou a ter assistência médica. Pariu sozinha na cama, só depois que vieram profissionais para lhe atender. A menina nasceu morta, com a “boquinha aberta”. Teve muita pena, a filha era muito gordinha. Não foi ao enterro por conta do resguardo e porque não tinha dinheiro, mas viu quando a colocaram num caixãozinho e a levaram. Ela se conformou, porque o filho mais velho é muito bom para ela e crê que “Deus sabe tudo que faz”.

Lorenzi *et al.* (2001) demonstram como a morte de natimorto e outras mortes perinatais nos países subdesenvolvidos estão muito associadas a causas evitáveis, como por exemplo, deficiências na atenção à saúde no pré-natal e na maternidade.

7.4 A tipologia das violências relatadas pelas mulheres nos seus partos

Os partos das mulheres vistos segundo a tipificação da violência impetrada, numa linha do tempo, nos mostram como a violência obstétrica é estrutural, pois pouco se modificou diante dos avanços históricos que foram referidos. No Apêndice H, encontram-se os quadros 4 a 6 em que na coluna indicadora encontram-se as tipificações, na linha indicadora superior encontram-se os principais fatos políticos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres já referidos no presente estudo e, na segunda linha indicadora, encontram-se os partos que as mulheres

relataram, distribuídos numa linha do tempo. Pode ser observado que as violências de caráter físico e sexual corresponderam, em sua maior parte, aos procedimentos e normatizações de conduta sem evidência científica. Pode observar-se igualmente que essas violências parecem sofrer poucas influências dos avanços das diretrizes políticas e assistenciais que se deu ao longo dos últimos 30 anos.

Bete, em 1977, Aparecida, em 1987, e Jamile, em 2012, são as mulheres que relataram mais violência de caráter físico e sexual, pelo excesso de procedimentos. O tempo de permanência na maternidade em um primeiro olhar pode ser referido como o principal motivo para tantos procedimentos. No entanto, a história de parto de Jamile revela que se trata da rotina das maternidades e que basta uma oportunidade para que eles possam desencadear os procedimentos em cascata. Jamile não foi poupada dos procedimentos, mesmo passando pouco tempo na maternidade, uma vez que chegou já com 9 cm de dilatação.

Além do excesso de procedimentos, é marcante na narrativa das mulheres atos considerados como violência sexual. Na literatura podemos encontrar em Pulhez (2015), Rede Parto do Princípio (2012) e Amorim (2015) depoimentos de mulheres que associaram a violência obstétrica a uma violação sexual, como por exemplo na episiotomia e nos toques repetitivos, invasivos e sem consentimento esclarecido para sua realização. As mulheres da pesquisa não verbalizaram terem se sentido estupradas no toque, porém, a expressão de linguagem oral e corporal que utilizavam para se referirem aos toques os configuraram como um momento extremamente doloroso e invasivo. Era comum se referirem ao procedimento como “levar uma dedada”. Durante a fala das mulheres, chamou-me atenção também o gestual do corpo quando elas se referiam ao toque. Elas pegam o dedo apontador como se enfiasse com força e rodava, ou nas palavras delas “catucavam”. A sensação que passavam era como se estivessem sofrendo uma violação sexual, um estupro. Demonstraram como era uma situação para além da dor, também constrangedora. Cristiane, durante as três horas que passou na maternidade até migrar para um parto cirúrgico, refere ter recebido seis toques de três doutores diferentes. E isso a machuca até hoje.

Também foi identificado nos relatos de Jamile e Cristiane a violação sexual pela manipulação dolorosa dos mamilos. Referem que no alojamento conjunto uma profissional realizou toques e massagens nos seus seios de forma dolorosa e sem pedir consentimento. Isso ocorreu por conta da constatação que antes do parto elas não tinham realizado os exercícios para formar o mamilo para a amamentação.

Nos primeiros dias eu não tinha leite. Aí vinha a enfermeira... “Ah... você tem que amamentar...” Pegava no meu peito assim, apertava e doía. “Ah... você

tem que amamentar...” Botava a menina para mamar e ela não queria mamar, porque ela... não me ensinaram lá no posto que tinha que fazer o bico. Não me ensinaram de jeito nenhum e eu não sabia, né? (CRISTIANE, entrevista)

Jamile refere que ficou assustada e com medo de reagir: “Eu ficava calada. Eu ia dizer o quê, já com medo? Ali tem que ficar, oi, caladinha!” (JAMILE, Oficina VII “confetos” dos partos em 31/10/2019).

É comum o apoio desumanizado à amamentação (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Vimos anteriormente que essa é uma violência obstétrica que também resulta de outra violência sofrida na gestação, a falta de garantia de um pré-natal de qualidade que realize as ações educativas previstas nas normas técnicas do Ministério da Saúde e orientações da Rede Cegonha.

Dentre as violências obstétricas de caráter psicológico, observa-se que predominaram os maus-tratos verbais, referidos em todas as épocas, mas principalmente, nas situações de abortamento de Aparecida (1978) e Bernadete (1985), assim como no parto de Aparecida (1987) que aconteceu na maternidade. Está relacionada a busca da docilização dos corpos:

Porque nesse daí, meu Deus, fui obrigado gemer, viu? Fui obrigado gemer. “...fazer tudo é bom, ninguém não grita, ninguém não faz nada...” aí eu disse: “Não, sinto que eu não tô gritando. Eu não tenho direito de gemer? Eu tenho o meu direito”. (...) Aí eu tenho meu direito que eu não sou de ferro. Eu sou humana, sou de carne e osso. (...) Ela dizia: “Esse povo vem pra cá, é um povo muito malcriado”. A pessoa dizer que isso é malcriação? Não é. (APARECIDA, entrevista)

No entanto, sua ocorrência não foi tão intensa como a violência de caráter físico e sexual. Isso, talvez, se dê por conta da orientação que receberam desde à gestação em relação a não expressarem suas dores e sofrimentos. Algumas mulheres referiram não ter acontecido com elas por saberem que precisavam ficar caladas, mas viu acontecer com outras.

Embora se concentrem nesta pesquisa nas décadas de 70 e 80, infelizmente, quando expandimos nosso olhar pelas lentes de outras pesquisas, percebemos que as violências obstétricas de caráter psicológico podem ser encontradas nos diversos estudos já referidos, tais como Gois (2016), Machado (2016), Sena (2016), Amorim (2015), Domingues (2015) e tantos outros. Na questão do abortamento, em especial, ela em nada se modificou, haja vista os resultados da recente pesquisa de Lima (2020).

Dois caracteres de violência que não tinha sido descritos no documento de base para esta categorização foram as violências de caráter cultural e familiar. A primeira ocorreu diante dos maus-tratos verbais proferidos à Aparecida por ter tido assistência de uma parteira, como já visto. A segunda, decorre das situações em que as pessoas com vínculo familiar com a mãe ou o filho privam as mulheres de direitos ou as maltratam. Dentre essas situações, foi marcante o

pai da criança que não assumiu sua responsabilidade, abandonou ou foi ausente nos cuidados com os filhos. Esse é um fenômeno que esteve presente em todo o estudo. Já referimos como o abandono da mulher negra é uma realidade devastadora. Aqui, vale ainda destacar, que, visto na linha do tempo, percebe-se o quanto ele se reinventa no tempo e atravessa as décadas, sugerindo ser um fenômeno arraigado na cultura machista e que compõe o cenário do racismo estrutural no Brasil.

Em relação à violência de caráter institucional, pode-se observar o quanto ela diminuiu com a implantação do SUS em relação à falta de acesso aos serviços. Porém, a negligência e a falta de garantia do direito ao acompanhante estiveram referidas nos vários períodos. Joaquina não informou se teve ou não acompanhante no seu último parto. A garantia do direito ao acompanhante só foi referida nos partos de Cristiane e Liliane, que foram acompanhadas por suas mães. No entanto, na hora de irem para o bloco cirúrgico, foram sem acompanhante. Não ter respeitado o direito ao acompanhante tem sido umas das violências mais citadas nos estudos, mesmo que seja lei desde 2005. A principal justificativa institucional está relacionada à infraestrutura das maternidades em relação à privacidade (ANDREZZO, 2016). Além dos benefícios psicoemocionais, estudos demonstram que a presença do acompanhante diminui as intervenções no parto e aumenta a satisfação das mulheres (YIEN, 2016). É, portanto, uma estratégia de empoderamento das mulheres para o enfrentamento da violência obstétrica e luta pela humanização do parto e nascimento.

A violência institucional por negligência foi marcante na trajetória de Maria Antônia e com o pior desfecho. A hipótese aqui defendida é que seu parto teve poucos procedimentos, não por proteção, mas por negligência por conta da invisibilidade que enfrentam as mulheres negras e quanto mais escura for a cor de sua pele.

Pudemos ver que realizar os procedimentos tem sido a rotina das maternidades desde a sua institucionalização. Os partos de Maria Antônia correspondem à época em que as primeiras críticas ao modelo de parto tecnificado ainda estavam sendo gestadas. Pode até se supor que nesta época a forma de garantir a assistência era realizar os procedimentos. As frases comumente escutadas pelas gestantes que revelam a naturalização do sofrimento no parto, tal qual “calma, é assim mesmo!” ganham um novo contexto nesse cenário. Pois era isso o que a medicina tinha para oferecer hegemonicamente. Pouco se conhecia das alternativas diante de todo o processo de institucionalização que deslegitimou o modo normal, natural e afetivo do parto. Não quero com isso afirmar que não podemos caracterizar como violência, mas argumentar que a falta de procedimentos nos partos de Maria Antônia representou uma forma de negligência por invisibilidade.

Soma-se ainda nesse argumento que as mulheres que não relataram muitos procedimentos têm possíveis justificativas para terem escapado das intervenções. No Apêndice I, encontra-se o quadro 7, no qual podem ser observados fatores que demarcaram este processo.

A mesma parteira que esteve no segundo parto de Bete foi a parteira que Maria Antônia pagou para ser bem tratada e esteve no seu parto. Por que no parto de Bete ela ofertou ocitocina já em trabalho de parto avançado e no de Maria Antônia a deixou por 10 horas, sentindo suas dores calada sem nenhum cuidado?

Como já visto, Leal *et al.* (2014) nos informam que as mulheres negras e quanto mais escura for a cor de sua pele teriam um certo fator protetivo para a violência obstétrica por procedimentos, mas isso não decorre de uma inserção na humanização do atendimento, isso se dá porque essas mulheres são invisibilizadas.

A humanidade roubada das mulheres negras pelo processo de formação da sociedade brasileira implanta uma representação social que afirma que mulheres negras foram criadas para parir e, por tudo que passaram na escravidão, são fortes e não sentem dor. Por conta disso, foram utilizadas como cobaias nos experimentos iniciais da obstetrícia sem anestesia. Os dados da Pesquisa Nascer no Brasil revelam que são as mulheres que recebem menor quantitativo de anestesia. Soma-se a essa conjuntura uma invisibilidade que é estrutural e se reflete nas trajetórias que as mulheres negras traçam na atenção à saúde. Como já visto, há dificuldade de acesso desde o planejamento familiar, ao pré-natal, tendo inclusive menores números de consulta e de tempo de duração da consulta. Também vimos que as suas necessidades de saúde não são reconhecidas, tanto na assistência como na produção do conhecimento.

O resultado é catastrófico nas várias dimensões da vida psicoemocional e nos altos índices de morbimortalidade materna e infantil. Assim, o fato de Maria Antônia ter escapado dos procedimentos tem todos os indícios de apontar para uma negligência acumulativa, resultando na morte da sua filha no segundo parto.

Vale ainda ressaltar que, diante da leitura que as mulheres fazem das dificuldades e riscos que enfrentarão na maternidade, elas criam estratégias de diminuir suas trajetórias de dor e sofrimento.

7.5 Os corpos dóceis e silenciados e suas perigosas estratégias de driblar os maus-tratos e negligência

A principal estratégia das mulheres para lidar com o sofrimento e escapar da violência por maus-tratos no parto é o silenciamento, não demonstrando resistência aos procedimentos,

como já visto. O que se traduz numa docilização dos corpos. Também sendo cooperativa, tal qual foi Solange na sua estadia na maternidade. Solange nos conta aos risos que as enfermeiras ficaram admiradas e lhe perguntava se ela realmente ia ter menino: “Com esta cara?” Ela respondia “E eu tenho outra?” Todas as mulheres caem na risada com as histórias de Solange. Mas esse comportamento, que causa surpresa nas enfermeiras, pode também ser lido como a tão buscada docilidade dos corpos. Amorim (2015) refere a preferência dos profissionais por essas mulheres:

Em relação a “impedir a livre expressão da mulher”, marcado por 84% dos participantes, diversos estudos relatam que mulheres são condicionadas a apresentar determinados comportamentos durante o parto – os profissionais referem a preferência por pacientes “colaborativas” e a dificuldade em lidar com as consideradas “escandalosas/queixosas”(p. 57).

Solange não demandou cuidados, não reclamou e não expressou dor e sofrimento, ao contrário, fez o trabalho das enfermeiras. Essa é uma semelhança do que relata Maria Antônia. Ela nos conta que não gritou, não gemeu, ficou quietinha, aguentando tudo caladinha e ganhou um “elogio” da enfermeira:

Verônica: A senhora gritava de dor?
Maria Antônia: Gritava não.
Verônica: Por que não gritava se estava doendo?
Maria Antônia: Estava doendo, mas eu aguentei.
Verônica: Sim...
Maria Antônia: Aguentei, minha fia.
Verônica: Mas por que não gritou?
Maria Antônia: Porque não, fia. Aí ela disse assim: “mas você é mulé macho sim senhor, viu?”
Verônica: Foi mesmo? (risos)
Maria Antônia: Foi, minha fia. (risos).
Verônica: E a senhora achou isso o quê?
Maria Antônia: Sei não, minha fia. Eu achei que ela estava me dando valor. Me elogiando...

Como foi visto na sessão referente ao período gestacional, as mulheres, desde que ficam grávidas, começam a ser disciplinadas a não gritar, reclamar ou manifestar qualquer tipo de insatisfação, dor e sofrimento na hora do parto. Talvez essa seja a mais difundida violência obstétrica, pois chegar no parto sabendo que será necessário ficar de boca fechada e obediente, sob pena de ser negligenciada, deixada de lado ou escutar piadas jocosas, é uma experiência referida no parto também em Vidal (2017), Silva, (2017), Gois (2016), Amorim (2015), Barros (2015), Silva (2015) e Ramos (2013) e tantos outros estudos.

Domingues (2015), Batista (2015) e Palharini (2015) referem como a medicina se constituiu como uma das estratégias disciplinares do biopoder, visando à produção de corpos dóceis e sem resistência. O silenciamento das mulheres no parto é uma expressão deste biopoder. É também um produto da masculinização do parto. Vimos anteriormente que os homens criaram instrumentos e procedimentos para o parto a partir de suas próprias anatomias. Eles também normatizaram as condutas que as mulheres devem ter na hora de parir. É impossível para os homens compreenderem o que é a dor do parto e eles são culturalmente preparados para não demonstrarem suas fragilidades. Quem não já escutou os corolários: “homem não chora,” “homem é forte”? Maria Antônia, por não expressar sua dor, foi associada a uma mulher que é macho, não chora, não grita, aguenta tudo calada.

Outra estratégia que se coloca em curso advém da lógica que, quanto menos tempo se passar na maternidade, menor será a exposição aos procedimentos, aos maus-tratos e sofrimento decorrentes. Na narrativa de Helena, ela compara seus partos e narra sua história de parto hierarquizando o sofrimento de acordo com o número de procedimentos e tempo decorrido do parto. O mesmo é reconhecido na narrativa de Bete. Primeiro, elas comparam seus partos e hierarquizam o sofrimento.

O relato de Helena nos chamou a atenção porque ela afirmava não ter sofrido violência obstétrica do seu segundo parto, uma vez que apenas recebeu a ocitocina e foi rápido, quase não sentiu dor. O pós-parto teve a complicação de ela ter ficado com de restos de placenta, precisou retornar à maternidade para a realização de curetagem, realizada sem anestesia. Como já relatado, no primeiro parto, passou mais de 30 horas e sofreu vários procedimentos e maus-tratos. Assim, Helena faz uma hierarquia de sofrimento relacionada ao tempo de estadia e quantidade de procedimentos.

O primeiro parto de Bete também foi longo, repleto de intervenções, marcado pelo sentimento de negligência e solidão. Nos demais, quase não sofreu violência, pois chegou na hora de parir.

Essa mesma hierarquia parece ter sido apontada por Bernadete nos seus partos, pois, apesar de intervenções, como a manobra de Kristeller e o que passou de sofrimento e humilhação durante a situação de abortamento, refere ter tido bons partos.

E assim percebi que as mulheres vão construindo a percepção de que, quanto menos tempo elas passam na maternidade, menor o risco de sofrerem maus-tratos e intervenções desnecessárias. Esta parece ser uma sabedoria popular e se constitui numa perigosa estratégia que ainda pode ser falha, como foi visto no parto de Jamile.

A estratégia de ir para maternidade apenas na hora de parir também foi referida na pesquisa de Rodrigues (2016). As mulheres kalungas não dispõem de maternidade na sua comunidade por falta de obstetra. Quando vão parir, enfrentam a difícil realidade da peregrinação, chegando a parir no transporte antes de chegar a um destino hospitalar. Descobriram a estratégia de ir para maternidade apenas na hora de parir porque perceberam que, assim, conseguem parir no hospital local, porque não dá tempo de serem transferidas. Desta forma, evitam a violência obstétrica da peregrinação de maternidade e o risco de parirem no trajeto.

Outra estratégia de ser bem cuidada e evitar maus-tratos foi colocada em curso por Maria Antônia, quando deu o dinheiro para a parteira da maternidade. Aparecida referiu ter usado a mesma estratégia, porém, seu trabalho de parto se estendeu para além da troca do plantão e quando houve troca de profissional, ela voltou a ficar desassistida e sem dinheiro para efetuar novo pagamento.

Infelizmente, as estratégias que relataram podem ser perigosas. A estratégia de ir para maternidade apenas na hora de parir aumenta a vulnerabilidade para morbimortalidade materna e do conceito, ao se expor ao cuidado tardio em caso de intercorrências. Já as estratégias de silenciamento ou de pagar alguém da equipe de enfermagem visando ser bem tratada tanto ajudam a perpetuar a cultura dos maus-tratos e podem ser falhas. A exemplo disso, Aparecida pagou para ser bem tratada e ficou novamente abandonada e entregue a relações marcadas pelos maus-tratos na troca do plantão. Essas são estratégias que evitam o enfrentamento da violação de direitos e contribuem para invisibilizar e naturalizar as más práticas obstétricas.

A espiritualidade também foi referida como um recurso para enfrentar os riscos de parir na maternidade, a dor, sofrimento e solidão:

Porque nesse tempo tava morrendo muita gente na FUSAN. (...) O pessoal dizia: “aquilo é um matador, aquilo é um matador”. Aí mãe dizia assim: “mas a gente só morre no dia que tem de ser. Nossa Senhora do Bom Parto vai dá um bom parto a ela. Eu vou fazer uma promessa pra quando ela sair da FUSAN, sair com um vestidinho azul (...) minha mãe foi com o vestido pra eu sair da FUSAN com o vestido azul. (SOLANGE, entrevista)

8 AS NARRATIVAS DAS MULHERES SOBRE OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Assim que iniciei meus trabalhos na maternidade municipal, pensei que, assim que as mulheres estivessem cuidando de seus filhos, todas as memórias negativas do parto seriam esquecidas. Como veremos, esse é um pensamento comum e pode até ser real para algumas mulheres. No entanto, veremos neste capítulo que a violência obstétrica pode deixar marcas, inclusive, permanentes na vida das mulheres.

Após apresentar a produção sociopoética das mulheres, farei um exercício de triangulação dos dados desta produção com as demais falas das mulheres nas oficinas e entrevistas visando tecer um diálogo com a produção acadêmica. Com o objetivo de sistematizar os ricos conhecimentos que as mulheres nos aportaram, construí uma proposta de categorização dos efeitos da violência obstétrica nas suas vidas. As mulheres também foram generosas ao compartilharem suas estratégias colocadas em curso para o enfrentamento das marcas deixadas pela violência obstétrica em suas vidas.

8.1 As narrativas sociopoéticas sobre os efeitos da violência obstétrica

A oficina na qual discutimos os efeitos da violência obstétrica foi o momento mais profundo do grupo porque pude propor atividades mais profundas de acesso à memória e ao inconsciente. Isso porque, nos encontros anteriores, havia investido muito na construção de *grounding* que, de um lado, me ajudou a conhecer o perfil das mulheres e, por outro, a fazer com que os laços de confiança estivessem mais fortalecidos. Isso me deu confiança e segurança para realizar um exercício criativo chamado “viagem mítica”⁶⁸. Neste exercício, as mulheres se imaginaram se transformando no “bicho-mulher que sofreu a violência obstétrica,” enfrentando vários desafios e caminhos de superação. Essa vivência ajudou as mulheres a mergulharem com mais intensidade no mundo simbólico, fazendo emergir um rico diálogo sobre como a violência obstétrica marcou suas vidas.

No segundo momento, compartilharam suas viagens e se formaram pequenos grupos, segundo as características dos bichos que trouxeram (“bicho da terra”, “bicho em transição terra-ar” e “bicho do ar”), e compartilharam suas experiências de como foram marcadas pelas

⁶⁸ Este exercício foi uma adaptação da viagem mítica realizada com jovens no trabalho de sociopoética desenvolvido por Carneiro *et al.* (2014).

histórias de violência obstétrica, identificando o que tinha em comum e o que as diferenciavam. Também trouxeram as suas estratégias de como enfrentaram os efeitos da violência obstétrica em suas vidas. Finalizamos a oficina com elas compartilhando no grande grupo as discussões. Na oficina seguinte, elas criaram “confetos” para os seus grupos.

a) Cuidado: “bichos da terra”

O grupo dos “bichos da terra” criou o “confeto” “Cuidado”, porque as mulheres acham que é uma palavra forte e expressa o que todas precisaram. As mulheres tiveram em comum que cada uma trouxe a história da morte simbólica ou real de forma consciente ou em manifestações do inconsciente. No entanto, veremos que são mortes invisibilizadas ou talvez dores e lutos não autorizados. Assim, o tema da morte esteve presente, porém, não falado.

O primeiro debate que trouxeram é que a mãe, ao sair da maternidade, vê seu filho bem e esquece o que passou. Essa reflexão foi trazida por Solange e Maria Antônia e é muito significativa, pois, como vimos, o filho de Solange foi baixo peso e faleceu ao 19º dia e Maria Antônia teve um parto de natimorto na sua segunda gestação. Jamile sentiu alívio quando saiu da maternidade, mas também ficou angustiada por tudo que passou. Todo o seu sofrimento ficou passando na cabeça como um filme por alguns dias. Assim, percebe-se que, embora cuidar do filho tenha sido uma das importantes estratégias que ajudam a mulher a se fortalecer, isso nem sempre é suficiente ou possível.

A exemplo disso, o grupo também nos apresentou a história de Jaqueline, irmã de Jamile, que, após um parto traumático, desenvolveu um transtorno mental que se manifesta há quase duas décadas. Após a alta, precisou voltar para maternidade porque ficou com restos de placenta. O procedimento para retirada dos restos da placenta aconteceu sem anestesia. Jaqueline desenvolveu um processo diagnosticado como depressão e, desde então, apresenta crises recorrentes, durante as quais passa tempos fora de casa e adota comportamentos de risco, como sair andando de madrugada sem destino, pegar condução coletiva e não pagar. Desse modo, ao se colocar em situações de risco de vida, leva a sua família a um estado de constante tensão. Jamile nos relatou que vivem à espera de em qualquer momento chegar a notícia da morte de Jaqueline.

Na oficina anterior (a sétima oficina), Jamile havia mencionado que ficou muito assustada no seu parto porque o médico pediu para ela fazer força para expulsar o resto de parto e ela conseguiu expelir. Ficou pensando que, se não tivesse conseguido, iria morrer. Ao trazer na sua viagem mítica a história da irmã e não a sua, Jamile nos dá elementos para pensar que há um processo de identificação com a irmã, que ficou com restos de parto e morreu simbolicamente diante da desestruturação de sua vida em decorrência do adoecimento psíquico.

Jamile sentiu alívio ao sair da maternidade, não ficou com restos de parto e não quebrou a vinculação com a família. Ao conseguir cuidar do seu filho, ela fez um processo de desidentificação com Jaqueline e se permitiu construir sua história. Talvez seja menos doloroso pensar que seu medo de parir é o de morrer que reconhecer um medo de enlouquecer. Talvez seja menos doloroso ligar este medo à morte da jornalista, ao medo de ver sua irmã num contexto de morte simbólica. É uma morte desautorizada pelo consciente? Não há como responder essas questões, mas, por hora, vale ressaltar que os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres podem se manifestar de uma forma inconsciente.

O tema da morte ainda esteve presente de forma subliminar nesse grupo. Solange trouxe a morte na figura de sua burrinha Rochinha, que, em suas palavras, era como uma filha. Ao falar da história de Rochinha, chorou bastante. O grupo quis consolar sua dor, pedindo que ela não ficasse triste, não chorasse. Nessa hora, intervir e a deixei expressar sua dor. Assim, ela pôde realizar um breve trabalho psíquico sobre seu luto.

Maria Antônia também trouxe nas entrelinhas o tema da morte. Ao falar da vaquinha Pretinha, que se fragiliza quando lhe tiram seu filhote. Haveria uma relação simbólica com a sua volta da maternidade de sua segunda gestação em que voltou com os braços vazios?

Deste modo, o tema que predominou na discussão foi o não-dito e se referiu às mortes reais e simbólicas que marcam os efeitos da violência obstétrica. Sempre que penso na elaboração do luto, penso imagetivamente num balanço que vai forte e alto, vai e volta. Depois esse balanço vai diminuindo a sua altura e força. A saudade, a tristeza e demais emoções são intensas e o seu trabalho de elaboração faz com que a pessoa frequentemente oscile entre estes momentos, esquecimentos, lembranças, alegrias e uma infinidade de possibilidades emotivas. E a aproximação de outros lutos têm o poder de colocar o balanço em movimento novamente. Portanto, não é de se admirar que Solange e Maria Antônia tenham trazido seus lutos para serem, de certa forma, elaborados um pouco mais. No entanto, essa vivência me faz questionar se estávamos diante de um caso em que a expressão do sofrimento em decorrência dos efeitos de um parto violento ou das mortes precoces de certa forma não tenha sido autorizado e, por conta disso, voltaria de forma também não autorizada com outras figuras.

As mulheres referiram que utilizaram como estratégias para enfrentar os efeitos da violência obstétrica os seguintes caminhos: a espiritualidade, como a fé em Deus; saber que o filho ou filha está bem; o apego e os cuidados com o recém-nascido; a aprendizagem com a experiência passada e a rede de saúde mental.

b) Superação dos obstáculos: “bichos terra-ar”

O grupo dos “bichos em transição terra-ar” criou o “confeto” “*Superação dos Obstáculos*” porque elas conseguiram superar os obstáculos que surgiram quando saíram da maternidade.

Joaquina e Liliane têm em comum partos cirúrgicos após uma trajetória de muito sofrimento no trabalho de parto. Também referem a ausência do pai da criança, seja porque abandonou a mulher na gestação ou porque teve uma postura distante e ausente. Ainda tiveram em comum o período subsequente aos partos marcados por muita tristeza ou, como fala Liliane, “um tipo de depressão”.

Tanto Joaquina como Liliane tiveram dificuldades de criar um vínculo imediato com o filho. Liliane ainda se sente muito culpada porque não conseguiu sentir amor pelo seu filho de imediato.

Joaquina esteve em estado de tensão no puerpério por estar na casa de seus sogros, recebendo reclamações o tempo todo. Não podia acender uma luz quando o filho acordava à noite. Sofria por estar distante da família dela. Ela identifica que o filho ainda apresenta sofrimentos da época do nascimento, principalmente, pela ausência e distanciamento do pai.

Outra consequência das memórias do parto que elas referem é que ficaram com medo de engravidar e passar por tudo novamente. Joaquina conseguiu controlar o tempo longo entre as gestações e Liliane, que está recomeçando a vida afetiva, tem evitado uma nova gestação. Isso é importante de demarcar porque demonstra a importância do acesso aos métodos contraceptivos, uma vez que esta foi uma estratégia bem-sucedida no sentido de terem conseguido seus objetivos de não engravidar.

O tema da morte também foi trazido na viagem mítica de Joaquina, quando ela apresentou a morte neonatal de uma criança que não conhece, mas havia lido uma matéria no jornal no dia anterior. Também trouxe a vaca que quando perde seu filhote ela o lambe e muge com muita tristeza. Joaquina, que também passou por história de um abortamento de uma filha, assim como Solange e Maria Antônia, não associa a dor da morte de um filho à sua experiência de luto materno, ao contrário, refere a dor de alguém distante.

Referem muita vergonha com as marcas da cicatriz do parto cirúrgico. No caso de Joaquina, foi um corte vertical que aparece se ela usar um biquíni.

Conseguiram superar estes efeitos cuidando dos filhos, amamentando e pelo amor incondicional que foi se consolidando com esse cuidado. Joaquina refere que dormiu profundamente depois do parto e só depois quis ver seu filho. Liliane teve o apoio da família, que foi fundamental na sua superação. Joaquina também encontrou apoio quando mudou de estado e voltou a estudar porque formou novas amigas.

Os temas que se destacam na reflexão deste grupo são os impactos da violência obstétrica na vinculação da mãe e do recém-nascido; o abandono ou ausência do pai da criança, a morte e a importância das outras mulheres e da família na superação das dificuldades.

c) Vitória sobre as consequências: bichos do ar

Este grupo se nomeou como “Vitória sobre as consequências” porque avaliam que, apesar das dificuldades, venceram e tudo ficou para trás. As mulheres deste grupo têm em comum nas suas trajetórias reprodutivas o fato de terem tido mais de um parto. Diferenciam-se de forma polarizada na hierarquia do parto que referiram como terem sofrido a violência obstétrica e nos seus desfechos. Bete pintou o primeiro parto e o representou como um rito de passagem, a menina que sai para passear e cai num túnel. Foi um parto traumático e foi responsável pelo adiamento das demais gestações. Aparecida refere o último parto, o qual a levou a encerrar vida reprodutiva.

Neste grupo, as mulheres construíram uma narrativa como se estivessem se defendendo do processo de culpabilização da vítima, referindo não sentirem remorso pelo que passaram, ao mesmo tempo, faziam uma defesa de seus filhos, contando fatos que demonstram como são zelosos com elas. Dizem que, apesar do sofrimento, tudo valeu a pena.

Aparecida simbolizou a maternidade como uma prisão porque sentiu que lá tinha sido privada da liberdade. Porém, a prisão também pode ser representada pelo local de punição. Vimos que em, seus partos domiciliares, a liberdade que sentia lhe deu condições até de escolher parir sozinha por três vezes. Das suas quinze gestações, ela buscou assistência na maternidade apenas em duas, onde foi recriminada por ter recebido os cuidados de uma parteira e por ser considerada, aos 37 anos, com idade avançada para parir. Ainda vale lembrar que, ao se analisar os Apêndices H e J, pode ser visto que ela foi uma das mulheres que mais recebeu intervenções que causaram sofrimento no parto. O que talvez torne mais significativa a sua representação da maternidade como prisão seja o fato de estar na fronteira da passagem do parto domiciliar para o hospitalar. Com isso, podemos pensar que, para além de sua experiência, sua narrativa desvela como a hospitalização do parto representou um processo de privação da liberdade das mulheres escolherem com quem, onde e como parir. Ainda representa o momento que ocorre no parto a incorporação de elementos de punição, controle da sexualidade e das decisões reprodutivas pelos profissionais de saúde.

Aparecida e Bete têm em comum histórias de parto foram traumáticas e terem sido expostas a procedimentos tidos como violência obstétrica de caráter sexual (toques abusivos, episiotomia e ponto do marido). Elas trazem como principais efeitos da violência obstétrica em

suas vidas a repressão ou até suspensão da vida sexual e reprodutiva. Referem que tiveram medo de engravidar e passar por todo sofrimento novamente. Aparecida deu graças a Deus não ter tido mais filho. Além dos impactos emocionais, que repercutiram durante aproximadamente um ano, ela sentia dores e sangramento quando tinha relação por conta da episiorrafia que lhe deformou a vagina. Esse sofrimento durou cerca de 10 anos, quando foi submetida a uma cirurgia reparadora do períneo. Já Bete, que na sua primeira gestação foi abandonada pelo pai da criança, enfrentou a maternidade de forma solitária. O abandono do pai da criança e o sofrimento decorrente dos procedimentos do parto lhe colocaram por muitos anos com medo de engravidar e repetir as vivências de abandono do pai da criança ou do sofrimento no parto.

Assim, essas mulheres, que trouxeram como tema central de suas viagens a dicotomia privação da liberdade/libertação, têm em comum, como efeitos das violências obstétricas que sofreram, tanto a contenção da vida sexual como da reprodutiva.

Referem que a superação veio com o sentimento de libertação ao saírem da maternidade e ao pegarem o filho no colo porque puderam vivenciar o cuidado e o amor pela criança. Ainda referem a importância do apoio que receberam da família. No caso de Aparecida, ela teve muito apoio da parteira, que sempre chegava em sua casa para animá-la, pois, depois do parto na maternidade, passou mais de um ano com sinais de estresse pós-traumático. Após 10 anos do parto, fez uma cirurgia reparadora do períneo que lhe devolveu a vida sexual livre de dores.

Por que as mulheres falam que, ao sair da maternidade, se livraram das lembranças, mas recorrentemente referem efeitos que marcaram por muito tempo suas vidas?

8.2 A ocultação dos efeitos da violência obstétrica

Como visto, encontramos ao longo da pesquisa situações que aparentemente se configurariam como uma ambivalência. Foi comum encontrar algumas mulheres falarem que violência obstétrica é esquecida quando a mãe vê seu filho bem, o que, como já vimos, faz parte do senso comum. Em outros momentos, as mesmas mulheres nos relataram fatos que demonstraram que os efeitos da violência obstétrica perduraram até mais de três décadas.

Não se trata de uma especificidade do cenário desta pesquisa, é um contexto encontrado em outros estudos. Amorim (2015) refere que não é permitido à mulher que passou por violência obstétrica sofrer, caso seu bebê encontre-se saudável. A mulher é criticada socialmente e ela mesma pode inclusive se envergonhar do que passou. Régis (2016) trouxe em sua pesquisa relatos de mulheres que se culpabilizam por terem passado pela violência

obstétrica. Elas se culpavam por não terem percebido desde o pré-natal os indícios de que o médico era cesarista. Assim, trouxeram para si algo que é estrutural.

Encontramos, em vários momentos da trajetória desta pesquisa, as mulheres se sentindo culpadas pela violência sofrida ou pelos efeitos desta violência em suas vidas. A exemplo disso, Liliane compartilhou com o grupo como ainda se sente culpada por não ter desenvolvido de imediato amor pelo filho. Acolhemos esta dor e refletimos juntas como foi difícil para ela ter sido abandonada pelo pai da criança e todo o sofrimento que passou no parto do filho. Ainda compartilhei com ela que alguns estudos demonstram que muitas mulheres, que passaram por cesariana, tiveram aplicação de ocitocina sintética e outras formas de violência obstétrica, referem dificuldades de criar vínculos com seus filhos.⁶⁹ Ela não estava só nesse processo.

Uma outra situação que encontrei foi a tentativa de não permitir que o filho seja culpado ou penalizado pelo sofrimento que a mulher passou para trazê-lo ao mundo. Foi, por exemplo, o que vimos no diálogo entre Bete e Aparecida acima descrito. Pode-se observar que elas construíram uma narrativa de negação da persistência do sofrimento, pois referem que, quando viram o filho pela primeira vez ou quando saíram da maternidade, deixaram para trás todo sofrimento vivenciado na maternidade. No entanto, durante toda a pesquisa, nas entrevistas e oficinas, elas narraram em vários momentos como os efeitos da violência obstétrica ainda movem memórias dolorosas e como marcaram suas vidas por um período longo. O que parece uma contradição pode ser, na realidade, uma tentativa de livrar seus filhos de qualquer culpabilização, trazendo para si essa culpa. Elas argumentaram que não se arrependem de terem passado por todo o sofrimento porque os filhos são amorosos, atenciosos e cuidadosos. Como se elas que tivessem sido responsáveis pelo que passaram.

Outra situação encontrada foi as mulheres negarem a violência e seus efeitos diante do medo de serem reconhecidas pelos profissionais de saúde e sofrerem algum tipo de retaliação caso necessitem de atendimento. Jamile traz essa preocupação na sua primeira participação nas oficinas. Ela indaga se os profissionais iriam saber quem seriam elas. Expliquei a estratégia dos nomes fictícios. Ela explica que temia ser negligenciada.

Jamile- E a gente fazendo esse grupo sobre eles, eles vão saber?

Valéria⁷⁰- O nome de vocês não.

Solange- Eles não vão saber do nome da gente, entendeu?

Verônica- O que vocês falarem não vão saber que foi vocês, porque eu vou mudar o nome.

⁶⁹ A respeito destas situações, ver os estudos que associam a dificuldade da formação do vínculo da mãe e do bebê em decorrência dos partos cirúrgicos (SILVA, 2015 e LUZ, 2014), do uso da ocitocina sintética (VALE, 2015) ou da violência obstétrica (SENA, 2016).

⁷⁰ Nome fictício para estagiária de psicologia.

Jamile- O que eu queria saber era isso. Porque eu pensei o que a gente tava falando aqui não ia para eles. Para quando a gente chegar lá.... entendeu?
Todas falam ao mesmo tempo

Jamile- Eu tinha que tirar as dúvidas.

Todas- Bravo!

Batem palmas para Jamile.

Verônica- Às vezes as pessoas têm medo de fazer queixas para o médico e quando for de novo ser maltratada ou maltratar uma irmã ou uma parente...

Jamile- Como vocês disseram (fala para as outras mulheres). Quem vai gritar sabe que eles não vão dar atenção.

Amorim (2015) refere que, apesar do senso comum defender que as mulheres esquecem tudo que passou quando o filho está bem, um parto violento é marcante na vida da mulher:

(...) 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. (p. 34)

Desse modo, as lembranças da violência obstétrica podem durar anos, assim, como foi encontrado nas memórias de Bete, em relação ao seu primeiro parto há quatro décadas e nas lembranças de Bernadete quando foi submetida a tratamento desumano na situação de abortamento, há mais de três décadas.

Vimos, portanto, que os motivos que podem levar as mulheres a negar os efeitos da violência obstétrica são diversos: não lhes é permitido sofrer se seus filhos estão bem, devendo expressar gratidão; se sentem culpadas diante dos efeitos desta violência e colocam em questão a função materna que lhes é cobrada socialmente, como por exemplo, na formação vincular e afetiva com seus filhos; na tentativa de proteger seus filhos da culpabilização, trazendo para si a culpa por ter passado pela violência. Por outro lado, a experiência do parto pode ser percebida como traumática e elas sentem necessidade de verbalizar na tentativa de compreender o que passou, dar um nome e lugar psíquico para o sofrimento e, assim, ao socializarem suas experiências, descobrem que não são as únicas.

8.3 O parto traumático e seus efeitos na vida das mulheres

A experiência de parto foi referida na pesquisa por Aparecida e Joaquina como um trauma. O trauma é uma palavra que tem origem na palavra grega “τραῦμα” que significa ferida. Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, existem vários sentidos atribuídos ao trauma em nossa língua, no que toca ao trauma psíquico, apresenta-se três definições.

TRAUMA PSÍQUICO 1 (psicologia): causa emocional dos problemas mentais. 2 (psicanálise): acontecimento na vida de um indivíduo que, devido a sua intensidade, impede uma reação adequada, produzindo transtornos no psiquismo. 3 (psicanálise): afluxo, excessivo de excitação, que torna o indivíduo incapaz de dominá-las e elaborá-las psiquicamente. (HOUAISS, 2001, p. 2757)

O trauma é um fenômeno que se dá a partir de situações em que a vida ou a integridade física são ameaçadas. Para Câmara filho e Sougey (2001) envolve “situações essencialmente violentas, como acidentes naturais (p. ex: enchentes, incêndios, soterramentos), acidentes automobilísticos, assaltos, sequestros, estupros, entre outros” (p.222). Para a psicanálise, o trauma é um evento de tal intensidade psíquica que a experiência vivida não consegue ser nomeada e, diante disto, não consegue ser elaborada (VIEIRA NETO & VIEIRA, 2005).

As respostas a um evento traumático que envolve risco de vida se dão em primeiro lugar no corpo, pois são ativadas respostas primitivas de sobrevivência relacionadas ao sistema límbico, que aciona a liberação de hormônios visando regular as respostas corporais de luta, fuga, alívio da dor ou preparação da morte. De acordo com a intensidade ou repetição de uma experiência traumática, podem ocorrer lesões de áreas importante do sistema límbico e da região pré-frontal, responsável pela memória e expressão oral. Essas lesões podem chegar a se tornar visíveis em exames de imagem e podem comprometer áreas da memória, do aprendizado e da fala da pessoa que sofreu o trauma (ROEDER & LIMA, 2000; MARGIS *et al.*,2003; GRAEFF, 2003; PERES & NASELLO, 2005; RUIZ *et al.*,2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), esses comprometimentos, na maior parte das vezes, são transitórios, porém, podem se tornar crônicos ou transformar a personalidade.

A experiência traumática, de acordo com sua gravidade, pode desencadear um transtorno da ansiedade classificado no CID-10 como o Estresse Pós-Traumático que envolve sintomas complexos:

Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas ("flashbacks"), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de "anestesia psíquica" e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo. Os sintomas precedentes se acompanham habitualmente de uma hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas

frequentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida. O período que separa a ocorrência do traumatismo do transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos casos. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade. (OMS, s/dt, não paginado)

Assim, a resposta a um trauma não se inscreve apenas na psiquê, pois ele registra transformações que mobilizam o sujeito nas suas dimensões neurológicas, bioquímica e anatômicas. O trauma se inscreve também no corpo.

A gestação e o parto representam um fenômeno de grandes alterações biológicas, psicológicas e sociais para as mulheres. No campo biológico, as mulheres enfrentam transformações hormonais, no psíquico e social, transformam-se os papéis sociais. Assim, é um período que exigirá da mulher um esforço adaptativo. As mulheres, neste período e no pós-parto, estão mais susceptíveis a alterações e transtornos psicoemocionais. Angústias, ansiedade e medos podem estar presentes durante todo o período diante dos desafios biopsicossocial e de adaptação. Porém, diante da violência obstétrica, podem ser intensificados (DIAS& PACHECO, 2020).

Born *et al.* (2005) ressaltam o desenvolvimento do TEPT também em partos considerados de rotina.

O TEPT pode também ocorrer após partos que tenham sido normais do ponto de vista obstétrico e considerados como "de rotina". A experiência de dor e medo intensos da mãe pela sua vida ou pela do seu bebê, a percepção de que a atenção recebida intraparto foi inadequada ou a percepção negativa da experiência de dar à luz (p.ex., sentir-se violentada, impotente, desesperançada, com perda de controle) são associados ao trauma de parto. (p. S68)

Como vimos, Diniz (2005) demonstrou como a narrativa médica construiu uma representação de que o parto vaginal é um trauma que a medicina deve reparar. Para tanto, tenta abreviá-lo, deixá-lo asséptico e indolor. Nesse processo, criou as intervenções que tornaram o parto vaginal sinônimo de dor e sofrimento, o que, de um lado, reforça a narrativa do parto vaginal como um trauma e, por outro lado, faz com que o parto cirúrgico seja consagrado como a solução. Esta inversão da realidade mascara a iatrogenia dos procedimentos desnecessários, principais causas do parto ser sentido como um trauma, e se constitui como uma eficaz estratégia para o fortalecimento da cultura cesarista.

A violência no parto e nascimento, como visto na literatura acadêmica e na singularidade da experiência vivenciada pelas mulheres nesta pesquisa, é antiga e caminha junto com a institucionalização do parto. No entanto, a violência obstétrica como fruto da rotina do parto

institucionalizado foi naturalizada e invisibilizada. A violência sentida rodopia na psiquê da mulher sem ganhar sentido, nome e um lugar psíquico. Ela é vivenciada como um trauma, independente das mulheres assim o nomearem. Dependendo da intensidade do sofrimento, pode ter vários graus de danos na psiquê e nas diversas esferas da vida.

A política do trauma nos conta da importância das pessoas que viveram situação de violação que causaram danos para as suas vidas reivindicarem o lugar de vítimas, visando à reparação ou à cura. Nesse sentido, Pulhez (2015) busca compreender a luta das mulheres no enfrentamento da violência obstétrica e na sua reivindicação ao lugar de vítima no período em que, no Brasil, inicia-se o processo de disseminação do termo violência obstétrica.⁷¹ A importância de ganhar um nome, uma historicidade, gera a necessidade de falar e compreender mais sobre o que lhes aconteceu. Também dá um novo sentido para a experiência e abre caminhos para a cura ou ao menos diminuir o sofrimento que decorre da experiência.

Solange e Maria Antônia, referem memórias de parto que não são relacionadas ao sofrimento, elas associaram o parto à alegria e à renovação da vida. Outras mulheres referem histórias diferentes de cada um de seus partos com registros polarizados. A exemplo disso, trouxeram memórias de felicidade ou alegria: Aparecida refere seus treze partos domiciliares, Bernadete nos seus segundo e terceiros partos e Cristiane do seu último parto.

Apenas Aparecida e Joaquina nomearam suas experiências de parto como um trauma. Porém, outras mulheres trouxeram memórias de muito sofrimento em situações de abortamento, parto e pós-parto violentos que causaram danos psicoemocionais e físicos que repercutiram em suas vidas. Algumas destas mulheres referiram o desenvolvimento de alguns sinais ou sintomas ansiosos que justificaria uma investigação se haveria a instalação do TEPT.

No Apêndice J, apresento os quadros 8 e 9, que trazem o consolidado das violências obstétricas por caráter e associa às memórias que as mulheres referiram segundo o nível de sofrimento.⁷² Podemos comparar como, no caso das mulheres da pesquisa, o excesso de procedimentos marcam negativamente a experiência do parto. As mulheres que referiram o parto como uma experiência de sofrimento intenso, na sua maior parte, associam-no ao caráter

71 Como foi visto, o termo “violência obstétrica” foi promulgado, em 2007, na Lei da Venezuela. No Brasil, ele começa a ser disseminado em 2012 pelo espaço cibernético, principalmente, depois do caso Adelir e das Marchas em defesa do parto, como já visto.

72 Vale salientar que nestes quadros não constam as experiências dos dois primeiros partos de Joaquina porque como referido, ela teve um apagamento da memória destes partos. Também não consta o parto de Helena devido às poucas informações, uma vez que ela participou apenas de duas oficinas, não realizou as pinturas dos tecidos e não quis fazer a entrevista.

físico e sexual da violência obstétrica. Todas elas tiveram aplicação de ocitocina e toques dolorosos e repetitivos.

Com exceção de Liliane, as mulheres que foram violadas na situação de abortamento, parto e pós-parto apresentaram pensamentos intrusivos e revivência das cenas de parto, com duração variável. Jamile e Bete referem pouco tempo, porém Joaquina refere que a persistência do pensamento intrusivo durou em torno de quatro anos e até hoje não consegue lembrar dos seus partos. Já Cristiane nos conta que ainda pensa muito em tudo que aconteceu. As mulheres que sofreram abortamento, além dos sintomas relacionados ao pensamento, referiram insônia e tristeza profunda.

8.4 A ocultação do sofrimento da morte e o luto recorrente

A constatação do quanto a morte rondava as narrativas das mulheres num espaço que deveria ser destinado para celebrar o nascimento de uma nova vida foi algo que me marcou. Porém, a morte foi trazida, principalmente, numa forma do não-dito, se revelando nos elementos do inconsciente, como por exemplo, os conteúdos liberados nas pinturas e viagens míticas. Encontramos nas narrativas das mulheres sobre a morte tanto a morte real, como a simbólica. Foram mortes, na sua maior parte, como consequência da violência obstétrica institucional ou midiática ou por procedimentos inadequados.

Como foi visto, Solange, Maria Antônia, Aparecida, Bernadete e Joaquina trouxeram a história da perda de filhos em situações diversas: abortamento, natimorto, neonatal tardio e no primeiro ano de vida. Salvo a situação de abortamento de Joaquina, que refere ter tido boa assistência na rede de saúde suplementar, as demais mortes tiveram indícios de estarem relacionadas à violência obstétrica institucional por não terem tido acesso aos cuidados em saúde no pré-natal, parto e puericultura ou um acesso não qualificado. Além destas mortes reais, vale lembrar que Jamile nos revelou que a sua trajetória reprodutiva foi marcada pelo medo de morrer no parto. Esse medo teve origem, na exposição midiática sobre a notícia de uma jornalista que morreu no parto, assim como pela morte simbólica da irmã, que foi diagnosticada com depressão após um parto traumático e desde então, vem tendo crises.

Maria Antônia, Solange e Joaquina, ao referirem à morte de seus filhos, fazem uma ressignificação relacionada à espiritualidade. A exemplo disto, Solange diz que não sentiu tristeza porque tem fé que Deus sabe o que faz:

Não fiquei triste, não. Porque ele está com Deus, não era para ser meu. Deus levou para ele, porque sabia que com ele estava melhor. Porque ele

sabe de todas as coisas. Deus levou porque era dele, não era meu. Foi só para eu ter a experiência. Ele disse: Olha, tu vai ter só a experiência de ser mãe. (SOLANGE, Oficina II: apresentação da pesquisa com baralho das emoções 04 10 2019)

Joaquina, na sua representação da viagem mítica, retratou na sua pintura um neonato sendo entregue nos braços de Nossa Senhora. O amor de mãe foi trazido como incondicional, tão intenso que é possível renunciar a seu filho para que ele possa estar num lugar sagrado, nos braços da mãe de Deus.

Vimos, portanto, que elas, ao realizarem a viagem mítica, trouxeram a morte de seus filhos, porém, de forma metafórica. Solange trouxe a morte na figura de sua burrinha Rochinha, que em suas palavras era como uma filha. Maria Antônia trouxe a vaquinha que se fragiliza quando lhe tiram seu filhote e Joaquina trouxe a morte neonatal de uma criança que leu numa matéria no jornal e a vaca que perde seu filhote.

O que nos faz pensar que efeitos da violência obstétrica, quando envolvem a morte dos conceptos, podem ser tão dolorosos que não conseguem chegar na consciência, porém, não perdem sua força psíquica e se manifestam quando encontram uma oportunidade. O que nos faz questionar: haveria uma dificuldade no trabalho do luto? As mortes dos filhos é uma dor tão intensa que precisa ser tirada da consciência? São mortes não reconhecidas ou são desautorizadas de serem sentidas? Esses são indicadores de uma possível complicação no processo de enlutamento?

A morte é um dos temas mais temidos no ocidente e é tida como um vazio existencial impensável. A morte, que na idade média era esperada por fazer parte do ciclo natural da vida, na atualidade do ocidente foi transformada num tabu e interditada (LIMA & FORTIM, 2015).

O parto é considerado como um dos importantes rituais de passagem. Ele demarca a entrada na vida adulta, com novos papéis e responsabilidades. Após o nascimento de um filho, nada mais será como antes. Novos papéis são esperados para a mulher que, de filha, passará para a condição de mãe. O que leva alguns autores a defenderem que o parto é seguido por vários processos de luto psíquico (PULHEZ, 2014).

Para Jamile, o ritual de passagem de Jaqueline, sua irmã, explicita o processo de enlutamento porque se deu com a sua morte simbólica. Como vimos, é um processo que nos parece se dar de forma inconsciente.

Se, para nossa sociedade, lidar com a morte é difícil, estes desafios se ampliam onde a vida é esperada. A exemplo disto, Daneluci (2016) encontrou em sua pesquisa a dificuldade dos profissionais em lidar com a morte na maternidade, pois foram preparados para lidar com a vida. Eles acreditam que os pais não irão sentir a perda do seu filho recém-nascido

profundamente, uma vez que tiveram pouco convívio com o bebê. E, com isso, não conseguem acolher o sofrimento das mulheres que perderam seus filhos. A dificuldade de lidar com a morte-vida é tão intensa que pode passar pela negação ou seu ocultamento.

Como sabemos, o corpo biológico dos filhos é gestado no ato sexual, porém, psiquicamente, os filhos começam a ser gestados nas brincadeiras infantis das crianças quando teatralizam os papéis de pais e mães.

Iaconelli (2007) nos chama a atenção para a dor imensurável das perdas de filhos, mesmo diante de um pequeno convívio. A dificuldade social de lidar com a morte é neste contexto ampliada. Porque o bebê pode não ter surgido ainda na realidade dos demais familiares e amigos, porém, ele vem sendo gestado não só fisicamente, mas também psiquicamente pelos pais. Isto se dá nas construções desejanças dos pais, nas suas fantasias que vão criando o bebê idealizado. Tanto investimento libidinal precisa ser descarregado. Assim, há uma dificuldade de compreender o luto destes pais, e as pessoas que orbitam na vida deles, tendem a desmentir a perda. É comum, por exemplo, falar que a pessoa é jovem, vai ter outra oportunidade, ter outro filho. Outra questão que a autora chama a atenção é que a morte de um filho se situa numa inversão natural. O pai que enterra o seu filho gera uma perda de referência cronológica que tende a deixar os pais desorientados.

Para as mulheres que engravidaram e perderam seus filhos, a dificuldade se potencializa, pois, além de lidar com a dor da perda e do luto, têm que lidar com os procedimentos médicos e com a eliminação das mudanças corporais decorrentes da gestação. Soma-se a esses desafios o fato de que os valores sociais e culturais cobram da mulher o papel de ser mãe como se fosse natural e central em sua vida, podendo ser considerado para algumas mulheres como importante na construção da sua identidade. Neste contexto, diante de uma perda fetal, ela pode vir a ter sentimentos de incompletude ou inferioridade (LEMOS & CUNHA, 2015).

No caso do abortamento, o sofrimento desautorizado é potencializado. Isso porque, como visto, diante das questões morais e religiosas dos profissionais de saúde, eles abandonam a ética e negam a humanidade da mulher. Como visto, a prática rotineira desses profissionais tem sido expor as mulheres a violências verbais e psicológicas, além da tortura dos procedimentos e negligência. O processo de enlutamento é dificultado.

8.5 Acirramento das desigualdades sociais e raciais

Um dos efeitos mais perversos da violência obstétrica é o acirramento das desigualdades sociais, de raça e cor porque, no que toca às mulheres negras, a violência obstétrica atua

estimulando ou obrigando que desistam de suas vidas reprodutivas ou se expressando com uma faceta de necropolítica, uma vez que aumenta a vulnerabilidade destas mulheres para a morbimortalidade materna.

Vimos que as mulheres negras, ao serem privadas do acesso ao planejamento familiar, métodos contraceptivos, pré-natal, assistência ao parto humanizada e puericultura ou o seu acesso se dá em serviços que tenham sua qualidade questionável, tornam-se vulneráveis à morbimortalidade e outros tipos de violência, assim como seus filhos.

As mulheres negras são as que mais têm dificuldades de acesso ao planejamento familiar e seus métodos contraceptivos e isto favoreceu tanto ao ideário eugenista de branqueamento da raça, quanto às estratégias necropolíticas. O acesso aos métodos contraceptivos definitivos, como a laqueadura compulsória, serve ao projeto político de interrupção da vida reprodutiva de quem as instituições definem como não ser capaz de assumir o papel de mãe ou quem não deve nascer. E, como vimos, são as mulheres negras as que lideram os índices de laqueadura compulsória. As gestações não planejadas ou não desejadas vulnerabilizam as mulheres a situações diversas de perda da autonomia, exposição a outras violências de gênero como o abortamento inseguro e conseqüente aumento da mortalidade materna.

Na pesquisa, as mulheres nos revelaram que evitar a gestação é uma de suas estratégias para evitar um parto violento. Como na representação popular, o parto violento e cheio de procedimentos “é assim mesmo,” não há alternativas ou perspectivas de esperança para a sua transformação, só resta evitar ao máximo a gestação. Elas esperam poder pagar um parto cirúrgico ou ter acesso ao plano de saúde. Em outro extremo, elas buscam a laqueadura definitiva, quando não têm nem essas perspectivas.

O não-acesso ao planejamento familiar e a seus métodos contraceptivos afetou profundamente a vida das adolescentes que engravidaram em decorrência disso. Cristiane, como vimos, deixou seus estudos porque a falta de acesso se estende a outros serviços, como o pré-natal de baixa qualidade, que não identificou a necessidade de apoio psicoemocional que ela precisaria para não abandonar os estudos.

A gestação na adolescência, quando articulada à cultura machista que coloca nas mulheres a responsabilidade da criação e manutenção das crianças, permite que os homens declinem de suas responsabilidades. Esse fenômeno, como visto, é potencializado diante da solidão da mulher negra.

O não-acesso ao serviço de pré-natal penalizou as mulheres por terem deixado seus filhos mais susceptíveis à mortalidade fetal e perinatal. A qualidade questionável da assistência prestada não conseguiu captar o filho com baixo peso de Solange, que foi a óbito no 19º dia.

Não há como, nesta pesquisa, saber se esta seria uma morte evitável ou se trataria de alguma má formação. O que constatamos foi que o pré-natal não detectou esta situação.

Na trajetória na maternidade, a mulher de pele com tom mais escuro pariu sozinha na maternidade um natimorto. Não temos como avaliar se houve negligência, porque a mulher falou que só deu tempo de deitar na maca. No entanto, a única mulher da nossa pesquisa que se autodeclarou branca chegou na maternidade também já com sua filha nascendo, mas, ao deitar na mesa de parto, teve assistência de uma parteira e logo chegaram os médicos. Ela refere que a filha nasceu roxa, mas ficou sem sequelas, pois foi logo atendida. Mesmo que não possamos afirmar que houve negligência, podemos lembrar os achados de Leal *et al.* (2017) ao demonstrar que a gradação da cor da pele interfere na assistência no ciclo gravídico puerperal. Assim, demonstra que, quanto mais escuro for o tom da pele das mulheres, mais elas estarão vulneráveis à negligência por invisibilidade.

As mulheres que não tiveram acesso ao pré-natal também não tiveram acesso à puericultura ou tiveram acesso dificultado. Em razão disto, referem óbitos infantis precoces, com menos de um ano, por causas provavelmente evitáveis.

A invisibilidade da mulher negra na trajetória da sua vida sexual e reprodutiva pelas políticas públicas, serviços de saúde e academia as expõem a violações em todos os pontos deste trajeto. Como consequência, afeta as suas vidas em várias dimensões. Desde a instalação de memórias traumáticas, mudança nos seus projetos de vida profissional, econômica e desejo de novas gestações. Além disso, aumentou a sua vulnerabilidade e de seus filhos à morbimortalidade.

Esse é um dos pontos importantes para se pensar na necessidade do movimento de humanização do parto ir para além das necessidades das mulheres brancas e de classe média, que lutam pelo privilégio de ver seus direitos de escolha e pela autonomia garantidos e respeitados. Elas lutam pelo direito de parir por via vaginal e sem procedimentos. Não há como pensar numa proposta de humanização do parto e nascimento sem lutar contra o racismo estrutural e institucional que desconstrói a humanização das mulheres negras ou as invisibiliza. Antes de humanizar o parto, precisamos resgatar a humanidade roubada das mulheres negras. Sem esse passo, a humanização apenas irá reforçar privilégios, iniquidades sociais e assistenciais, assim como reforçar o projeto de branqueamento e suas estratégias necropolíticas.

8.6 A complexidade dos efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres, as necessidades geradas e as estratégias das mulheres para o enfrentamento da violência obstétrica.

Os efeitos da violência obstétrica sofrida são também complexos. No apêndice L, encontram-se os quadros 10 a 14, os quais categorizam os efeitos da violência obstétrica captados pela pesquisa. Pode-se perceber que há efeitos que podem ser conscientes ou inconscientes, por vezes diretamente associados como umnexo causal ou não. Nos quadros, ainda podemos compreender que esses efeitos podem ser a expressão da primeira violência ou podem ser secundários a partir do que o efeito primário desencadeou. Os efeitos das violações também podem estar articulados diretamente a uma vítima primária, quando a mulher que desenvolveu as consequências é a mulher que sofreu a violação, mas pode ser secundária, quando a violação extrapola a vítima primária e atinge outras mulheres. Os efeitos podem também se manifestar nas diferentes esferas da vida das mulheres, como na vida afetiva, sexual e reprodutiva, socioeconômica.

Podemos identificar que a violência obstétrica pode marcar a vida das mulheres nas suas várias dimensões, assim como por um período variável. São vivências que atravessam a vida da mulher e fazem surgir novas demandas de cuidados em saúde, como também geram esforços no campo psicoemocional que são importantes de serem demarcados, no sentido de contribuir em futuros estudos que tenham como objetivo compreender a psicodinâmica ou a clínica em saúde mental das mulheres violadas durante a procura de assistência à sua saúde sexual e reprodutiva.

Embora tenha sido um fator recorrente ter sido abandonada pelo pai da criança, não foi aprofundado nesta pesquisa quais as necessidades e estratégias que as mulheres têm para enfrentar esta situação, sendo uma sugestão para ser pesquisada em futuros estudos.

Ao analisar os efeitos da sutura da episiotomia que marcou a vida de Aparecida e que a levou a passar dez anos convivendo com esse problema, nos colocamos diante da necessidade de garantir a reparação cirúrgica, quando indicada, para as mulheres mutiladas com essas intervenções. Também seria importante a identificação e reparação precoce. Nesse sentido, seria uma medida importante incorporar nos protocolos dos exames de puerpério ou nos exames das rotinas ginecológicas a vigilância de lesões decorrentes da episiotomia que interfiram no exercício de sua sexualidade e organizar os fluxos de encaminhamentos para cirurgias reparadoras.

Dentre as demandas psicoemocionais que a pesquisa identificou, ressalta-se o trabalho psíquico que fizeram para lidar com as emoções, afetos, sofrimentos e transtornos mentais advindos da experiência. Também se destaca o esforço para reorganização da vida nas situações que tiveram o desafio de criar um filho sem a presença do pai da criança, assumindo suas responsabilidades.

As emoções que predominaram nas narrativas das Mulheres Guerreiras do Agreste após sofrer a violência obstétrica foram o medo e a tristeza. Narraram medos diversos: de engravidar e abortar novamente, de passar pelo mesmo sofrimento do parto anterior, de morrer no parto e o medo de ser abandonada novamente pelo pai da criança. As mulheres também referiram sentimentos de tristeza ou estados que segundo elas seriam “tipo uma depressão” (Liliane).

Também referiram dificuldades afetivas. Algumas delas não conseguiram ter o “apaixonamento” imediato em relação ao filho e outras tiveram dificuldade em reconstruírem suas vidas com outro parceiro. Essa dificuldade esteve relacionada a mulheres que foram abandonadas pelo pai da criança ou que tiveram problemas estéticos em relação à cicatriz do parto cirúrgico. Houve referência ao prejuízo da vida sexual com o parceiro, tanto pelo medo de engravidar novamente como pelas dores e sangramento decorrentes da episiorrafia que deformou a vagina.

Em relação ao sofrimento ou transtornos psíquicos, foram relatados pensamentos intrusivos em relação à memória do parto ou situação de abortamento, alterações do sono e apagamento da memória do parto. Também referiram transtornos mais severos, como a depressão e desestruturação psíquica.

Outra demanda que surgiu para as mulheres foi a elaboração do luto pela morte de seus filhos. Vimos que essas mortes, em grande parte, resultaram de uma violência obstétrica de caráter institucional, na qual a privação dos direitos de acesso à assistência qualificada no pré-natal ou puericultura provavelmente vulnerabilizaram os seus conceitos. Porém, vale ressaltar que esses lutos podem exigir um trabalho de elaboração penoso para a mulher. Na pesquisa, como foi visto, identificamos duas situações. A primeira quando a mulher teve uma trajetória de maus-tratos, humilhações e culpabilização pela situação de abortamento. A exemplo disto, Bernadete nos contou que, mesmo após 34 anos, a dor ainda é profunda e ainda sente mágoa por ter sido acusada de ter provocado o aborto. A outra situação identificada pode ser um indicativo de uma possível desautorização do sofrimento, como já visto nestas pesquisas e que está em consonância com outros estudos. Vimos que há uma tendência de os pais serem desautorizados de sofrer pela perda de seus filhos nesses contextos. Essa desautorização se dá porque, no senso comum, acredita-se que não conviveram com seus filhos em decorrência de abortamento e de óbitos perinatais ou tiveram pouco tempo de convivência nas mortes pós-natal. Assim, se desconsidera todo investimento afetivo e fantasias idealizadoras que nutriram essa relação.

A espiritualidade é referendada em vários estudos como um elemento importante para fortalecimento na vivência do luto. O que é compreensível, pois, se a morte é o anúncio do fim

da existência e isto pode não ter sentido psíquico, ela pode ser ressignificada nas diversas explicações espirituais. Assim, a morte pode vir a ganhar um lugar psíquico. No entanto, a pesquisa apontou para uma questão que precisa ser aprofundada em estudos futuros.

Os lutos vivenciados por Joaquina, Maria Antônia e Solange decorrentes das mortes de seus filhos em situações de abortamento, óbito perinatal e pós-natal tardia me levaram a pensar que houve uma desautorização de suas dores. Isso porque elas referiram uma certa resignação diante da vontade divina. No entanto, essas dores foram liberadas através de suas produções míticas⁷³. Como se fosse mais fácil falar da morte de outros, sem associá-la diretamente às dores pela morte dos seus filhos, o que me trouxe as seguintes reflexões. Os dogmas ou crenças religiosas podem vir a ser mais um elemento que contribui para a desautorização do sofrimento pela morte, pois não se pode ir contra a vontade divina? E se assim for, a espiritualidade se tornaria mais um fator que pode dificultar o trabalho de elaboração do luto materno? Essas questões não podem ser respondidas no presente trabalho. A intensão de trazê-las é apontar para possíveis necessidades que as mulheres enfrentaram nos casos de trabalho de luto pela morte de seus filhos.

Outras questões que podem trazer contribuições para a psicologia é compreender as estratégias que as mulheres utilizaram para o enfrentamento da violência obstétrica. Isso é, as mulheres não foram passivas. Diante de suas possibilidades, desenvolveram estratégias tanto para evitar a violência obstétrica, como para curar as feridas e danos causados.

Na literatura acadêmica, a principal referência encontrada como estratégia de enfrentamento da violência obstétrica foi a descoberta da possibilidade de se parir de forma humanizada e na ação coletiva através da participação nos movimentos sociais. A exemplo disso, referiram o movimento pela humanização do parto e nascimento, movimento feminista de mulheres negras, as rodas de parto para a preparação de um parto humanizado e os grupos ativistas que se articulam no ciberespaço (SENA, 2016; RÉGIS, 2016; MACHADO, 2016). Ainda vale ressaltar a estratégia individual e coletiva das escritas de cartas aos obstetras (RÉGIS, 2016) e a importância do apoio da família e da rede de amigas (MACHADO, 2016).

No presente estudo, a estratégia mais recorrente foi não expressar dores ou insatisfação durante a estadia na maternidade. Também foi muito referido pelas mulheres a estratégia de evitar ou postergar a gestação. As mulheres que conseguiram acesso à informação correta de como utilizar os métodos contraceptivos foram bem-sucedidas em colocar esta estratégia em

73 Como visto, Solange, trouxe a morte da burrinha que era como uma filha, Joaquina e Maria Antônia trouxeram as histórias de vacas que sofrem quando seu filhote morreu ou foi levado para longe da mãe.

curso. Não foi aprofundado se algumas mulheres que chegaram em momentos avançados do trabalho de parto utilizaram a estratégia de postergar a ida para a maternidade com o objetivo de chegarem em cima da hora do parto ou procurarem assistência para as situações de abortamento quando não houve outra opção.⁷⁴ Outra forma de evitar os maus-tratos foi pagar a alguma pessoa da equipe de enfermagem.

Porém, como já vimos, essas estratégias podem não ser eficazes ou até mesmo contribuírem para manter o ciclo da violência obstétrica. Algumas destas estratégias ainda podem colocar em risco de morbimortalidade as mulheres e seus filhos. Recorrer a essas estratégias deve ser muito penoso para elas. Talvez isso aconteça por conta de um sentimento de impotência das mulheres para mudar o destino de sofrimento no parto hospitalar, selado com a expressão: “é assim mesmo!” E tem sido assim mesmo ao longo das últimas décadas, ao menos para as mulheres que participaram desta pesquisa, como visto.

Outras estratégias que as mulheres referiram dizem respeito a como lidaram com as consequências da vivência da violência obstétrica. Ou dito de outra forma, as estratégias de superação que lançaram mão.

Cuidar dos seus filhos foi a estratégia curativa mais citada pelas mulheres. Em vários momentos da pesquisa, referiram um amor incondicional pelos seus filhos, como algo que lançaram mão para superar os efeitos da violência obstétrica em suas vidas, em especial as memórias traumáticas do parto. O olhar nos olhos, amamentar e os cuidados com o recém-nascido, serviram não só de continência afetiva para o bebê, mas também para a mãe. Isso é muito interessante de observar porque a literatura em geral cita essa continência como fundamental para a estruturação psíquica da criança. No entanto, as mulheres da pesquisa nos ensinam o quanto foi importante também para elas curarem suas feridas das violências sofridas.

Por exemplo, Jamile, como vimos, precisou fazer um processo de desidentificação com sua irmã. O primeiro passo desse processo se deu no seu pós-parto, diante do fato de ter conseguido expelir os restos de placenta e não precisar cursar a trajetória que sua irmã cursou e que se caracterizou por maus-tratos, dores e sofrimentos. Vimos também que o segundo passo para se diferenciar de sua irmã se deu quando Jamile conseguiu cuidar do filho. Aqui, vale recorrer à linguagem simbólica que ela trouxe da gata andarilha, que viaja, mas tem como força a sua condição de cuidar de seus filhotes. Assim, enquanto sua irmã rompeu com a família nas

74 Aqui refiro, por exemplo, ao terceiro parto de Bete ou ao segundo de Maria Antônia, que no seu relato nos parece que chegaram muito próximos ou já no período expulsivo. Não foi aprofundado o que as levaram a retardar a ida a maternidade ou se faz parte mesmo de um processo mais acelerado por não se tratar da primeira gestação.

épocas de crise, ela conseguiu cuidar de seu filho e encontrar nisso força para lidar com os pensamentos intrusivos em relação ao seu sofrimento na maternidade.

Algumas mulheres referiram não conseguir construir de imediato a relação afetiva com seu filho. Joaquina dormiu profundamente e depois se sentiu em condição. Liliane precisou de mais tempo, mas foi também cuidando do seu filho, amamentando, que conseguiu construir essa relação. Porém, carregou a culpa por muito tempo.

A família foi também fundamental, principalmente para as mulheres que foram abandonadas pelos pais de seus filhos durante a gestação, como relataram Maria Antônia, Bete e Liliane. Joaquina não teve apoio de sua família porque morava longe e a família do marido não foi acolhedora. Só encontrou apoio quando se mudou para outro estado e voltou a estudar, o que a levou a conseguir ativar redes de apoio com amigas e professores. Essa nova rede foi muito importante, por ter lhe dado apoio quando ela vivenciou a situação de seu abortamento.

O apoio de outras mulheres foi citado por várias mulheres como de grande importância: a mãe, a parteira e as amigas. Elas também referiram algumas estratégias comunitárias, como preparar um pirão de mulher parida e as visitas após a chegada da maternidade.

A espiritualidade também foi uma importante fonte de apoio das mulheres. Elas trouxeram a sua importância, principalmente na oficina em que apresentaram suas pinturas sobre os efeitos da violência obstétrica. A gata viu Jesus na montanha, a vaca-louro entregou o filho morto nos braços de Nossa Senhora. Como já citado, elas também referiram a fé em Deus como fonte de força psíquica, principalmente, em situações mais abruptas, como a morte de seus filhos e o transtorno mental da irmã de Jamile.

As mulheres ainda recorreram às estratégias das políticas públicas de saúde. A exemplo disso, Jamile cita o Centro de Apoio Psicossocial como fundamental para a sua irmã e Aparecida recorreu à cirurgia reparadora do períneo, que foi fundamental para voltar a ter relações sexuais sem dores, como diz: “Agora é só alegria!”.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos trilhados nesta pesquisa serão inesquecíveis. Levarei para sempre no coração a gratidão pela generosidade com a qual as Mulheres Guerreiras do Agreste se entregaram à pesquisa e compartilharam seus saberes, dores, sofrimento, mas também nos presentearam com suas alegrias, cuidados, estratégias de resistência e potência de vida.

Transitar entre as memórias dessas mulheres nos levou a trilhar lembranças de um tempo em que parir era um momento representando pelo acolhimento e solidariedade de outras mulheres, como também da alegria e curiosidades das crianças.

Suas memórias nos levaram igualmente a locais sombrios. Esses tempos também foram marcados pela desigualdade no acesso à assistência à saúde que penalizou, principalmente, as mulheres da zona rural e negras. Trouxeram histórias de morbimortalidade, tanto materna, de pessoas da comunidade, como também de seus filhos, em prováveis causas evitáveis.

Também nos conduziram por caminhos que nos ensinaram que a violência obstétrica é mais intensa na maternidade, talvez por ser o momento de maior vulnerabilidade para as mulheres. Porém, a violência obstétrica foi identificada na narrativa de todas as fases que compõem o ciclo reprodutivo, desde a garantia do acesso aos métodos e informações corretas sobre os métodos contraceptivos e seu uso, até as ações de atenção à saúde na gestação, abortamento, parto e puerpério. Algumas violações de direito fizeram com que a assistência ao parto e abortamento se transformasse em cenas de horror. Quem deveria estar cuidando e protegendo proferiu maus-tratos, agressões, humilhações e mutilações nos corpos das mulheres.

A violência obstétrica foi se desenhando ao longo da pesquisa como um fenômeno social complexo. Além de perpassar as várias fases do ciclo reprodutivo, ao colocar todas as violências relatadas numa linha do tempo, observamos que elas perpassaram as décadas. Ao relacionarmos essas violências aos conhecimentos e práticas hegemônicas, percebemos que muitos dos procedimentos ou intervenções poderiam até ser uma expressão do desejo de cuidar, pois a crítica ao parto tecnificado era ainda incipiente. No entanto, a partir da década de 90 há uma intensa produção científica, que desmistificou a maior parte dos procedimentos diante da cosmovisão que os sustenta. Isto é, através de rigorosa e extensa revisão em artigos científicos, a OMS demonstrou que muitos desses atos não deveriam estar nas rotinas das maternidades, ou deveriam ser eliminados porque as evidências demonstraram colocar em risco as parturientes e seus filhos e filhas. A OMS também lançou diretrizes para as boas práticas obstétricas nos partos de baixo risco. Desde os anos 2000, essas recomendações fazem parte das diretrizes das

políticas de saúde da atenção no ciclo gravídico/puerperal e foram criadas várias ações visando sua disseminação, assim como estratégias para estímulo ou indução, para que fossem adotadas nas maternidades brasileiras. Ao se perceber partos semelhantes no que toca às violações referidas entre os anos de 1977 e 2018, percebemos que os investimentos realizados nas políticas de humanização da atenção à saúde no pré-natal, parto, abortamento, nascimento e puerpério pouco influenciaram as experiências das mulheres que participaram desta pesquisa. Mesmo que algumas violências tenham deixado de ocorrer diante da universalização e integralidade das ações do SUS, como por exemplo o acesso ao pré-natal, as iniquidades ainda foram recorrentes.

A complexidade da violência obstétrica narrada pelas mulheres também foi observada diante de uma tipificação que, assim como na literatura, manifestou-se de forma diversa. A exemplo disso, nas suas narrativas foram encontradas violações de direitos, quando os profissionais de saúde utilizaram de seu poder para disciplinarizar, docilizar, silenciar os corpos das mulheres e controlar ou conter a vida reprodutiva delas. Também encontramos narrativas referentes a negligência, abandono, maus-tratos, humilhações e piadas jocosas. Os procedimentos e intervenções, como uso de ocitocina, episiotomia e manobra de Kristeller, foram os mais referidos. Ocorreram até em situações em que as mulheres se encontravam em períodos avançados do trabalho de parto, o que nos leva a pensar que fazem parte de um cardápio pré-definido, isso é, compõem a rotina das maternidades públicas.

A complexidade da violência obstétrica também se revelou na diversidade de perpetradores. Nesse sentido, profissionais de saúde, estudantes (reconhecidos como estagiários), familiares e mídia foram apontados como violadores nos diversos ciclos da vida reprodutiva das mulheres. Entre estes perpetradores, temos os pais das crianças: a maior parte das mulheres referem que foram abandonadas.

A forma como a violência obstétrica atravessou e marcou a vida das mulheres é também complexa. Os efeitos da violência obstétrica variaram quanto ao grau de exposição, ao período de duração e as dimensões da vida das mulheres que foram impactadas. A exemplo disso, temos as memórias traumáticas dos maus-tratos e humilhações proferidos pelos profissionais após um episódio de abortamento, que atravessou mais de 30 anos e ainda é mobilizadora de sofrimento. Os efeitos ainda podem assumir um caráter coletivo, transformando a cultura do parto ou a opção das mulheres de adiarem ou suspenderem a suas decisões reprodutivas. A exemplo disso, o medo de sofrer no parto contribuiu para o fortalecimento da cultura cesarista e a espetacularização midiática levou ao medo de morrer no parto e esse medo levou a mulher a adiar sua decisão de ter filhos.

Adiar e suspender a decisão de ter filhos foi referida também como uma estratégia recorrente das mulheres para evitar se exporem à violência obstétrica. Outras estratégias acionadas as colocaram em maior risco, como procurar a maternidade no último momento, isto é, próximo ao trabalho de parto. Ainda foram referidas como estratégias pagar para ser bem cuidada ou silenciar-se, não expressando insatisfação e dores durante o atendimento anterior e durante o parto. No entanto, vimos que essas estratégias ora perpetuam a violência, ora expõem as mulheres ao risco de morbimortalidade. Assim, são uma expressão do peso e significado que essas violências têm em suas vidas, assim como se veem diante da impossibilidade de mudança, afinal, “é assim mesmo!”

Outras estratégias referidas para o enfrentamento dos efeitos da violência obstétrica se deram nas redes sociais de apoio familiar, das parteiras, de outras mulheres e na comunidade, assim como nas redes de serviços de saúde, como o acompanhamento no CAPS e a cirurgia reparadora do períneo. Não foi relatada nenhuma referência a instituições que apoiassem no sentido da promoção dos direitos e reparação das violações sofridas.

Vimos que a violência obstétrica também está relacionada à violação dos direitos: humanos, ao tratamento digno, ao acesso aos cuidados de saúde, sexuais e reprodutivos. A sua maior ocorrência se dá no momento do parto e o modelo de parto hospitalar está organizado de forma que favorece as violações.

A escolha do referencial das teorias decoloniais, utilizando as categorias de análise de gênero com recorte de raça, levou à constatação que o modelo de parto científico fez parte e serviu ao projeto maior de colonialidade do poder/saber/ser que fundou a pós-modernidade e o capitalismo. Esse projeto criou o conceito de raça e gênero visando a constituição de uma sociedade baseada na exploração da riqueza dos povos colonizados, de sua força de trabalho assim como na submissão das mulheres. A colonialidade do poder levou à constituição de uma sociedade misógina, heteronormativa, classista, racista e violenta. Nesse contexto, os modos de parir foram colonizados e, mais que isso, tornaram-se uma importante estratégia da colonialidade do poder, saber e ser.

Para a constituição da medicina científica, é importante lembrar que o saber científico no qual ela se constituiu investiu no apagamento da cosmovisão dos colonizados e se estruturou num paradigma que buscou hipervalorizar a racionalidade e perseguir uma utópica neutralidade. Desse modo, concentrou-se nas faculdades mentais e desvalorizou todas as formas de conhecer. A exemplo disso, os corpos, a espiritualidade, a intuição e a subjetividade foram silenciados e desvalorizados. É um processo de conhecimento desumanizador porque se afastou do mundo da vida e da integralidade do ser. Contribuiu também para que os profissionais de

saúde, formados nessa tradição acadêmica, tivessem diminuída a sua capacidade de criar empatia com a dor e sofrimento das mulheres.⁷⁵ Estudos valiosos demonstram como relações assimétricas de poder entre os profissionais de saúde e as parturientes e a prática médica altamente tecnificada propiciam as violações. A obstétrica científica padece, portanto, de uma crise de corrosão da ética, assim como referido por Aguiar, d'Oliveira & Schraiber (2013) e vive o que chamarei de paradoxo do modelo científico do parto.

Esse paradoxo consiste na contradição do fato de que usa o discurso científico para legitimar suas práticas e perseguir todas as demais advindas de outras racionalidades, alegando não serem científicas e, ao mesmo tempo, não reconhece as evidências científicas que desmistificam e condenam a maior parte dos procedimentos e intervenções que utiliza na sua rotina. Considerando que essas evidências vêm sendo divulgadas pela OMS desde a década de 90 e que se constituíram uma das principais diretrizes das políticas nacionais de humanização da atenção à saúde sexual e reprodutiva no início dos anos 2000, vimos que não foram suficientes para transformar os cenários obstétricos nacional.

A medicina científica que embasou a obstetrícia também contribuiu no processo de colonização, criando o conceito de raça que foi fundamental para compreensão de um dos achados que me trouxe grande mobilização na atual pesquisa: a descoberta da relação da violência obstétrica com a racialidade. Vimos que, embora a maior parte das mulheres sofra algum tipo de violência obstétrica, elas experienciam a violência de forma distinta, segundo o lugar que ocupam na sociedade e o grau de opressão que sofrem. Isto é, a menor ou maior vulnerabilidade das mulheres às distintas violências obstétricas está relacionada à classe, raça/cor e a determinadas condições de saúde, como por exemplo, ser portadora de algum agravo à saúde estigmatizante.

A análise já realizada no início deste estudo demonstrou que as mulheres brancas, quando são de classe social com maior poder aquisitivo, sofrem a violação, principalmente, porque querem parir naturalmente e são desacreditadas. Elas estão mais vulneráveis às cesarianas sem indicação clínica. Porém, como vimos, a branquitude é um sistema que garante privilégios, e nesse contexto, tem como objetivo proteger essas mulheres do sofrimento, da dor e das humilhações.⁷⁶ As mulheres de menor poder aquisitivo estão mais vulneráveis às violências por procedimentos que deveriam ser de rotina ou eliminados. Já as mulheres negras,

75 Para um aprofundamento neste tema, sugiro a leitura de Oliveira & Pacheco (2019) e Pacheco (2019).

76 Vale ressaltar que muitas dessas mulheres vêm se contrapondo e demonstrando que há dores e sofrimentos psicoemocionais e outras sequelas que decorrem da frustração de não parir naturalmente ou que são inerentes aos riscos de um parto cirúrgico.

e quanto mais escura for sua pele, estão mais vulneráveis à violência obstétrica por causas relacionadas à negligência e exclusão. A exemplo disso, podemos citar: dificuldades de acesso aos serviços; baixa qualidade do atendimento ou negligência médica; número menor de consultas no pré-natal e consultas que se dão em tempo menor de realização; durante o pré-natal têm menor acesso às informações sobre o parto; têm menor quantidade de procedimentos, inclusive de anestesia.

Além disso, as mulheres negras têm menor acesso ao planejamento familiar e métodos contraceptivos, o que eleva a procura pelo abortamento inseguro. Sabe-se que as mulheres brancas e de maior poder aquisitivo têm acesso ao abortamento de forma mais segura porque têm condições de pagar clínicas clandestinas com infraestruturas mais adequadas, enquanto o abortamento para as mulheres negras se dá majoritariamente em locais com infraestruturas e condições sanitárias precarizadas. Ao necessitarem de assistência à saúde por intercorrências no abortamento, as mulheres negras são duramente investigadas, acusadas, julgadas, sentenciadas e punidas. Isso se dá tanto pelos profissionais de saúde como pela polícia. Assim, ao procurarem a assistência ao abortamento, sofrem por maus-tratos, humilhações e diversos tratos de crueldade.

Diante desse contexto, foi visto que elas retardam ao máximo a procura ao atendimento e, na maior parte das vezes, são atendidas tardiamente. Como consequência, enquanto os índices de mortalidade materna têm regredido nas mulheres brancas, têm aumentado nas mulheres negras, sendo a morte por aborto quase três vezes maior nas mulheres pretas do que nas mulheres brancas. Assim, são mortes já descritas nas entrelinhas das baixas taxas de acesso aos serviços de planejamento familiar, pré-natal, assistência ao parto e abortamento.

As mulheres da pesquisa que narraram situações de abortamento nas maternidades públicas relataram fatos que, para algumas, aconteceram há mais de três décadas e continuam sendo fonte de sofrimento psicoemocional. Situação contrária foi vivenciada pela mulher que possuía plano de saúde e que referiu não ter sido julgada, tão pouco maltratada. Referiu, inclusive, que a maternidade ligou oferecendo apoio psicológico.

Na pesquisa, encontramos duas histórias que se assemelham por chegarem na maternidade em trabalho de parto avançado. Maria Antônia, a mulher com a tonalidade de pele mais escura, e Bete, a única mulher que se autorreferiu como branca. Porém, suas histórias tiveram inícios e desfechos diferentes, Bete, que fez todas as consultas do pré-natal, saiu da maternidade com seu filho nos braços e Maria Antônia, que nunca teve acesso ao pré-natal, saiu com os braços vazios, sua filha nasceu morta.

Apesar de as mulheres negras serem dependentes do SUS na sua quase totalidade, os gestores e os profissionais dos serviços de saúde não consideram as necessidades e especificidades dessas mulheres. A exemplo disso, Santos (2021) identificou que os gestores e profissionais de saúde da maternidade que foram entrevistados em sua pesquisa basearam o planejamento e as ações do serviço no mito da democracia racial, desconsiderando o elenco de pautas levantadas pelos movimentos de mulheres negras.

Esses achados da literatura e da pesquisa de campo evidenciaram que a violência obstétrica nas mulheres negras tem funcionado como um dispositivo do racismo institucional. Portanto, tanto favorece ao projeto capitalista da medicina liberal e sexista, que busca capturar o poder das mulheres como também funciona como um dispositivo que serve ao projeto eugênico de embranquecimento da população. Isso é dito ao ter se constatado na pesquisa que os atos constitutivos da violência obstétrica nas mulheres negras têm grande potência para inviabilizar sua condição de ter filhos. Isso se dá tanto quando são torturadas no parto ou nas situações de abortamento (instalando o horror e medo para a próxima gestação), como também na massificação da esterilização definitiva, que ainda pode se dar de forma compulsória. Acrescenta-se a esse quadro a maior vulnerabilidade para a mortalidade materna. Esse é um fenômeno social que resulta da omissão do Estado para enfrentamento do racismo institucional e suas consequências no acesso e qualidade da atenção à mulher negra.

Os tipos de violências obstétricas, referidas pelas mulheres do grupo-pesquisador e encontradas na revisão da literatura, espelham, portanto, a sociedade violenta formada a partir do processo de colonização que fundou a modernidade. As mulheres negras foram oprimidas tanto pela sua condição de gênero como pelo racismo. As visões desvalorativas da mulher negra marcaram profundamente a assistência recebida durante todas as fases de seu ciclo reprodutivo, assim como também a forma como vivenciam a maternidade. Esse quadro se intensifica no atendimento delas nas situações de abortamento, cujo requinte de crueldade só é possível por conta desse processo histórico de negação da humanidade e que resulta num aumento da morbimortalidade materna neste grupo social.

Esta pesquisa apontou para a necessidade de ações visando evitar a ocorrência das violações, assim como a promoção e reparação da saúde e dos direitos. Lembrando da importância do Sistema Único de Saúde para a promoção da equidade social e racial, lutar pela sua efetivação é uma das principais estratégias a se pensar no enfrentamento da violência obstétrica. Além do enfrentamento da política neoliberal de sucateamento, precisamos lutar pela garantia do acesso qualificado.

Também são fundamentais ações que fortaleçam as mulheres como protagonistas de suas decisões reprodutivas. Nesse sentido, vale ressaltar a importância do acesso aos métodos contraceptivos e a luta pela descriminalização do aborto que, fundamentais para diminuir as iniquidades e empoderamento das mulheres.

Outra estratégia importante é a qualificação da atenção ao pré-natal, garantindo equidade e integralidade no cuidado e na promoção da saúde. Entre as ações de cuidados, vale ressaltar que os grupos educativos direcionados às gestantes necessitam ampliar suas metodologias de ação e de seus conteúdos programáticos, indo além das palestras instrutivas que visam a normatização de condutas e visão higienistas. Metodologias compromissadas com a emancipação e empoderamento das mulheres são fundamentais ao se pensar na retomada do protagonismo das mulheres. O Brasil de Paulo Freire ainda vive e, no campo da saúde, a educação popular tem acumulado experiências riquíssimas, vasta literatura acadêmica e de produção de materiais de disseminação teórica e metodológica. Além disto, tem uma forte articulação nacional que visa à discussão de políticas públicas e ao fortalecimento das práticas educativas. Vale também ressaltar a necessidade de ampliar os conteúdos trazidos, como a desmitificação dos partos cirúrgicos e vaginal, os direitos sexuais e reprodutivos, o parto humanizado, a violência obstétrica e como denunciar violações. Além disso, através da articulação interdisciplinar com profissionais de saúde mental e das práticas corporais, precisamos buscar construir um espaço acolhedor das emoções que transbordam neste período, assim como trabalhar o fortalecimento da musculatura do períneo e os exercícios para o alívio da dor que podem ser utilizados durante todo o período da gestação, parto e puerpério.

Outra contribuição para o empoderamento das mulheres é o estímulo para que elas possam fazer seus planos de parto.⁷⁷ No entanto, é fundamental incorporar a luta por este direito de planejar seu parto nas bandeiras e pautas das reivindicações dos movimentos das mulheres e sua legitimação, visando garantir a sua execução pelas equipes que irão realizar o atendimento.

A humanização do parto, nascimento e abortamento estão entre as estratégias mais importantes no enfrentamento da violência obstétrica, pois, como foi visto, a maternidade é o local de maior incidência de violações.

Também é fundamental garantir a promoção e reparação de direitos. A luta para que os atos constitutivos da violência obstétrica sejam tipificados em lei pode ser um passo para intimidar os seus perpetradores no Brasil. Porém, mesmo que não haja avanços no arcabouço

77 Um maior aprofundamento neste tema pode ser encontrado na pesquisa de Andrezza (2016).

jurídico e legal, a maior parte das violações já podem ser enquadradas nas violações dos direitos humanos e constitucionais.⁷⁸ A revisão da literatura e as histórias narradas pelas mulheres nesta pesquisa chamam a atenção para as necessidades de saúde que são geradas a partir das experiências de violação na trajetória do ciclo reprodutivo das mulheres. Assim, é fundamental que sejam desencadeados cuidados de saúde que visem à prevenção de agravamentos e/ou reparação de transtornos e sofrimentos de saúde mental ou de sequelas físicas decorrentes da violência obstétrica.

Talvez um caminho a ser pensado seja incorporar nas rotinas dos serviços de atendimento ao puerpério protocolos clínicos que ajudem a identificar riscos desses agravamentos e realizar o encaminhamento adequado. A exemplo disso, podem ser um sinal sentinela para a identificação precoce, investigação e encaminhamento correto das mulheres que sofreram maus-tratos, intervenções com potenciais de causar sequelas físicas (como por exemplo a episiotomia, manobra de Kristeller e parto cirúrgico), situações de abortamento ou morte de seus filhos (óbitos neonatais, perinatais e pós-natal).

Compreender o processo histórico, as relações de poder e do conhecimento que favoreceram o surgimento e manutenção do modelo de parto tecnicificado contribui para que a violência obstétrica seja desnaturalizada e que saia da invisibilidade. Trazer esse debate para os processos educacionais dos e das trabalhadoras da saúde gera a expectativa de transformação da prática de cuidado hegemônico, mas também a identificação desses sinais para além dos profissionais do parto. Isso é, é importante que profissionais diretamente ligados ao parto recebam essas formações, mas também profissionais das distintas profissões do campo da saúde e do direito, como também dos distintos locais de atuação.

Chego ao fim dessa jornada com um grande pesar por não ter conseguido aprofundar algumas questões estratégicas do conhecimento nesse tema. Talvez porque, ao se fechar um ciclo, naturalmente outro se vislumbra e nos abre novas paisagens a serem desbravadas ou por reconhecer a fragilidade teórica de questões que não foi possível aprofundar no presente estudo. Nesse sentido, constatar que o modelo de parto hegemônico favoreceu a instalação e manutenção da violência obstétrica ao longo dos anos me levou a pensar esse fenômeno social estruturado rigidamente e com difícil mobilidade na direção da transformação do cenário obstétrico. Vimos que essa rigidez se relaciona aos interesses que sustentaram a colonialidade do poder, saber e ser. Desse modo, sugiro que futuros estudos aprofundem esta reflexão e sua

78 A este respeito, ver a cartilha do Ministério Público de Pernambuco (2015), disponível em: [cartilha humanizacao do parto pdf.pdf \(mppe.mp.br\)](http://cartilha.humanizacao.do.parto.pdf.pdf)

relação com o racismo, principalmente, elucidando uma de suas mais duras manifestações: os altos índices da mortalidade materna nas mulheres negras. Nesse sentido, as contribuições teóricas de Sueli Carneiro sobre o dispositivo de racialidade, de Silvio Almeida sobre o racismo estrutural e de Achille Mbembe sobre a necropolítica podem ser potentes ferramentas teóricas para se compreender a racialização da violência obstétrica e nos iluminar sobre as estratégias para seu enfrentamento.

Outra questão teórica importante diz respeito ao estudo da violência obstétrica a partir das lentes interseccionais do feminismo das mulheres negras, fundamental para o desenvolvimento de referenciais de análise e metodologias de pesquisa que contribuam no aprofundamento da reflexão sobre como a colonialidade do poder, saber, ser e do parto se articularam ao racismo influenciando a vivência da maternidade, as visões depreciativas dessas mulheres negras e legitimando o uso da violência e a barbárie.⁷⁹ E vão além, trazendo um acúmulo histórico das estratégias de luta e resistência que serão fundamentais para as estratégias de enfrentamento da violência obstétrica. Tanto é rica a produção das autoras fundadoras desse movimento, como o são as novas produções acadêmicas. Também vale ressaltar a vasta produção das mulheres negras em relação aos vídeos, textos e sites na internet que buscam desnaturalizar e visibilizar essa violência, apontando para a necessidade de que seja incorporada nas pautas dos movimentos. Para as mulheres negras parir tem sido uma forma de se opor a ordem social de “não deixar nascer seus filhos e lhes fazer morrer,” resistindo e reafirmando seu poder sobre a vida.

Outra questão parte do meu amor pelas pessoas e pelo mundo que herdei da leitura de Paulo Freire e da minha vocação para a psicologia que me fazem ter a esperança na capacidade humana de transformação e me levam a aspirar que o presente estudo possa também chegar a todas as pessoas que de alguma forma são perpetradoras da violência obstétrica, seja pelas suas ações, seja pelo seu silenciamento. Isso porque, diante da fragmentação dos processos de trabalho na saúde, muitas vezes os e as profissionais não conseguem ter a dimensão exata dos resultados de sua atuação. Aqui, elas podem encontrar alguns dos resultados da violência obstétrica na vida das mulheres violadas e que as narrativas delas consigam gerar empatia capaz de estimular a transformação do fazer saúde dessas pessoas. No entanto, embora seja uma decisão subjetiva, encontra sentido e potência nos movimentos coletivos porque também é uma decisão ideológica.

79 Aqui vale uma nota pós-defesa, incorporando as observações da banca. Os referenciais teóricos do feminismo negro trazem contribuições fundamentais para se explicar como as diversas opressões se articulam para produzirem as desigualdades, sendo por tanto, potentes para as análises dos diversos processos sociais.

Levando em consideração bell hooks (2015), na sua afirmação de que o movimento feminista das mulheres brancas tende a silenciar as mulheres negras, coloco-me no grande desafio de finalizar a reflexão da tese realizando um convite ao movimento de humanização do parto e nascimento, provavelmente é composto predominantemente de pessoas brancas e de classe média. O convite é uma reedição de Spivak para desaprender privilégios no pensar o campo da saúde sexual e reprodutiva. E talvez, um primeiro passo é lembrar que:

Os privilégios provenientes de raça, gênero, classe social, sexualidade, nacionalidade, por exemplo, impedem que “outros” conhecimentos sejam obtidos em função da posição social e cultural de privilegiamento. Para desaprender estes privilégios, as feministas ocidentais precisam trabalhar para obter algum conhecimento de “outros” grupos sociais. (CARDOSO, 2012, p. 83)

Trago a reflexão, mais que um julgamento, como fruto da minha trajetória. Neste país que tem o racismo como estrutural, como toda pessoa branca, fui criada e formatada para ser racista e defender meus privilégios. Reconhecer esse processo e tentar me reconstruir tem sido um processo doloroso, porém necessário. Fomos criados e criadas para invisibilizar e reproduzir esse sistema complexo. Minha trajetória no campo democrático e da luta popular não foi suficiente para me capacitar na identificação das questões raciais quando tive a oportunidade de participar da equipe que implantou uma política de humanização do parto e nascimento. E sei o quanto tenho a desconstruir e caminhar. Desse modo, quando questiono as bandeiras de luta do movimento de humanização do parto em relação às questões raciais, faço-o por confiar na força deste movimento e seu compromisso com a justiça social. E como diz Regis (2016):

Uma das grandes questões que levo comigo atualmente diz respeito à “humanização para quem?” Quais os rumos que queremos dar a nosso movimento? Queremos contratar “equipes humanizadas” ou queremos ter acesso a um atendimento digno, ético, profissional, universal, público e gratuito? Lutamos por privilégios ou por direitos? (p. 223)

A autora nos convida também a decolonizar as bases epistêmicas do parto e nos encontrarmos com a riqueza ancestral dos saberes das parteiras. Podemos lembrar, mais uma vez, que a base do modelo de parto humanizado vem dos conhecimentos das parteiras, que, na sua maior parte, são negras e dos povos originários. Ao resistirem ao longo dos tempos, preservaram e compartilharam seus saberes. Porém, pouco se fala sobre a racialidade desse conhecimento. Também podemos citar que a luta das mulheres negras contra a esterilização em massa data da década de 70 a 90 pouco tem sido citada nas produções acadêmicas como um dos primeiros enfrentamentos à violência obstétrica no país. Lima e Cordeiro (2020) questionam se o silenciamento sobre a esterilização em massa se deve a ser um problema das

mulheres negras e fazer parte dos projetos de genocídio e controle da natalidade desse grupo populacional.

Ainda a esse respeito, vimos que uma parte considerável das teses e dissertações produzidas no país sobre o tema da violência obstétrica tiveram sua origem na militância das suas autoras ou citaram as bandeiras de luta do movimento de humanização do parto e nascimento. No entanto, a racialidade da violência obstétrica foi invisibilizada ou pouco referenciada na maior parte dos trabalhos, apesar de sua magnitude enquanto problema de saúde pública. Como sabemos, a Rede Cegonha representa, desde 2011, as diretrizes para uma política nacional de humanização do pré-natal, parto, nascimento e puerpério no Brasil. É preciso questionar, como tem se posicionado o movimento de humanização do parto em relação ao apagamento das questões raciais na Rede Cegonha? Afinal, credita-se a força desse movimento às principais diretrizes que norteiam essa política.

Na pesquisa da literatura e na narrativa das mulheres guerreiras do Agreste, a gravidade do resultado deste apagamento racial se materializou na manutenção das iniquidades sociais. A exemplo disso, as disparidades raciais na mortalidade materna apontaram para a redução nos índices das mulheres brancas e aumento para as mulheres negras.

Por conta disto, a pesquisa revelou que é impossível pensar na humanização da atenção à saúde para as diversas fases do ciclo reprodutivo das mulheres sem enfrentar o racismo institucional e lutar pela efetivação do SUS. Nesse sentido, é urgente incorporar as ações de enfrentamento do racismo como uma das principais prioridades da Rede Cegonha e criar estratégias afirmativas e inclusivas nessa política. Essa é uma situação crucial para a organização dos serviços de saúde e para a academia brasileira, visando o enfrentamento das iniquidades raciais, como bem mostrou Santos (2021) e Werneck (2006).

O que torna o convite de Spivak para desaprendermos privilégios atual, essencial e extensivo também para gestores, gestoras, profissionais, estudantes, pesquisadores e pesquisadoras da saúde. E nos lança o desafio de encontrar um lugar na luta antirracista e adentrarmos em um processo mais elaborado de ressignificação da branquitude.

(...) a transformação almejada exige, sobretudo, uma disposição para que as pessoas brancas se coloquem ativamente como aprendizes nessa reconstrução das relações raciais, enfrentando o desconforto, o medo, o desconhecimento; reeducando olhares e escutas; refletindo e avaliando suas ações em diálogo com pessoas negras e indígenas; desconstruindo a produção de privilégios, das discriminações e das violências no cotidiano e nas instituições e se abrindo para descobrir tudo aquilo que perdemos aos longo de séculos e atualmente – como seres humanos – ao negar o reconhecimento da dignidade, dos conhecimentos, da história, das culturas e dos valores civilizatórios dos povos africanos, afro-brasileiros e indígenas. (Carreira, 2018. p.135)

Essas constatações nos sugerem que o desafio de se construir/lutar por medidas afirmativas e inclusivas para a população negra e se priorizar medidas de enfrentamento do racismo institucional no SUS e na academia é de todos e todas nós. Respeitando o lugar de protagonismo dos movimentos representativos das pessoas não-brancas, temos um papel importante, ao estarmos nos reconstruindo neste caminho e caminhando na direção da luta por direitos. Assim, é importante pensar nas estratégias para apoiar a luta conduzida pelas mulheres não-brancas e das periferias para que tenham garantidos e respeitados os seus lugares de fala e que façam parte tanto da elaboração das políticas de humanização da atenção à saúde sexual e reprodutiva, como também ocupem os lugares de poder na gestão do SUS e na produção acadêmica. Com isso, espera-se que as ações e conhecimentos produzidos estejam sensíveis, capazes de responder às necessidades específicas dessas populações e reverter as iniquidades sociais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR .M; D'OLIVEIRA A.F; SCHRAIBER L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **CadSaude Publica**; 29(11): 2287-96, nov. 2013.
- AGUIAR, J.M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.
- ALMEIDA, U.G de. **A violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa Mulheres Mil**, Mulheres do Vale em Minas Gerais. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde, Sociedade e Ambiente)- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2016.
- ALVES, C.B; DELMONDEZ, P.. Contribuições do Pensamento Pós-Colonial à Psicologia Política. **Psicologia Política**, 15(34), 647-661, 2015.
- ALVES, J.P; CORREIA, G.W de B. **O corpo nos grupos**: experiências em bioenergética. Recife: Libertas editora, 2014. 184p
- AMORIM, M. da C. **Experiências de parto e violação aos direitos humanos**: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. 2015. 100 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos)- Universidade Federal de Goiás, Goiana, 2015.
- ANDRADE, P. de O. N.; SILVA, J. Q. P. DA; DINIZ, C.. M. M.; CAMINHA, M. de F. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. bras. saúde matern. infant**; 16(1): 29-37, jan.-mar 2016.
- ANDREZZO, H. F. de A.. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. 2016. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- ARAÚJO, M. Â. M.. **Sentido da Vida, Espiritualidade e Sociopoética**: convergências para a produção de conhecimento e para o cuidado clínico. 2008, 139p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde)- Universidade Estadual do Ceará, 2008.
- ARRUDA, K.G.M. **Violência contra a mulher no parto**: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva)- Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- ASSIS, J. F. de. “Negra é como coelho: só dá cria”! Existe violência obstétrica contra mulheres negras no Brasil? Jussara. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women’s Worlds Congress (Anais Eletrônicos)**, p. 1–12, 2017.
- ASSIS, J. F. de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serviço Social & Sociedade**, n. 133, p. 547–565, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300547&lang=pt. Acesso em: 12 fev 2019
- ÁVILA, M, B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Suppl. 2, p. 465-469, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800027&lng=en. Acessado em: 21 fev 2021

- BALLESTRIN, L.. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº11. Brasília, p. 89-117, mai- ago. 2013.
- BARROS, M. N. dos S.. **Reconfigurando um modo de ver o parto**. 2015. 236 f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.
- BATISTA, P. D. C. **Entre gestações/partos humanizados e a violência obstétrica**: subjetividades em movimento. 2015. 80 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Fundação Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.
- BERCELI, D. **Exercícios para a liberação do trauma**: um revolucionário novo método para a recuperação do estresse e trauma. Recife: Libertas editora, 2007. 158p.
- BISCEGLI, T. S; *et al.* Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. **CuidArte, Enferm**; 9(1): 18-25, jan.-jun. 2015
- BOHREN, M. A, *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLOS Medicine**. DOI:10.1371/journal.pmed.1001847, jun. 2015.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciações. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 26, jan./jun. 2006
- BRASIL. Boletim Epidemiológico: indicadores de vigilância em saúde, analisados segundo a variável raça/cor. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde-MS**, v. 46, n. 10, p. 35, 2015. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/22/Boletim-raca-cor-09-04-15-v2.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.
- BRASIL, Constituição Federal. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências**. 1996 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm, acesso em 01 mar. 2021.
- BRASIL, Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. **Política Nacional para Enfrentamento da Violência Contra à Mulher**. Brasília. 2011a
- BRASIL. **Lei n. 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União – 2005; 8 abr.
- BRASIL. **Lei n.11.634**, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM** de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. [S.l: s.n.], 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 17 mar. 2019
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. 2017. 44 f. Brasília, 2017. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acesso em: 16 mar. 2019a.
- BRASIL. **Portaria n. 569**, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de humanização ao pré-natal e nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 jun. 2000.

BRASIL. **Projeto de Lei 878/2019** (Câmara do Deputados). Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.. 2019b.

BRASIL. **Projeto de Lei 7633/2014** (Câmara do Deputados). Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. 2014.

CAETANO, K.. “Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha.” – A violência obstétrica como uma violência de gênero. In anais do 4º. **Seminário Internacional de Educação e Sexualidade e do 2º. Encontro Internacional de Estudos de Gênero**. UFES. Vitória, 2016.

CÂMARA FILHO, J. W. S; SOUGEY E. B Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. **RevBrasPsiquiatr** 2001;23(4):221-8.

CARDOSO, Cláudia Pons. **Outras falas: feminismos na perspectiva de mulheres negras brasileiras**. 2012. 383 f. Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7297/1/Outrasfalas.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

CARDOSO, I. P.B.. **Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada**. 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CARNEIRO, C. T.; CARVALHO, F. S.; SANTOS, K. R. P.; BEZERRA, M. A. R.; ADAD, S. J. H. C.. A filosofia dos jovens sobre o ser jovem: uma pesquisa sociopoética. **HOLOS**, Ano 30, Vol. 6 2014.

CARNEIRO, R.. Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. **Sex., salud soc.** Rio de Janeiro; (20): 91-112, mai-ago. 2015

CARREIRA, D. O lugar dos sujeitos brancos na luta antirracista. **SUR** v.15 n.28: 127 – 137. 2018

CARUARU. **Lei Nº 5.951**, de 02 de outubro de 2017. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal na rede de saúde do município de Caruaru e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Caruaru. Edição 397, publicado em 2 de outubro de 2017.

CARUARU. **Memória da Atenção Básica**, 2011-2016. Caruaru, 2016.

CAVALCANTE, F.N *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 21, n. 1, p.31-40 jan/abr. 2007.

CLANDININ, D.; CONNELLY, F. **Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa**. (2000) Trad: Grupo de pesquisa narrativa e educação de professores ILLEI/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2015. 250 p.

COSTA, M. C. M D de R.. **Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades**. 2015. 352 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2015.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. **Estudos feministas**. [S.l: s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2019.

CRENSHAW, Kimberlé. Interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento: raça e gênero**. Brasília: Unifem. 2004

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. DE F. C.; CAVALCANTI, S.H.; SUZANA, L. DA S.; MELO, S. P. DA S. DE C.; BATISTA FILHO, M.,. Assistência pré-natal no estado de pernambuco: um estudo comparativo de inquéritos. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n. 2, p. 337-356 abr./jun. 2019.

DAMASCO, Mariana Santos. **Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1996)**. 2009. 159 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DANELUCI, R, de C.. **Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im)possibilidades de escolhas?** 2016. 307 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

DIAS, S.L.; PACHECO, A. O.. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S.. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**. v. 1, n.1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, S. G., *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** vol.25 no.3. 2015.

DOMINGUES, S. G. A. “ **Meu corpo me pertence?** ” Maternidade, aborto e poder médico em campos dos goytacazes/RJ. 2015. 216 f. Tese (Doutorado em Sociologia Política)- Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2015.

DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **O Sentido dos Sentidos: a Educação (do) Sensível**. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2000.

DURAND, J. G. **Gestação e violência**: estudos com usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado) -Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, São Paulo (SP), 2006.

DUSSEL, E.. Europa , Modernidade e eurocentrismo In **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. p. 25-34, 2005

ESSER, M. A. M. da S.. **Atuação da enfermeira obstétrica: compreendendo a sua vivência e a realidade da assistência**. 2016, 224 f. Doutorado em Enfermagem Em Saúde Pública, Universidade De São Paulo/ Ribeirão Preto, São Paulo, 2016.

FANEITE, J. ; FEO, A.; MERLO, J. T.. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **RevObstetGinecol Venez**; 72(1): p.4-12, Mar. 2012.

FARIA, D. G. S. de. **"EMBRIÃO" de Centro de Parto Normal Fundamentado no Experiência de Formação de Enfermeiros Obstetras**. 2015. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Instituição de Ensino)- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.

FERNANDES, L. V.. **Uma identidade visual para a cidade de Caruaru: a valorização das particularidades locais**. 2017. 132f. ; il. : 30 cm. Orientadora: Maria de Fátima Waechter Finizola. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Pernambuco, CAA, Design, 2017.

FERRAZ, Lucimare; BORDIGNON, Maiara. Mortalidade materna no brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Rev. baiana saúde pública**, v. 36, n. 2, p. 527–538, 2012.

Ferreira, A. L. C. G. Souza, A. I. Demanda contraceptiva não atendida. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 18 (4): 693-694, out. / dez., 2018. Editorial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/MWSdYFkFMcjc7Qk5QpT3ckq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: fev 2020.

FNUAP Fundo de População das Nações Unidas. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - 1994. [S. l.]: 1995

FRANCO, R.C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Vol. 61, No 3, Maio-Junho, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxdXYGnzBLfzWMtcCFy/?format=pdf>. Acesso em 18 fev 2021.

FREITAS, M. M. R. R. C de. **Violência obstétrica e a violação de direitos reprodutivos**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) - Centro Universitário de Volta Redonda, undação Oswaldo Aranha. Disponível em: [maria-martha.pdf \(unifoa.edu.br\)](http://maria-martha.pdf(unifoa.edu.br)). Acesso em: 25 fev.2011.

GARCÍA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.; ÁLAMO, M.A.. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Ciência & Saúde Coletiva**,17(7), p.1893-1902, 2012.

GAUTHIER, J Carta aos caçadores de saberes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular** hoje. São Paulo: Loyola, p. 181-209, 1997

GAUTHIER, J Personagens conceituais, sociopoética e descolonização do saber. Revista eletrônica **Entrelugares**. V2. N 2., mar/ago 2010. Disponível em: https://docplayer.com.br/34251888-Personagens-conceituais-sociopoetica-e-descolonizacao-do-saber-filosofa-hiparquia.html#show_full_text. Acesso em 23 de setembro de 2018.

GAUTHIER, J.. **O oco do vento**: metodologia da pesquisa sociopoética e estudos transculturais. Curitiba: Editora CRV., 2012.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GOIS, R. D. de. **Experiência e vivência das puérperas quanto ao parto humanizado**: uma proposta educativa. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Saúde na Amazônia)-: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará , Belém, 2016.

GOMES, M. El. A.. A sexualidade das mulheres atendidas no programa saúde da família : uma produção sociopoética. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 maio-junho; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_08.pdf. Acesso em 19 de novembro de 2017.

GÓNZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, 1984, p. 223-244.

GRAEFF, F. G Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr**. 25(Supl I):21-4, 2003

GROSFUGUEL, R.. La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. **CELA**, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena, Panamá. p. 53-74. 2007

GUIMARÃES, T. A. *et al.* Aspectos conceituais, históricos e organizativos da assistência pré-natal no brasil. In: **Prevenção e promoção de saúde 5** [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 5).

Disponível em: GUIMARÃES *et al* 2019 SPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E DO PRÉ NATAL NO BRASIL.pdf. Acesso em 08/03/2021.

HARAWAY, D.. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**; (5), p. 07-41, 1995.

hooks, bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº16. Brasília, janeiro - abril de 2015, pp. 193-210.

HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. Trabalho proposto para apresentação no **I ENADIR** – Encontro Nacional de Antropologia do DireitoMUniversidade de São Paulo, ago. 2009.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro. Editora Objetiva. 2001

IACONELLI, V.. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, dez. 2007

KALCKMANN, S; SANTOS, C. G. dos; BATISTA; L. E.; CRUZ, V. M. da. Racismo Institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 146–155, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902007000200014&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 5 fev. 2019.

KIND, L.; CORDEIRO, R.. **Notícias da Vida**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

KLUJSZA, S. G.. “**Nascer sorrindo**”: Reflexões acerca da gravidez enquanto rito de passagem e os modelos de assistência ao parto no Brasil. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.

KOECHE, F.. **A participação do pai no parto humanizado**. 2015. 175 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Reabilitação Centro Universitário Metodista IPA) Porto Alegre, 2015.

LAGO, K. C.. **Fadiga por compaixão: quando ajudar dói**. 2008. 210 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

LEAL, Maria do Carmo *et al*. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/>. Acesso em: 22 11 2018.

LEAL, M. do C. *et al*. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *In* **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S17-S47, 2014.

LEAL, M. do C. *et al*. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6), 2018

LEAL, M. do C. *et al*. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, jan. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=pt&nrm=iso Acesso em 13 de maio de 2021.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G.. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, Mar. 2013. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de maio de 2021.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. da. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, p. 1120-1138, 2015

LEVINE, P. A. **Uma voz sem palavras, como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar**. São Paulo: Summus, 2012.

LEVINE, P. A.; FREDERICK, A. **O Despertar do tigre: curando o trauma**. São Paulo: Summus, 1999.

LIMA, N. D. F.. **Entre silêncios, interdições e personalidades: uma análise racial das histórias sobre aborto no Sertão de Pernambuco**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia). Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. L. M. Aborto, racismo e violência. **Em pauta**, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro 2o Semestre de 2020 - n. 46, v. 18, p. 101 - 117

LIMA, S.; FORTIM, I.. A escrita como recurso terapêutico no luto materno de natimortos. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 18, p. 771-788, 2015

LIMA, T. C. S de; MIOTO, R. C. T.. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802007000300004&script=sci_arttext, Acesso em: 27 set. 2018.

LOPES, F. Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres negras. **Jornal Nexo**. 28 de Maio de 2019 <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/2019/Os-direitos-sexuais-e-reprodutivos-das-mulheres-negras>. acesso em 25/02/21

LÓPEZ, L. C.. O corpo colonial e as políticas e poéticas da diáspora para compreender as mobilizações afro-latino-americanas. **Horizontes Antropológicos**, v. 21, n. 43, p. 301–330, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832015000100012>*Contato:lauracl1975@gmail.com. Acesso em: 24 fev. 2019.

LÓPEZ, L. C.. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunic**, v. 16, n. 40, p. 121–34, 2012.

LORENZI, D. R. S. de. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 141-146, 2001.

LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In LOPES, M.J.M; MEYER, D.E; WALDOW, V.R. **Gênero e Saúde**. Artes Médicas. 1986 p.7-18.

LOWEN, A. **Bioenergética**. 8ª edição. São Paulo: Summus, 1982.

LOWEN, A.; LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante**. São Paulo: Agora, 1985.

LUGONES, M.. Rumo a um feminismo decolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(3): 320, set.-dez. 2014.

LUZ, L. H.. **O renascimento do parto e da (reinvenção da) emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício das experiências**. 2014. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Universidade Federal do Rio Grande Do Norte, Natal, 2014.

LUZ, N. F. ; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. . Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS healthsci**; 40(2), mai-ago. 2015,

- MACHADO, G. P. dos R. **Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram**. 2016. 153 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.
- MAFFESOLI, M.. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, Editora vozes, 1998
- MALDONADO-TORRES, N.. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto, em CASTRO-GOMEZ, Santiago; GROSFUGUEL, Ramon (coords.) **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistêmica más allá del capitalismo global**. Bogota: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporaneos, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar. p. 127-167. 2007
- MARGIS, R.; PICON, P.; COSNER, A. F.; SILVEIRA, R. de O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, 25(supl. 1): 65-74, abril 2003.
- MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006, 378p.
- MCCALLUM, C; MENEZES, G.; REIS, A. P. dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **HistCiencSaude Manguinhos**; v.23, n.1, p. 37-56, jan-mar, 2016.
- MEDEIROS, L. B. de. **Rotas de fuga o ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado**. 2014. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- MELO, C. P. L. de. A (des)colonialidade do parto: Reflexões sobre a humanização do parto e nascimento. In Martins, Paulo Henrique (coordenador) **Produtivismo na saúde: desafios do SUS na invenção da gestão democrática**. Recife: Editora Universitária da UFPE. 2014, 231 p.
- MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. 17(4): 758-64. out-dez. 2008.
- MIGNOLO, W. D Desobediência Epistêmica: a Opção Descolonial E O Significado De Identidade Em Política. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade**, no 34, p. 287-324, 2008
- MIGNOLO, W. D. A Colonialidade de cabo a rabo. In **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2005
- MINAYO, C. M. de S. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em Saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994
- MMPE (Ministério Público de Pernambuco). **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Recife, 2015. 34 p.
- MOTT, M.L.. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)**. Proj, História. São Paulo, v.25, dez,2002,
- MULLER,E; RODRIGUES,L e MELO,C. O tabu do parto: Dilemas e interdições de um campo ainda em construção. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 272-293, abr.-jun. 2015
- MUNIZ, B. M de V.. **A experiência do parto na voz das mulheres**. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

NAGAHAMA E.E.I, SANTIAGO S.M. A institucionalização médica do parto no **Brasil**. **Ciê Saúde Coletiva** 2005; 10(3): 651-57

NASCIMENTO, P. D.; ZINK, L. **Transtorno de Estresse Pós Traumático: uma visão bioenergética**. 2010. 19fls. Artigo (Especialização em Psicologia Clínica: Análise Bioenergética). Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. Disponível em: <http://bioenergetica.com.br/html/Monografia%20-%20TEPT%20na%20Visao%20da%20Analise%20Bioenergetica.pdf>. Acesso em: 15 de nov 2012.

NASCIMENTO, S. G. do *et al* . Causas externas de mortalidade em mulheres grávidas e puérperas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 2, p. 181-186, Mar. 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200181&lng=en&nrm=iso. acesso em 21 abril. 2021.

NOGUEIRA, N. S. A.. **Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos**. 2016. 232 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2016.

ODENT, M.. **Pode a humanidade sobreviver à medicina?** Tradução Laura Uplinger e Izabel Aleixo. Rio de Janeiro, Instituto Michel Odent, 2016. 204p.

OLIVEIRA, M. V. A de S. C **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das Endemias de Camaragibe**: uma ciranda que acaba de começar. 2002. 364 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

OLIVEIRA, M. V. A de S. C.. A educação em saúde para além das palavras, um encontro com o sentir. In: RODRIGUES, L. D.; VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Novas configurações em movimentos sociais**, vozes do Nordeste. João Pessoa: Ed. Universitária, p. 95-115, 2000.

OLIVEIRA, M. V. A. S. C. ; LIMA, F. A. . Ensaio de um diálogo interdisciplinar para a compreensão e o tratamento transtorno do estresse pós-traumático pela análise bioenergética. **Revista latino-americana de psicologia corporal** , v. 2, p. 57, 2014.

OLIVEIRA, M. V. A. S. C. ; PACHECO, R.A. Saber é sentir, sentir é saber: o ponto de partida do LABSENSI. **Interritórios: Revista de Educação**. Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, V.5 N.9 [2019].

OLIVEIRA, V. J.. **O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres**. 2016. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal De Minas Gerais, Belo, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **CID 10**. Tradução:Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Organização Mundial de Saúde/Organização PaBete-Americana de Saúde. 10 ed. revisada. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f40_f48.htm

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra. 1996

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Gênebra. 2014

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Folha informativa - Mortalidade materna OPAS/OMS Brasil**. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 14 fev. 2019.

PACHECO, Alexandra; FIGUEIREDO, Bárbara; COSTA, Raquel; PAIS, Álvaro. Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez **Revista Portuguesa de Psicossomática**, vol. 7, núm. 1-2, janeiro-dezembro, 2005, pp. 7-41 Sociedade Portuguesa de Psicossomática Porto, Portugal

PACHECO, Rafaela Alves. **Sentir é Saber: A produção de (re)existências do saber sensível no contexto de uma escola médica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2019.

PALHARINI, L. A.. **A história da atenção ao parto e nascimento**: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema. 2015. 264 f. Tese (Doutorado em Multiunidades em Ensino de Ciências e Matemática)- Universidade Estadual De Campinas, Campinas, 2015.

PALMA, C.C. **Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade**. 2016. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo 2016.

PEREIRA, C., DOMÍNGUEZ, A.; TORO, J. Violência obstétrica desde la perspectiva de la paciente. **RevObstetGinecolVenez**; 75(2): 81-90, 2014.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 61, n. 3, pág. 382-388, junho de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 de fevereiro de 2021.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-70942011000300014>

PERES, J. F. P.; NASELLO, A.G.. Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. **Rev. Psiqu. Clín.** 32 (4); 189-201, 2005.

PERNAMBUCO. **Lei nº15.880**, de 15 de agosto de 2016. Garante o direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais, maternidades, casas de parto e estabelecimentos similares da rede pública e privada de saúde do Estado de Pernambuco, e dá outras providências. 2016. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=327594>. Acesso em 2 de mar. 2021.

PERNAMBUCO. **Lei nº 16.499**, de 6 de dezembro de 2018.. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. 2018. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=41220&tipo=> Acesso em: 5 mar 2021.

PETIT, S. H.. Sociopoética: potencializando a dimensão poética da pesquisa. In Kelma Socorro Lopes de Matos, José Geraldo Vasconcelos (org) **Registro de pesquisa na educação**. 1ed Fortaleza LCR UFC. 2002

PETIT, S. H.; SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J.; FIGUEIREDO. Introduzindo a Sociopoética. In SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N.M.A de; PETIT, S. H. (Org). **Práticas de pesquisa nas ciências humanas e sociais: Abordagem sociopoética**. São Paulo: Editora Atheneus, 2005. (Série Atualização em Enfermagem; v.3)

PUCCIA, M.I.R.; MAMEDE, M.V.; Revisão integrativa sobre a violência por parceiro íntimo na gestação **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2012 oct/dec;14(4):944-56.

PULHEZ, MARIANA MARQUES. **Mulheres Mamíferas**: práticas da maternidade ativa. 2015. 221 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas)- Campinas, 2015.

- QUIJANO, Aníbal. (2005) Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latinoamericanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005.
- RAMOS, T.O.. **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro**: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos. 2013. 351 f. Tese (Doutorado em Sociologia)- Universidade de Brasília, 2013.
- RATTNER, D. *et al.* ReHuNa – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica**: “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres do Senado Federal do Brasil. Brasília, 2012.
- REGIS, J. F. da S.. **Violência e resistência: representação discursiva da assistência obstétrica no Brasil em relatos de parto e cartas à/ao obstetra**. 2016. 262 f. Tese (Doutorado em Linguística)- Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- RIBEIRO, Djamila. **Quem tem medo do feminismo negro?** 1a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- ROCHA, C. N. da. **Representações sociais em disputa**: o movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.
- ROCHA, J. A; NOVAES, P.B Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **FEMINA**, vol 38, nº 3Março 2010.
- RODRIGUES, D. P. *et al.*. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 19(4): 614-620, out-dez. 2015
- RODRIGUES, D.P. **violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do estado do rio de janeiro**: percepção de mulheres/puérperas niterói 2014. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014.
- RODRIGUES, R. da C.. **Como nasce um kalunga?** Práticas e percepções de mulheres, parteiras e profissionais de saúde. 2016. 174 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual De Campinas, Campinas, 2016.
- RODRIGUEZ, M. J. de H.. **Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto**. 2016. 204 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- ROEDER, M.A.; LIMA, W.C. Bases neurofisiológicas do relaxamento e sua relação com o estresse. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, v.5, n. 1, p.54 a 70, 2000.
- RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres**: Notas sobre a economia política do sexo. SOS Corpo. 1993 pp. 95-145
- RUIZ, J. E *et al.* Psiconeuroendocrinologia do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo v.29 supl.: s7-s12, maio, 2007.
- SA, A. M. P. de. **O Direito Ao Acesso e Acompanhamento ao Parto e Nascimento**: Um Olhar A Partir Das Puérperas. 2015, 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno-Infantil)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

- SALGADO, A. P. A; PROGIANTI, J. M; SANTOS, I. A dimensão mítico-simbólica de mulheres sobre o parto: estudo sociopoético. **Rev Enferm UFPE On Line**. 2010 jan/mar;4(1):300-10
- SALGADO, A. P. A; PROGIANTI, J. M; SANTOS, I. A dimensão mítico-simbólica de mulheres sobre o parto: estudo sociopoético. **Rev Enferm UFPE On Line**. 2010 jan/mar;4(1):300-10
- SÁNCHEZ, A. M. C.. Investigación activista feminista: Implicaciones teóricas, políticas y metodológicas. **Oficina do CES**. Nº 142, p. 1-22. 2015.
- SANFELICE, C. F. de O.. **Representações sociais sobre o parto domiciliar**. 2016. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- SANTOS, A. L. M. **Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado**. 2016. 78 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil). Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2016.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal. **Novos Estudos** 79, 71-94, nov. 2007.
- SANTOS, I. dos *et al*. A perspectiva estética no cuidar/educar junto às pessoa: apropriação e contribuição da sociopoética **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 15, 2006, pp. 31-38 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina
- SANTOS, J. F. de A dos. "Enfrentamento a violencia obstetrica: contribuicoes do movimento de mulheres negras brasileiras. **Em Pauta**, vol. 19, no. 47, junho 2021, pp. 154.
- SANTOS, R. P. S. dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais racistas e capitalistas**. 2016. 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais)- Universidade Do Estado Do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2016.
- SCHRAIBER, L. B.; d' Oliveira, A. F. P. L.; Couto, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009
- SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, vol. 16, no 2, Porto Alegre, jul./dez. 1990, p.5.
- SCOTT, Joan W A Invisibilidade da Experiência. **Projeto História** 16, São Paulo, fevereiro de 1998, pp.297-325
- SCOTT, Parry; NASCIMENTO, Fernanda Sardelich; CORDEIRO, Rosineide; NANES, Giselle. Redes de Enfrentamento da Violência contra Mulheres no Sertão de Pernambuco. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 24(3): 398, setembro/dezembro/2016
- SENA, L. M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.”** A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. 2016. 277 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- SERRUYA S.J, LAGO T.G, CECATTI J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. 2004; 4: 269-79.
- SILVA, M. G. da; Marcelino, M. C.; Rodrigues, L.S.P; Toro, R. et Shimo, A.K.K.. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev. RENE**; 15(4): 720-728, jul.-ago. 2014.
- SILVA, Marques de Oliveira e; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Vivência do parto normal em adolescentes. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 57, n. 5, pág. 596-600, outubro de 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672004000500016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de fevereiro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500016>.

SILVA, R.A.. **Violência obstétrica à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos:** percepção dos estudantes da área da saúde. 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade de Brasília, Brasília 2017.

SILVA, W. O.. **Violência obstétrica:** contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto. 2015. 160 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia, Universidade Federal De Alagoas, Maceió, 2015.

SOUZA, K. J. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto.** Dissertação (Mestre em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. 2014.

TAVARES, C. M. de M.. Como desenvolver experimentações estéticas para produção de dados na pesquisa sociopoética e abordagens afins ? **Revista Pró-univerSUS**. 07 (3), p. 26-31, Jul.-Dez.2016

TAVARES, N. O.; OLIVEIRA, L. V.; LAGES, S. R. C.. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 580–587, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042013000400005&script=sci_arttext. Acesso em: 5 fev. 2019.

TEIXEIRA, N. Z.; PEREIRA, W. R.. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT.. **Rev Bras Enferm**. 59(6): 740-4, nov-dez. 2006. doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004

TERÁN,P., *et al.* Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **RevObstetGinecolVenez**;73(3): 171-180, sep. 2013.

THUROW, M. R. B.. **Ações do enfermeiro nos serviços que integram a rede cegonha na perspectiva ecossistêmica.** 2016. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal Do Rio Grande, Rio Grande 2016.

TOMASI E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad Saúde Pública** 2017; **33**:e00195815. Acesso em 04 abril 2021. SciELO - Saúde Pública - Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais (scielosp.org)

VALLE, A. S. de M. **Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma Maternidade de ensino no Rio de Janeiro.** 2015, 208 f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

VANZ, A. A. P.. **A violência obstétrica em (re)vista: uma análise discursiva.** 2017. 143 f. Dissertação (Mestrado em Letras Instituição de Ensino)- Universidade Estadual do Centro-Oeste, Guarapuava, 2017.

VERONESE, M.; FERRARINE, A.. A pesquisa sociopoética nas ciências sociais. **Estud. sociol. Araraquara** v.21 n.41 p.411-428, jul.-dez. 2016

VENEZUELA. **Ley Nº 38.668.** 23 de abril de 2007. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas. 2007

VIDAL, R. M da S.. **A experiência do parto no sistema único de saúde:** percepções de mulheres. 2017, 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

VIEIRA NETO, O. Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT): etiologia, conceito, prevalência. In VIEIRA NETO, O VIEIRA, C.M.S (org). **Transtorno do estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempos de paz**. São Paulo: Vetor, 2005a. p.29-76.

VIELLAS E.F *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saude Publica** 2014;30(Supl 1):S85–100.

WEIGAND, O. **Grounding e a autonomia: a terapia corporal bioenergética revisitada**. São Paulo: Person, 2006.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 5 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

YAJAHUANCA, R. Del S. A.. **A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo – Brasil**. 2015 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

YIEN, M.A de S. K. **Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização**. 2016 127 f. Dissertação (Mestrado em Direito)- Faculdade de Direito de Vitoria , Vitória, 2016.

ZAMBALDI, C. F., CANTILINO, A. e SOUGEY, E. B.. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. **J Bras Psiquiatr**. 58(4), p.252-257, 2009.

APÊNDICE A- CARACTERIZAÇÃO E TIPIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

QUADRO 01: CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO O DOSSIÊ VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: “PARIRÁS COM DOR”.

Caráter	Definição	Exemplos
Físico	Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.	Privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.
Psicológico	Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	Ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.
Sexual	Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.	Episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.
Institucional	Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	Impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.
Material	Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica.	Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.
Midiático	Ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.	Apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce

Fonte: Construído a partir do Relatório Violência Obstétrica: “Parirás com dor”, da Rede Parto do Princípio

APÊNDICE B- ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa de doutorado: Narrativas sociopoéticas de mulheres sobre suas experiências após terem sofrido violência obstétrica nas maternidades públicas de Caruaru

Pesquisadora: Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco/Centro De Filosofia E Ciências Humanas/Departamento De Psicologia/Programa De Pós-Graduação Em Psicologia/Doutorado Em Psicologia

Objetivo: Coletar dados de caracterização das pessoas que irão participar da pesquisa, conhecer as suas histórias de parto e violência sofrida, avaliar em espaço protegido as condições para participar das oficinas, caso se trate de um parto traumático

Data da entrevista: _____

Local: _____

I ETAPA DA ENTREVISTA DADOS SOCIOECONÔMICO

1. Nome:
2. Qual nome fictício você gostaria que usássemos na pesquisa?
3. Qual a sua raça/cor (autodeclarada) ? () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta
4. Qual sua Idade? _____
5. Qual sua orientação sexual? _____
6. Qual sua identidade de gênero? _____
7. Como você quer ser referida ou referido em relação ao tratamento de gênero (se homem transexual) ? () masculino () feminino
8. Você sabe ler? () Sim () Não
9. Você sabe escrever ? () Sim () Não
10. Você frequentou escola? () Sim () Não
11. Se sim, até onde estudou: () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Superior Completo () Ensino Superior Incompleto
12. Qual a sua situação conjugal quando você sofreu a violência obstétrica? (atenção para a forma de gênero que optou por ser referidx, caso seja pessoa transsexual)
13. () Casadx oficialmente () União estável () Divorciadx () Viúvix () Solteirix sem parceirx () Solteirix com parceira/o fixa/o () Solteirix com mais de um/a parceira/o.
14. Na época que sofreu violência obstétrica, você tinha emprego com carteira assinada? () Sim () Não
15. Tinha outra fonte de renda? (**caso “não”, vá para a questão**) () Sim () Não
16. Quais fontes? () Pensão () Aposentadoria () Biscate () Programas sociais () Outros: _____
17. Qual era a sua renda familiar? () 1 salário mínimo () 2- 3 salários mínimos () 4-5 salários mínimos () Mais de 5 salários mínimos
18. Qual era a situação de sua moradia? () Próprio () Alugada () Morava com os pais () Morava com parentes () Morava com amigos () Morava com a sogra () Outros: _____

II ETAPA HISTÓRIA DE PARTO DX PARTICIPANTE

1. Quantas gestações já teve? _____
2. Quantos partos já teve? _____
3. Quantos abortos? _____
4. Qual/is o/s ano/s que você sofreu violência obstétrica? _____
5. O que te levou a aceitar participar desta pesquisa?
6. Como você se sente ao falar do/s seu/s parto/s?

7. Por que se sente assim?

8. Você poderia contar a história de seu(s) parto(s) que você sofreu violência obstétrica?

POSSÍVEIS QUESTÕES QUE PRECISAM SER CONTEMPLADAS CASO NÃO SEJA CITADO:
SOBRE O PRÉ-NATAL

Você fez pré-natal? Onde? Qual profissional te atendeu? () médico () enfermeira Quantas consultas teve? Recebeu informações sobre como seria o parto?

SOBRE O PARTO

Como foi o momento da chegada na maternidade até o parto?

SOBRE O PÓS-PARTO

Como foi sua experiência na maternidade depois do parto?

Como foi o período depois do parto até uns dois meses após o parto.

SOBRE A VIOLÊNCIA SOFRIDA NO PARTO

Por que você acha que sofreu violência obstétrica?

Quando foi que você percebeu que havia sofrido violência obstétrica?

Você acha que esta experiência de violência obstétrica afetou sua vida de alguma forma, trouxe alguma consequência? () sim () não (SE SIM) Pode me explicar como? (SE SIM) O que te ajudou a enfrentar estas consequências?

9. Como você está se sentindo após falar destas coisas para mim?

10. Como você se sentiria em participar de uma oficina com outras pessoas que também sofreram violência obstétrica?

APÊNDICE C– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Narrativas sociopoéticas de mulheres sobre suas experiências após terem sofrido violência obstétrica nas maternidades públicas de Caruaru**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora **Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira**, com endereço na Av São Paulo, 13, Curado II, Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, CEP 54.220-225, telefone 81 999315463, e-mail mveronicaoliveira@yahoo.com.br, para contato do pesquisador responsável inclusive, para ligações a cobrar.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

DESCRIÇÃO DA PESQUISA

A violência obstétrica atinge muitas mulheres no país e pode marcar a vida das mulheres trazendo efeitos e consequências para as várias dimensões da vida destas mulheres. Conhecer esta realidade é importante para construir políticas públicas que evitem que outras mulheres sofram esta violação, que seus direitos sejam garantidos e que se desenvolvam políticas de assistência à saúde e de promoção e proteção dos direitos. Também é importante para que os profissionais que realizaram estes atos tenham conhecimento do dano que estão trazendo para a vida destas mulheres.

Neste sentido, esta pesquisa tem por **objetivo** compreender como a violência obstétrica atravessa a vida das mulheres marcando suas experiências após terem sido violadas ao procurarem assistência ao parto e nascimento de seus filhos e filhas. Para isto, a pesquisa irá identificar: possíveis efeitos desta violência; necessidades que estas mulheres têm de cuidados de saúde ou de promoção de direitos por conta desta violência sofrida; as possíveis estratégias das mulheres para enfrentar os efeitos desta violência.

Para tanto, a pesquisa terá as seguintes etapas:

- a) Aplicação de um questionário com perguntas fechadas e abertas para conhecer o perfil socioeconômico das participantes e suas histórias de parto como também as histórias após o parto;
- b) Realização de três a seis encontros que serão do tipo oficina, isto é, a metodologia irá utilizar atividades de trabalho em grupo e uso de linguagens lúdicas e artísticas para facilitar que todos os participantes possam se expressar de forma livre, crítica e criativa.
- c) Aplicação de uma entrevista final, mas apenas se ainda houver alguma questão a ser esclarecida.

RISCOS DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Não existe risco para a sua vida em participar desta pesquisa. No entanto, falar destes assuntos pode lhe deixar, chateada, triste e voltar as lembranças como se estivesse acontecendo naquele momento. Isso pode acontecer quando a gente vai falar de algo que machucou muito a gente. Para evitar que isso aconteça, antes de iniciar a pesquisa você terá um encontro individual com a pesquisadora que é psicóloga, onde ela irá avaliar junto com você se esse risco é forte para você. Também será ofertada uma escuta psicológica e encaminhamento para psicólogos caso você fique muito triste depois da conversa ou durante as etapas da pesquisa. Lembrando que a qualquer momento você pode desistir de participar. E se isso acontecer, você não vai perder o direito deste acompanhamento, pelo tempo que for necessário.

BENEFÍCIOS DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Apesar deste risco, as demais pesquisas que têm sido realizadas sobre a violência obstétrica demonstram que os benefícios diretos e indiretos de participar da pesquisa são maiores que os riscos. Segundo estas pesquisas as participantes têm o benefício direto de se sentirem mais aliviadas e mais fortalecidas. Os benefícios indiretos são os ganhos sociais porque o conhecimento que esta pesquisa produzirá pode dar ajuda a tirar a violência obstétrica da invisibilidade, mostrando para a sociedade que ela existe. Por conta disto, pode vir ajudar na construção de políticas públicas que evitem que novas violências deste tipo aconteçam ou que incluam as necessidades de saúde e de promoção de direitos das mulheres que já forma violadas.

GARANTIA DO SIGILO DOS DADOS DA PESQUISA

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos, filmagens, produção dos trabalhos na oficina), ficarão armazenados em HD externo e guardados juntos aos materiais produzidos nas oficinas ou impressos, em armário fechado, com chave sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado, pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as

despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail:**

Maria Verônica Araújo de santa Cruz Oliveira

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Narrativas sociopoéticas de mulheres sobre suas experiências após terem sofrido violência obstétrica nas maternidades públicas de Caruaru**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, caso necessite.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

<p>Impressão digital</p>

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

APÊNDICE D- RELATÓRIO DAS OFICINAS

Oficina I: Convite para participar da pesquisa

Número de Participantes: Não foi contabilizado, participaram as mulheres do grupo de Educação Física

Objetivo: Iniciar a discussão do tema da pesquisa e fazer o convite.

Material Utilizado: Baralho da história do parto

Atividades desenvolvidas

Jogos do baralho da história do parto-

Distribuí as cartas do baralho da história do parto e pedi para que elas buscassem uma lógica para agrupar as cartas. Formamos grupo segundo a primeira lógica encontrada, a cor da moldura das cartas, e elas conversaram nos pequenos grupos a partir das imagens. Iniciaram com a história do parto antes da hospitalização (verde escuro), cada uma ia apresentando a carta e falando o que achavam da carta e eu ia complementando. E, assim, nos demais subgrupos formados. As cartas com moldura vermelha retratavam as principais violências sofridas no parto hospitalar e as cartas com moldura verde clara mostravam o parto humanizado domiciliar e hospitalar. Finalizamos o encontro apresentando a proposta da pesquisa e o convite para elas participarem.

Síntese das discussões do grupo

À medida que as cartas do baralho eram apresentadas e se referiam à violência obstétrica, algumas mulheres reconheciam como parte de suas histórias. Foi possível perceber, como nos demais grupos que participei, que elas tinham muita necessidade de nomear e falar sobre suas experiências, apesar das memórias dolorosas.

2.Oficina II: As emoções do parto

Número de participantes: 05.

Objetivos: Iniciar a vinculação grupal; apresentar a proposta da pesquisa; conhecer as emoções referentes ao parto.

Material Utilizado- Baralho das emoções, cartas com imagens diversas

Atividades desenvolvidas

Atividades de consciência corporal, vinculação pelo olhar e pelo se abraçar-

Tive como objetivo trazer o corpo para o processo, aproximar as participantes e iniciar um processo de vinculação grupal através do afeto e confiança. Solicitei que as mulheres andassem no salão, sentindo os pés, respirando, olhando nos olhos, fixando o olhar. Em seguida, formamos duplas que se olhavam nos olhos por três ciclos completos de respiração e dava-se um abraço do coração (braço direito para cima e o esquerdo para baixo). Todas responderam bem, interagiram, viveram o silêncio, riram;

Parto pelas imagens –

Tive como objetivo aproximar o grupo das histórias de parto através de uma linguagem sensível e sentir como era para o grupo falar de suas histórias coletivamente. Distribuí o baralho das emoções e cada uma escolheu uma imagem que representasse as emoções ao escutar a palavra parto. Apresentaram no grande grupo suas cartas, falaram o porquê da escolha da imagem. Algumas ao apresentarem, contaram brevemente suas histórias de parto;

Cuidando uma das outras

Tive como objetivo proporcionar um espaço de cuidado às mulheres que ficaram mais mobilizadas. Refleti com as mulheres que algumas pessoas trouxeram relatos tristes do que aconteceu na maternidade. Distribuí novamente o baralho e solicitei que escolhessem uma carta ou mais que representasse algo que queria ofertar para alguma das participantes que tivesse trazido uma história triste e que elas achassem que fosse capaz de ajudar a curar a dor ou sofrimento trazidos;

Avaliação -

Tive como objetivo avaliar o encontro. Em roda, as mulheres expressaram como foi a vivência

Síntese da discussão do grupo

CARTAS DO BARALHO DAS EMOÇÕES TRAZIDAS PARA REPRESENTAR AS MEMÓRIAS DE PARTO E AS NARRATIVAS DAS MULHERES



Cristiane

Trouxe três imagens, a primeira que representava as emoções gratificantes com a gestação e as duas últimas que representavam o parto retratavam a violência sofrida. Deste modo, sua gestação foi lembrada como o dom de gerar uma vida. Já o seu parto foi lembrado pelo medo e dos maus tratos. Refere a uma prática comum dos profissionais mandar calar a boca, caso a mulher não obedeça não é atendida:

“Na maternidade não pode gritar se não as enfermeiras não vêm.”



Bernadete

Trouxe imagens que simbolizam o sofrimento, a repressão de sua expressão e sua estratégia para evitar os maus tratos.



“Comigo não aconteceu, mas eu vi com as outras mulheres. Eu fiquei caladinha. Já sabia que não poderia gritar. É triste ver sofrendo e não poder gritar. Se for mãe que já teve filho é dez vez pior. Elas dizem: ‘já sabe como é e fica gritando.’ E quando chamam a mãe o pai, elas dizem: ‘quando foi fazer não chamou a mãe ou o pai.’”



Joaquina

Refere um parto muito sofrido e depois não quis ver o filho no primeiro momento. Trouxe como representação o cansaço que ficou depois do parto e sua estratégia de reparação que foi dormir. Também trouxe o amor como o elo entre seu parto e a memória das lembranças de seu nascimento.

“Eu só lembro quando eu tive o meu primeiro, quando ele nasceu eu só queria dormir. (...) eu só queria dormir, não queria nem saber do menino, levaram para o berçário e eu só queria dormir. (Fala algo inaudível relacionado aos outros filhos como tentar novamente) Isso aqui (a última foto) me lembra muito minha mãe. Porque eu nasci num sítio, tinha muitas árvores e ela teve os doze filhos todos lá.”



Solange

Era adolescente e trabalhou lavando roupa de ganho até o dia de ir para maternidade. Contou que a mãe a mandou para cidade, para a casa da irmã que a maltratou na hora de ir para a maternidade. Mas, não permitiu que isso a deixasse ficar triste. Para esquecer o sofrimento usou como estratégia ser solidariedade a outras mulheres na maternidade. Ficava levando as mulheres para o banheiro, pegando no braço para passear... Seu filho nasceu com baixo peso e morreu poucos dias depois. Refere que encontrou na fé e espiritualidade o conforto e resiliência para superação.

“Não fico triste, não. Porque está com Deus. (...) Eu sou deste jeito, eu penso assim. Deus levou porque era dele e não era meu. Só me deu a experiência.”

Trazer suas experiências de parto abriu conversas sobre as diferenças entre o parto em casa, feito pelas parteiras, e o parto hospitalar; as diferenças entre o parto normal e o parto cesariano; algumas violências obstétricas perpetrada por profissionais de saúde (maus-tratos, negligência) e por membros da família (abandono na hora de parir e nos cuidados).

As mulheres trouxeram pistas sobre estratégias que utilizam para cura de suas dores e das memórias dolorosas simbolizadas nos elementos da natureza; danças e divertimentos da

cultura local; espiritualidade e o abraço que apareceu com tanta potência que nos levou a finalizar o dia num belo abraço coletivo espontaneamente puxado por uma das participantes.

3. Oficina III Construção dos pactos de convivência e início da construção da intersubjetividade grupal

<p>Número de Participantes: 07</p> <p>Objetivos: Continuar o processo de vinculação do grupo, construir acordos de convivência e pactuar o tema gerador da pesquisa.</p> <p>Materiais Utilizados : Papel Craft e Lápis piloto</p>
<p>Atividades desenvolvidas</p> <p>Acolhimento -</p> <p>Iniciamos acolhendo novas participantes numa roda de conversa, as situando na PesCurso, nos objetivos, no TCLE e nos acordos de convivência;</p> <p>Exercícios de bioenergética –</p> <p>Nosso objetivo foi aprofundar o olhar para si e estimular a interação no grupo. Ir de si para o outro. Deste modo, buscamos trabalhar o proporcionar grounding interno e coletivo através de exercícios da bioenergética que estimulassem o pisar no chão e a vinculação do olhar;</p> <p>Jogo do espelho e movimentos sincronizados em dupla-</p> <p>Após exercícios que estimulassem a vinculação pelo olhar, solicitei que, ao se encontrarem pelo olhar, formassem duplas. A cada dupla formada solicitamos às participantes que escolhessem uma que seria A e a outra B. A pessoa que seria A seria espelho e imitaria os movimentos da pessoa B. Depois de um tempo, trocaram os papéis, quem era espelho, passaria a fazer os movimentos e vice-versa. Esta atividade foi finalizada com um abraço do coração, voltando ao círculo com formação de novas duplas;</p> <p>Mandala dos presentes –</p> <p>Solicitamos que as participantes dessem um passeio pelo sítio onde estávamos e trouxesse um objeto que representasse algo de suas histórias que elas doariam para o grupo;</p> <p>Construção dos pactos de convivência do tema gerador da pesquisa –</p> <p>O acordo de convivência não é referido na sociopoética, mas é considerando um momento fundamental para o trabalho com grupos e resolvi acrescentar. Já a construção do tema gerador é umas principais etapas para a sociopoética. Numa roda de conversas, refletimos sobre os objetivos do grupo pesquisador e do que seria importante acontecer ou não no grupo para que nossa convivência permitisse atingir estes objetivos. Também refletimos quais seriam os temas importantes para serem trabalhados no grupo;</p> <p>Avaliação –</p> <p>Fizemos avaliação no final numa roda a partir da indagação de como tinha sido para elas o dia de trabalho. Todas referiram ter gostado. Não referiram nada que tenha sido de desagrado delas. Insisti na avaliação como Jamile tinha se sentido durante a atividade do espelho. Ela falou que era diferente, que não sabia fazer, mas queria fazer. Reafirmei a importância de darem o limite quando não quiserem fazer uma atividade.</p>

Síntese da discussão do grupo

Já na atividade de acolhimento, as mulheres espontaneamente nos falaram sobre suas histórias de parto e trouxeram os seguintes temas: suas estratégias de não gritar para evitar maus-tratos, negligências e descaso com a dor e sofrimento que sentiam; efeitos imediatos e a longo prazo das dores físicas como no uso da ocitocina (imediato), da manobra de Kristeller (por vários dias após o parto), dores psicoemocionais de longa duração (falam de dores de mais de três décadas), são dores que não se esquecem; diferenças de um parto realizado com a parteira e o realizado na maternidade, onde o parto com a parteira marca a memória pelo cuidado afetuoso e na maternidade pelos maus-tratos.

Na mandala dos presentes as mulheres, ao doarem objetos que representavam o que traziam de sua história como uma dádiva de si para o grupo, trouxeram simbolicamente uma proposta do grupo ser um lugar que, apesar da dor, será também da vida; que pretende reciclar dores para prevenir e para cuidar de si e da outra; que buscará produzir alimentos, matar a sede de conhecer e que seja como parar numa sombra para elaborar, se fortalecer, cuidar uma das outras para aliviar dores. O grupo traz, já na sua concepção, algo que só percebo agora ao sistematizar: o grupo já nasceu no desejo das mulheres como uma “PesCuldado”.

SÍNTESE DA PRODUÇÃO GRUPAL NA OFICINA E A RELAÇÃO COM O LUGAR QUE SE COLOCARAM DURANTE O PERCURSO DA PESQUISA.	
Participante/ Objeto	Sentido construído para o grupo
Aparecida Plantinha	Dar um não ao desmatamento e à destruição. A expectativa do grupo ser uma sombra. O grupo seria um lugar capaz de aliviar tensões do mundo da vida. Mais adiante pergunto se ela também é sombra para muita gente. As demais alegremente afirmam que sim.
Bernadete Galinho de árvore	Vida
Guilhermina Pedra	Algo de bom que acontece no lugar. Lugar de Guilhermina
Helena Copo de plástico	Lugar para matar a sede do conhecimento
Jamile Galinho de árvore	Ao trazer sua história de agricultora, sua capacidade de produzir alimentos, deu o sentido de um lugar para contar as histórias de vida
Solange Embalagem de protetor solar	O desejo de prevenção na saúde e que o grupo se cuide

No acordo de convivência, trouxeram a pauta do acolhimento e respeito pelo que se fala e como se fala. As mulheres escolheram os seguintes temas importantes para se compreender os efeitos da violência obstétrica: contar história do que viveram na maternidade e os

sofrimentos após o parto. Elas também sugeriram dar aconselhamentos para que os profissionais parassem de cometer atos de violência obstétrica com outras mulheres.

4 Oficina IV: Pintura dos tecidos de três períodos: antes da gestação, gestação e parto

Número de Participantes: 05

Objetivos: Apresentar e ler coletivamente o TCLE e iniciar as pinturas dos tecidos com histórias de vida.

Materiais utilizados: tapete para sentar no chão, canudo, cordão para varal, pregador de roupa, incenso, vela, fósforo, colheres de chá, copo de cafezinho, copo de 180 ml, garrinhas de água (não contávamos com pia por perto), paninhos para limpeza, pincéis redondos e chatos de várias espessuras, tinta para tecido aquarela silk, acrílica e acrílica neon, pincel marcador para tecido em várias cores, recortes de tecido em algodão cru (0,20 X 0,15 cm)

Atividades Realizadas

Acolhimento –

Iniciamos a oficina com exercícios de consciência corporal seguidos de uma viagem astral para o período anterior à gestação, passando pela gestação e parto. As mulheres aderiram bem à atividade proposta. Ao retornarem, as convidamos para a atividade de pintura;

Pintura dos tecidos –

Tendo como objetivo a expressão artística do período da vida antes até quando sofreram a violência obstétrica, fazendo pinturas de como era a vida antes da gestação, gestação e parto. Tendo como referência a atividade do tarô místico da sociopoética, adaptado para ao universo cultural das participantes, as pinturas foram realizadas utilizando os quatro elementos da natureza (terra, fogo, água e ar). Para tanto, organizamos as tintas de tecido em quatro mesas segundo os elementos da natureza. A cada tecido pintado, elas escolhiam outros elementos para pintura. Não houve dificuldades maiores, porém, percebemos que não ficou muito claro o uso dos elementos. Algumas relataram que apesar de nunca terem pegado num pincel, adoraram a atividade;

Apresentação das pinturas –

Depois iniciamos a apresentação das pinturas. Fizemos rodas de conversas organizadas pelos períodos da gestação, do antes da gestação, gestação e parto. As mulheres estiveram muito conectadas com a atividade e trouxeram grandes contribuições para compreendermos suas trajetórias até o momento da gestação. No entanto, perdemos a gravação da parte da história da gestação, pois o gravador não funcionou, mas recuperamos na oficina seguinte. As mulheres, ao apresentarem suas produções, trouxeram suas histórias referentes aos períodos expressos na pintura;⁸⁰

Avaliação –

Fiquei preocupada por terem visitado memórias tristes e pergunto como estavam saindo. Porém, todas falaram que tinha sido uma experiência boa, estavam com esperança, alegria, melhor do que antes. Terminei agradecendo a confiança de terem trazido suas memórias e do tanto que aprendi com elas.

⁸⁰ Perdemos o registro do período anterior a gestação porque o gravador não funcionou e foi retomado na oficina seguinte.



Figura 34: Material utilizado para pintura dos tecidos

Materiais utilizados na oficina de pintura

Síntese da discussão do grupo sobre os períodos da gestação e parto

Elas nos narraram experiências diversas de gestação: alegria; o misto de sentir “chique” por estar trabalhando, ter um marido companheiro e ao mesmo tempo passou todo o período gestacional com medo de morrer; sentir-se só por ter um marido que trabalha viajando; e a gestação do coração, da mulher que não teve filhos, porém gestou com amor a gestação da sobrinha.

A narrarem as histórias de seu parto, apenas Solange e Guilhermina referem boas memórias. Solange diz ter tido um parto alegre. Guilhermina, que não teve filhos, fala da festa que girava em torno dos nascimentos na família. Mas trouxe também a memória triste de mulheres que morreram de parto na sua comunidade, quando não se tinha fácil acesso aos serviços de saúde. Aparecida, Jamile e Joaquina trouxeram memórias dolorosas de partos e encontramos no conjunto dos seus relatos vários tipos de violência obstétrica: Aplicação de ocitocina quando a mulher já apresentava com 9 cm de dilatação; toques sucessivos sem identificação e sem pedidos de autorização; manobra de Kristeller; episiotomia com provável ponto do marido que deixou sequelas por longo período até que aconteceu a reparação cirúrgica; maus-tratos; violência psicológica e privação de alimentos.

5. Oficina V: Assinatura Coletiva do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Número de Participantes: 09 Objetivo: Assinar o TCLE
Atividades realizadas Acolhimento - Chegaram três novas participantes: Liliane, Maria Antônia e Bete. Acolhemos brevemente as novatas; Leitura coletiva do TCLE – Fiz a leitura do TCLE, pausadamente, perguntado como elas haviam entendido ou se tinham dúvidas. Depois convidamos as que tivessem interesse em participar da pesquisa para a assinatura. Todas aceitaram; Roda de Apresentação do grupo para as novas participantes- Ao finalizar, fiz uma rodada com as mulheres que já vinham na trajetória do grupo para que elas apresentassem o grupo, nosso objetivo e acordo de convivência para as que estavam chegando e fui complementando em alguns momentos. Em seguida, apresentaram resumidamente a produção da oficina passada. Pude resgatar a gravação das experiências anteriores à gestação que havia perdido por conta do gravador não ter funcionado.

Síntese da discussão do grupo

As mulheres demonstraram internalização dos objetivos e acordos ao apresentarem o grupo para as novatas.

Ao apresentar sua história de vida anterior à gestação, Guilhermina trouxe sua preferência por não ter tido filhos. Joaquina e Solange referem vida boa, ligada à natureza e à família. Maria Antônia refere uma vida muito difícil por ter ficado órfã cedo e ter trabalhado em casa de famílias como doméstica. Jamile fala de uma vida nem tão boa, nem tão ruim. Tanto ela como Maria Antônia falam que a vida mudou para melhor quando casaram.

Ao reapresentarem suas pinturas para as novatas, praticamente repetem suas narrativas. Joaquina acrescenta que não sabia até então que a manobra de Kristeller que havia sofrido era uma violência obstétrica, soube durante a participação. Maria Antônia trouxe também um elemento novo: traz nas entrelinhas de sua fala a culpa pela violência sofrida.

Após o término da oficina, dada a história triste trazida por Aparecida, propus um momento de cuidado com uma massagem coletiva que elas pediram para complementar com uma prática comum entre elas: a chuva de bênçãos. Finalizei com um abraço e Aparecida refere ter valido por muita coisa na vida dela.

6. Oficina complementar de pintura dos tecidos dos períodos: antes da gestação, gestação e parto

Número de Participantes : 03

Objetivo: Realizar com as novatas as pinturas dos tecidos referentes aos três períodos antes da gestação, durante a gestação e parto.

Material utilizado : Os mesmos da oficina de pintura, descritos acima.

Atividades Realizadas

Pintura dos tecidos- Repetimos as mesmas técnicas da oficina anterior;

Apresentação breve da primeira pintura – Em roda de conversa, diante do adiantado da hora, as mulheres falaram brevemente apenas do anterior à gestação;

Avaliação – Em roda de conversa, avaliaram a atividade.

Síntese da discussão grupo

Maria Antônia trouxe um discurso autodepreciativo e, ao mesmo tempo, produziu pinturas que chamaram atenção pela beleza e expressão. Maria Antônia e Liliane trouxeram histórias anteriores à gestação de uma vida feliz em família. Bete nos trouxe uma história de sofrimento por ter perdido a mãe precocemente.

Na avaliação disseram que gostaram muito, algo diferente, algo que ocupa a mente, preenche o tempo. Bete diz que é bom para mente, para saúde para tudo.



Figura 35: Oficina complementar para as novas participantes, pintura de três períodos antes da gestação, gestação e parto

7. Oficina VI “*Confetos*” antes da gestação e gestação

Número de Participantes: 08

Objetivo: Iniciar o processo de criação de “confetos” do material já produzido

Materiais utilizados: Tarjetas para colocar os nomes dados aos quadros pintados, broche para fixação das tarjetas, tecidos de cores variadas de 1m por 1m para fazer os painéis com os grupos formados.

Atividades Realizadas

Acolhimento –

Iniciamos o trabalho fazendo uma série de exercícios inspiradas no grupo de movimento, focamos no trabalho com o olhar, buscando aumentar a vinculação grupal e a inclusão das novas participantes. Na sequência, formamos uma grande roda para as novas participantes apresentarem a suas produções; Apresentação das pinturas das novas participantes –

Em roda de conversa, as mulheres apresentaram suas pinturas para o grande grupo;

Nomeação do material, análise e construção de “confetos”

Realizamos uma atividade de mímica, onde cada participante foi convidada para oferecer algo para outra ou para o grupo apenas por gestos, sem a fala e as demais tentavam adivinhar o que estava sendo ofertado. Refletimos a importância de se dar nome na comunicação. Depois mostrei vários livros e seus títulos. E solicitei que cada uma olhasse para o que produziu e desse nome para suas pinturas. Eu e Vanessa fomos ajudando as que não sabiam escrever e colocando em tarjetas o nome dado em cada produção, afixando com um pequeno broche. Depois, pedi que falassem como costumam arrumar seus guarda-roupas e fiz uma analogia do fazer pesquisa/ciência com esta atividade visando

introduzir a ideia de classificação, sistematização e análise. Na sequência, as convidei para uma atividade semelhante à arrumação do guarda-roupa. Colocamos todas as produções do período anterior à gestação, agora nomeadas, num tecido e contemplamos a produção coletivamente. Pedi que elas identificassem o que achavam diferente e o que elas identificaram como semelhantes foram naturalmente agrupando e formando subgrupos. Fizemos pequenas rodas para que cada subgrupo conversasse sobre o que produziu. Depois, voltaram para a grande roda e cada grupo apresentou o que produziu a partir da reflexão nos subgrupos. Este mesmo processo foi depois repetido nas pinturas referentes ao período da gestação;

Avaliação – Na sequência, fizemos a avaliação com o baralho das emoções. Cada uma pegou uma carta das emoções e falou como se sentiu.

Síntese das discussões no grupo

CONFETOS DA VIDA ANTES DA GESTAÇÃO

GRUPO: A ESPERANÇA É A ÚLTIMA QUE MORRE

BETE



Esperança de realização

Eu tinha tristeza, mas não perdia a esperança de ter uma vida boa, mais feliz.

Elemento: fogo

SOLANGE



Sempre há uma esperança

Minha vida era sofrimento e alegria ao mesmo tempo, uma mistura.

Elemento: fogo

GRUPO: HARMONIA EM FAMÍLIA

GUILHERMINA**Viva a vida, só alegria**

Eu não tive filhos, então desenhei o sol, a água e um naviozinho porque gosto de viajar.

Elemento: água

JOAQUINA**Antes era feliz e não sabia**

Aqui a minha infância, muita água, perto dos rios, árvores, pescando....

Elemento: água

MARIA ANTÔNIA**Alegria**

Lembro das minhas irmãs, tias, toda minha família e muitas amigas, graças a Deus.

Elemento: água

LILIANA**Felicidade**

Aqui era minha família, era muito bom, mas não era completa. Quando eu engravidei e tive meu filho tudo mudou.

Elemento: água

GRUPO: AINDA HÁ UMA ESPERANÇA EM NOSSAS VIDAS

APARECIDA



Sufrimento

Antes da minha vida era de trabalho, sofrimento, fui criada sem pai e sem mãe, sofrendo nas casas dos outros, passando por aquelas maiores dificuldades. Minha vida foi assim só problema, depois que melhorou de situação

Elemento: fogo

JAMILE



Sempre há uma esperança

Quando eu morava na casa da minha mãe, era muito sofrimento porque meu pai bebia.

Elemento: Água

Na apresentação das pinturas das novas participantes, elas repetem as histórias contadas na oficina anterior em relação ao período gestacional. Liliane acrescenta que a vida era feliz, mas não era completa até o filho nascer.

Todas as três foram abandonadas pelos pais de seus filhos na gestação. Maria Antônia sofreu uma tentativa de agressão física, mas ela conseguiu se defender.

Relatam que tiveram apoio da família e foi fundamental para superação das dificuldades. Além do apoio da família, Maria Antônia também trouxe a importância da sua espiritualidade, fé em Deus para vencer suas dificuldades.

Solange chamou atenção do grupo para a beleza das pinturas de Maria Antônia e todas elogiaram muito a sua produção. Como ela havia se depreciado bastante na oficina anterior, fiz questão de demarcar este momento.

Ao falar do parto, Maria Antônia nos contou que, ao ver as mulheres sendo maltratadas, chamou a parteira da maternidade e lhe deu um agrado (dinheiro) para ser bem tratada. As mulheres estavam por me ensinar uma de suas estratégias para escapar da negligência e maus-tratos.

Aparecida nos contou que, dos 15 partos, 3 ela teve em casa sozinha. Um momento de empoderamento em que ela se sentiu bem, pois não tinha “os urubus”, isto é, ninguém para lhe maltratar e “catucar”. Ao observar as expressões corporais dela e de Liliane ao falarem dos toques, ficou perceptível que são representados como uma violência sexual, um estupro.

Bete nos desvelou a vulnerabilidade da adolescente para violência obstétrica e colocou a ausência ou presença de um marido como um demarcador importante nas suas experiências de parto tanto na qualidade da assistência como da vulnerabilidade para a violência obstétrica. No primeiro parto, ainda adolescente e solteira, sofreu uma série de violências. Nos partos seguintes, adulta e com marido, sofreu menos violência. Foram também partos que passou pouco tempo na maternidade e, conseqüentemente, sofreu menos procedimentos. Vale pontuar que diz ter gostado de ter recebido a ocitocina no segundo parto, mesmo estando tudo caminhando bem e próximo ao parto, pois crê que abreviou o tempo de nascimento. Isto levou a uma questão no grupo: se teve o consentimento dela é considerado violência? Falei que ela havia referido que o menino já estava nascendo, teria configurado como um uso de rotina e desnecessário e por conta disso é considerado um ato de violência obstétrica.

Liliane, apesar das violências relatadas, refere que lhe foi ofertado vários métodos não farmacológicos de alívio da dor e da importância de ter tido a companhia da mãe o tempo todo na maternidade, foi o que lhe deu forças e confortou.

Patrícia não foi à oficina de pintura, mas quis nos contar de seus partos. Trouxe uma narrativa onde passou por várias violências em ambos os partos, porém só reconhece que sofreu no primeiro. Na sua narrativa, ela representou os partos como violentos pela duração do sofrimento e da dor. Diz que a diferença do primeiro para o segundo (no qual não reconhece que sofreu violência ou como um parto ruim) é que o primeiro o sofrimento foi longo, no segundo foi só depois.

No conjunto dos relatos podemos encontrar outra diversidade de narrativas sobre as violências sofridas, que incluem proibição de ir ao banheiro; privação de alimentos e bebidas; toques sucessivos, sem permissão e dolorosos; episiotomia; manobra de Kristeller; uso desnecessário de ocitocina; maus-tratos verbais e piadas de mal gosto; negligência; procedimento de retirada de restos de placenta e sutura sem uso de anestésico.

Na vida antes da gestação, as mulheres trouxeram histórias de vida que se agruparam em torno de três experiências distintas. O primeiro grupo a apresentar sua reflexão foi o “Harmonia em Família”, as mulheres tinham uma vida onde predominava a alegria e união da família. No segundo grupo, “A esperança é a última que morre”, elas ressaltaram que, apesar do sofrimento, elas sempre tinham a esperança de dias melhores. No terceiro grupo, “Ainda há uma esperança em nossa vida” elas focaram que a vida antes do casamento era marcada por muito sofrimento, depois que casaram tudo melhorou.

CONFETOS DA VIDA DURANTE A GESTAÇÃO

GRUPO: ABANDONO, DECEPÇÃO, FÉ E SUPERAÇÃO

JOAQUINA



Título: **Decepção e superação**

A decepção com ausência e traição do marido. Mas, tem também a superação. “Mas, ai tem a superação também, não tem só o lado ruim, sabe? As coisas que ... faz a gente seguir em frente.

Elemento: **Terra.**

LILIANE



Título: **Alegria, tristeza. Fortaleza e porto seguro na minha família**

“A decepção com o marido, tristeza porque não ficou do meu lado quando eu mais precisei, mas superei porque a família me apoiou.”

Elemento: **ar.**

MARIA ANTÔNIA



Título: **Sufrimento**

A minha foi a mesma coisa. A gestação foi sofrimento, mas depois se tornou boa, graças a deus! Deus em primeiro lugar e minha família. Minhas amigas também. Tenho muitos amigas. São todas de perto, vizinhas.

Elemento: **ar.**

**GRUPO: A ESPERANÇA PARA O MUNDO MELHORAR,
O AMOR DE MÃE NÃO TEM FIM**

APARECIDA



Título: **Felicidade**

É a gestação que traz a expectativa que a criança vai ajudar na construção de um mundo melhor "Quando a gente está grávida, a gente está com a aquela alegria, a esperança naquela criança no mundo."

Elemento: **ar**

SOLANGE



Título: **Vida Colorida**

Não pensava nada, só pensava que eu passei os 9 meses todos os dias quase eu abria a caixinha dele que era dos enxovais dele para lavar e para passar para ficar cheirosinho para esperar ele chegar e era tudo colorido

Elemento: **ar**

JAMILE



Título: **Gestação Bênção**

"A gestação bênção porque a gente vai vendo a barriga crescendo, vai tendo saúde, até os nove meses, que eu tive saúde, trabalhei (...) Foi só bênção na minha vida."

Elemento: **terra**

GUILHERMINA



Título: **Ganhar presente é bom demais:
Gestação Coração**

A gestação de quem engravidou de amor. Ela amou seus sobrinhos como se fossem filhos. "Eu não tive, mas eu ganhei um sobrinho que foi um presente (...) tenho amor pelo meu filho do coração."

Elemento: **terra.**

BETE



Título: **Tudo tem seu tempo e brilhar**

Mesmo tendo sofrido e não tendo planejamento, a gestação foi um brilho. "Na minha vida foi assim, tudo teve seu tempo, mas quando o tempo veio, brilhou."

Elemento: **ar**

As mulheres trouxeram na avaliação imagens e narrativas de mulheres reunidas sugerindo a força e a cura, integração com elementos da natureza e da espiritualidade, do afeto, da fé, da leveza, do prazer. Destaco a narrativa de Joaquina que trouxe a imagem de alguém empurrando uma pedra. Mesmo que ela tenha nos falado de um problema da ordem pessoal, que demos escuta e acolhimento após a oficina, fiquei pensando também se essa imagem também nos remeteria a mensagem subliminar que transitar por esses temas pode ser duro, mas leva a um caminho de maior consciência e libertação.

AVALIAÇÃO DAS MULHERES SOBRE A OFICINA



"Meu dia foi muito feliz porque eu estou com uma família reunida. Uma maravilha"
(JAMILE)



" Hoje foi só alegria, só flor. Estou aqui com todos, é só alegria"
(APARECIDA)



" A fé que está me ajudando a superar "
(LILIANE)



"Gostei muito de ouvir o que vocês têm a dizer"
(HELENA)



"O meu representa tudo que falamos. Nós reunidas, o nascimento de um ser"
(GUILHERMINA)



" Está difícil, mas tem o sol que brilha, tem o céu e eu sei que eu vou chegar lá em cima, se deus quiser"
(JOAQUINA)



"Só flor" (MARIA ANTÔNIA)



"Mais um dia de aprendizado e alegria em reunião" (SOLANGE)



"Uma borboleta, uma pessoa livre, livre, na paz e estou em um dia que eu vim na paz e desejo a paz para cada um" (BETE)

8. Oficina VII: "confetos" dos partos

Número de Participantes: 05

Objetivos: Criação de "confetos" do material parto e os efeitos da violência obstétrica.

Materiais Utilizados: Impressão da lista de violência obstétrica⁸¹. Mini targetas com as violências obstétricas e broches para serem atachadas nas pinturas sobre o parto. Impressão dos gráficos com dados sobre violência obstétrica (adaptação da pesquisa *Nascer no Brasil*, ver anexos).

Atividades Realizadas

Faltaram três mulheres nesta oficina e atrasamos muito o seu início, o que comprometeu o planejamento realizado. Pulamos o acolhimento, pois passamos muito tempo em rodas de conversas esperando para ver se as mulheres ausentes chegavam. Avaliamos que, de certa forma, já havíamos realizado um acolhimento.

Roda de conversas sobre a tipificação da violência obstétrica –

Iniciamos fazendo uma roda de conversas sobre a violência obstétrica. Fui lendo os conceitos e a tipificação das violências obstétricas, tendo como base o relatório *Parirás com Dor* da ONG Rede Parto do Princípio (2012) e complementado por Bohren (2015). Enquanto lia, ora parava para explicar mais o texto, ora elas me explicavam como tinha acontecido com elas, ora elas expressavam o quanto estavam perplexas ao descobrir a existência do ato ou que determinado procedimento que é de rotina é considerado uma violência obstétrica;

Apresentação dos dados da Pesquisa Nascer no Brasil e da Interseccionalidade

Ao finalizar esta atividade, apresentei dados da pesquisa *Nascer no Brasil*. Levando em consideração que algumas mulheres tinham poucos anos de escolarização, trabalhei com os gráficos que produzi para a apresentação da pesquisa com o movimento social, onde transformei os dados em gráficos compostos por figuras de mulheres, buscando quebrar um pouco da abstração dos números percentuais. Também escrevi os atos constitutivos da

⁸¹ Esta lista consta em anexo e foi elaborada tendo como base o dossiê elaborado pela ONG Rede Parto do Princípio (2012) e complementado pelo artigo de Bohren et al (2015).

violência obstétrica próximo do universo delas. Trouxe também a reflexão da interseccionalidade. Isso é, que as mulheres passam pela violência obstétrica de forma distinta de acordo com a classe social e a raça/cor da pele. Inspirada na conversa que tive com os residentes do Programa de Saúde do Campo, falei das minhas experiências de partos na Europa como mulher imigrante e no Brasil, como mulher branca de classe média. Identificando na primeira condição mais vulnerabilidade para procedimentos, como episiotomia, parto em posição de supina, uso de fórceps, pouca informação e fragilidade na rede de apoio social. Na segunda, meu desejo de parir natural sendo negado pelo médico renomado que me fez acreditar que não teria passagem;

Análise e construção de “confetos” sobre o parto –

Na sequência, li a produção da oficina anterior para aproximar da memória a produção e metodologia de produção de “confetos”. Separei a pintura de parto das que não compareceram neste dia. Fui lendo os títulos que colocaram em suas pinturas e pedindo para que elas complementassem ou explicassem melhor o que queriam dizer ao escolher os nomes. Nesse processo, algumas mulheres mantiveram o nome dado, outras complementaram ou mudaram. Pedi que identificassem os partos semelhantes e me falassem o que tinham de diferente dos outros. Na hora de fazermos o agrupamento e produzir “confetos”, fizemos todas juntas, pois elas pediram para não serem separadas;

Oficina de Cuidado: Exercícios para Liberação do Trauma (T.R.E) –

Como trouxemos temas muito mobilizadores, finalizamos com uma oficina de cuidado, com exercícios de liberação do estresse e trauma.⁸² Todas elas estiveram bem conectadas com a atividade e avaliaram positivamente. No dia posterior à oficina, perguntei como elas estavam se sentindo, como faço sempre que aplico os exercícios de liberação do trauma. Falaram que dormiram muito bem e Maria Antônia falou que foi a melhor das oficinas e que não perderia mais nenhuma.

Síntese da discussão do grupo

Esta foi a oficina que mais me requisitou estar atenta e procurar a delicadeza na condução da discussão, pois tocamos em vários temas dolorosos ou até tabu para elas e para mim. Por várias vezes, temi estar sendo difícil para elas escutarem ou falarem sobre o tema ou estar muito cansativo. Parei em vários momentos para perguntar como estavam se sentindo ao falar do tema ou se elas queriam dar uma pausa para lancha ou descansar. Referiram emoções que variaram de estarem perplexas a se sentirem mais fortalecidas. Mas se recusaram parar a oficina porque referiram estarem gostando muito da atividade.

Ao falar como as mulheres negras experenciam a violência obstétrica, Solange nos trouxe com sua história de vida as estratégias para evitar a violência obstétrica: ao estado que

82 Para saber mais sobre estes exercícios veja a nota X, na página XX

negligencia e abandona, buscam a fé em Deus e para fugir dos maus-tratos, só vão para a maternidade perto de parir.

À medida que ela e outras mulheres falavam, fui ficando com a impressão de que estavam reativas, como se, ao falar da vulnerabilidade da mulher negra para a violência obstétrica, eu estivesse na defesa dos crimes raciais. Decidi falar brevemente do histórico de como foi construído o racismo no país, do meu compromisso com a luta antirracista e da importância de se falar do tema, para evitar que outras mulheres passem por essas situações. Essa fala parece ter tido efeito no aumento da confiança delas em mim no que toca esta questão. Após essa reflexão, as mulheres trouxeram espontaneamente várias situações em que foram vítimas do racismo. Mesmo que fosse um tema que fugia do nosso objetivo, acolhi. Finalizamos esta atividade fazendo uma roda, onde elas puderam expressar sentimentos, emoções e falar o que tinham vontade para as pessoas que cometem racismo.

CONFETOS SOBRE O PARTO

GRUPO: PARTO PODER DE DEUS E INTERESSE

SOLANGE



Título: **Parto Alegria e Vida Nova**

“No meu (PARTO) não tem (SOFRIMENTO). No meu tem, vida nova. (...) Alegria e vida nova

Elemento: **água**

MARIA ANTÔNIA



Título: **Alegria**

“Porque eu tive tanta da alegria quando o bichinho nasceu.”

Elemento: **fogo**

GRUPO: PARTO RUIM**APARECIDA**Título: **Parto Sofrimento/ Nascimento Paz**

"Porque, certo, eu sofri muito, né? Mas, quando ele nasceu que eu olhei para ele assim, eu me senti muito feliz, né? Muito na paz, né?"

Elemento: **água****JAMILE**Título: **Parto Ruim**

"Subiu na minha barriga para o bebê nascer. Ai depois que o bebê nasceu ficou um resto de parto, ai ele disse: "vai mãe, bota um pouquinho de força que tem um resto de parto para sair." (...) Eu acho assim que pode até chegar a morte. Porque deus o livre, deus o livre, se aquele resto de parto não tivesse saído de mim, que o médico mandou para eu botar uma forcinha? E se eu não tivesse mais força ali, como sairia de mim?"

Elemento: **fogo****JOAQUINA**Título: **Depois da Gestação a Realidade: O Parto que Destrói Sonhos**

"É que a gente pensa que a vida é de um jeito e a gente vê que a realidade é outra. Porque a gente sonha tanta coisa, acha que uma coisa e na hora....(...) se eu pensasse como agora, talvez eu não tivesse tido filho."

Elemento: **fogo**

Jamile explicou que seu parto foi ruim porque ficou restos de parto, reforçando seu medo da morte. Solange reforçou que seu parto representou alegria, a vida nova e fé. O parto de Joaquina e o de Aparecida, ao serem nomeados, traduziram a experiência do parto como um ritual de passagem. Para Joaquina, seu parto representou uma ruptura com os sonhos, trazendo uma dura realidade. Quando seu filho nasceu, não quis vê-lo, só queria dormir de tanto que sofreu. Eu falei para ela que isso acontecia com algumas mulheres que sofriam muito no parto. Mas não compreendi se foi o sofrimento do parto que destruiu os sonhos ou se após o bebê nascer os sonhos foram destruídos pela dura realidade da convivência familiar. Aparecida, ao refletir sobre o seu parto, o renomeia. Perguntei a Aparecida por que ela nomeou o parto de nascimento paz.

APARECIDA- Porque, certo, eu sofri muito, né? Mas, quando ele nasceu que eu olhei para ele assim, eu me senti muito feliz, né? Muito na paz, né?

Ao contemplarem os partos, as mulheres identificaram dois agrupamentos e criaram “confetos” para representar esses partos.

Solange referiu que os partos dela e Maria Antônia eram parecidos, porque não tiveram sofrimento. Falo que foram partos que tiveram pouca violência. Elas concordam. Apresentei minha análise do que percebi de comum no parto delas também é que elas criaram estratégias para se protegerem da violência. Maria Antônia pagou para ser bem tratada e escapou dos maus-tratos que via as outras sofrerem. Solange ajudou as outras mulheres a irem no banheiro, ao fazer o trabalho das enfermeiras, talvez tenha ganhado a simpatia delas, que a protegeram dos maus-tratos. Elas concordam. Pergunto como poderíamos nomear estes partos, foi Solange quem respondeu.

SOLANGE - Na minha opinião, poder de Deus.

VERÔNICA - Poder de Deus. E o que significa o poder de Deus para estes partos? Só o poder de Deus que livrou da violência na maternidade?

SOLANGE - Não. Acima de tudo, o poder de Deus.

VERÔNICA – Certo

SOLANGE - E depois... Gentileza não é, porque não era gentileza delas, não. É... (faz um semblante reflexivo e se segue um tempo pequeno de silencio) É interesse.

Ao refletirmos sobre os partos de Aparecida, Jamile e Joaquina, as mulheres resolveram chamar de “parto ruim”. Ao questioná-las o que significaria um parto ruim, elas referem ser um parto com muito sofrimento e sem atenção. Jamile trouxe o seu medo de morrer por ter ficado com restos do parto. Joaquina complementou dizendo que este parto gerou o medo de engravidar e ter que passar por todo sofrimento de novo.

9 Oficina VIII: efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres

Número de Participantes: 07

Objetivos: Pintura e criação de “confetos” do material dos efeitos da violência obstétrica

Materiais Utilizados: Tapete para sentar no chão, cordão para varal, pregador de roupa, colheres de chá, copo de cafezinho, copo de 180 ml, garrinhas de água (não contávamos com pia por perto), paninhos para limpeza, pincéis redondos e chatos de várias espessuras, tinta para tecido diversas e pincel marcador para tecido em várias cores, recortes de tecido em algodão cru (0,20 X 0,15 cm)

Atividades Realizadas

Exercícios de bioenergética e mímica de animais-

Iniciamos a oficina com uma atividade de corpo, grupo de movimento. Na finalização dos exercícios, entraram galinhas de angola no espaço e comecei a imitar as galinhas de angola e pedi para que o grupo também o fizesse. Depois pedi para que cada um imitasse um bicho e o restante do grupo iria acompanhar na imitação. Foi um momento muito divertido, onde todas participaram;

Meditação criativa e viagem mítica-

Realizamos uma meditação criativa com uma viagem imaginária de uma mulher que sofreu violência obstétrica. Com o seguinte roteiro:

Você é uma mulher que sofreu violência obstétrica e agora está saindo da maternidade.

Como você está se sentindo saindo da maternidade?

Você vai entrar num túnel, observe que cor tem o túnel

Agora você vai se transformar num bicho. O bicho-mulher que sofreu violência obstétrica.

Que bicho é esse?

Como ela se movimenta?

Ela cai num buraco. Observe como é esse buraco.

Como ela sai do buraco? Alguém a ajudou?

Agora ela vê uma montanha. Como ela subiu na montanha?

O que ela vê lá em cima da montanha?

Pintura dos tecidos e apresentação no grande grupo:

Depois da viagem, convidamos as mulheres a pintarem no tecido a sua viagem e cada uma apresentou no grande grupo. Depois de apresentarem, chamei a atenção que cada bicho que trouxeram tinha uma característica que os fazem mais fortes e outras que os fazem mais frágeis. E pedia que, ao terminarem de apresentar sua viagem mítica, identificassem: o que cada bicho tem de fragilidade e o que tem de fortaleza? O que o faz frágil e o que o faz forte? Após cada uma apresentar as fragilidades e fortalezas de seus bichos, analisei junto com elas as principais características dos animais que elas trouxeram. Vimos que fizeram bicho da terra, bicho do ar, e bicho que está em transição, são bichos da terra e ar ao mesmo tempo. Não teve bicho da água;

Trabalho em pequenos grupos e socialização no grande grupo-

Fizemos uma divisão segundo os bichos que trouxeram. Os bichos da terra, os bichos que têm asa e os bichos em transição. Pedi para que elas contassem o que acontece com as mulheres depois que elas sofrem violência obstétrica. Falei que o desenho que elas fizeram já tinha muito para ensinar e pedi para que olhassem para o desenho e identificassem, o que acontece com as mulheres depois que elas sofrem violência obstétrica e como elas superam. Fui passando de grupo em grupo, explicando mais, tirando as dúvidas e às vezes fazendo questões que tinham por objetivo ajudá-las a mergulhar nas reflexões. Depois cada grupo compartilhou suas discussões no pequeno grupo.

CONFETOS SOBRE A VIAGEM MÍTICA DO BICHO-MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

GRUPO: CUIDADO

BICHOS DA TERRA

JAMILETitulo: **Floresta Amazônia**Bicho **Gata**
mulher

Jamile se transformou numa gata. Quando a gata saiu do buraco pegou um ônibus e fez uma viagem para o Rio de Janeiro. Ai do Rio de Janeiro, quando chegou lá, ela foi para floresta. Quando ela chegou na montanha, ela viu Jesus e foi para o céu. Não sabe o que significa uma floresta amazônica e o que tem, mas sabe que deve ser muito boa, tem alegria e tem momento para você se tranquilizar. A parte que ela mais gostou foi a montanha porque viu Jesus. Não pensou nela, pensou na irmã que teve depressão após o parto.

Fica frágil quando vai ter o gatinho, fica mais frágil
Sua força é criar os filhos, ela nunca abandona os filhos.

**MARIA
ANTÔNIA**Titulo: **Fazenda Esperança**Bicho
Vaquinha
pretinha

Maria Antônia lembrou do tempo que era mais jovem e o avô tirava leite para a família e os vizinhos. A vaquinha se chamava Pretinha, ela era preta e branca. Caiu no buraco fundo e tinha muita lama, era uma vaca atolada. Ela saiu do buraco puxada por Deus e por um trator. Quando ela saiu do hospital, saiu muito alegre. Chegou em casa se alimentou. porque saiu do sofrimento. Ela transformou-se numa vaquinha que dava muito leite e alimentava a todos. Voltou para o curral. Ela agradeceu para quem tinha tirado ela. Viu muitas coisas bonitas no topo da montanha, muito capim, muita palha.

Fica frágil quando não tem a comidinha dela, quando tiram os bezerrinhos de perto, ela se acha fraquinha, fica triste
A "fortalezinha" (sic) da vaca é quando ela se alimenta e dá alimentação para os outros.

SOLANGETitulo: **Saudade de Rochinha**Bicho
Burrinha
Rochinha

Quando saiu da maternidade sentiu solidão. Passou por um túnel verde, lilás e azul cor das nuvens. O buraco era fundo e tinha água dentro. Saiu com a ajuda de muita gente. Subiu na montanha com a ajuda dos que a tiraram do buraco. No topo da montanha viu uma paisagem muito bonita com muitas flores, foi para um lugar muito bom. Começou a chorar e disse que a burrinha era como uma filha.

Fica frágil quando falta cuidados
Sua força é o trabalho porque faz ela esquecer tudo. .

**GRUPO: SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS –
BICHOS EM TRANSIÇÃO/ BICHOS DA TERRA/AR**

JOAQUINA



Bicho:
Vaca-Louro

Titulo: **O amor incondicional**

Inspirou-se numa reportagem que leu no dia anterior que terminou em um óbito do recém-nascido. Desenhou a criança e uma vaca que o bezerrinho tinha morrido. E o sofrimento dela era muito grande. Eu pensei nesta mulher. É horrível ver a vaca quando ela perde, ela fica lambendo, ela fica uivando. É por isso que eu botei o amor incondicional.” Ela caiu no buraco, num poço e saiu com a ajuda de deus e de Nossa Senhora. Foi com a ajuda da santa que ela subiu num túnel azul. “E aqui é nossa senhora consolando ela e recebendo o filho dela.” Ela chegou ao topo da montanha, meio que voando. Feito os passarinhos. Ela também desenhava várias borboletas que significam para ela liberdade. Ela, quando chegou no topo da montanha, viu muito sofrimento, mas ela viu o amor da mãe, Nossa Senhora. O amor de mãe é um amor incondicional. Só quem é mãe sabe o que é.

Fica frágil quando os humanos, os donos, batem.
Sua força é o carinho, o amor

LILIANE



Bicho: **Leão-
Pássaro**

Titulo: **Superação**

Um leão que é forte. A mulher sofreu muito, mas depois superou, ela teve o apoio da família. No túnel, tinha muitas cores coloridas. Ai caiu no buraco e a família ajudou a superar. Depois, subiu na montanha sozinha, e ela se transformou num passarinho, é um leão-pássaro. Ele voa até as nuvens e é bem legal, e viu um céu bem bonito, azulzinho

Fica frágil quando ele é machucado.
Sua força é proteger os filhotes, tem muito garra

GRUPO: VITÓRIAS DAS CONSEQUÊNCIAS –
BICHOS DO AR

APARECIDA



Bicho:
Pássaro

Título: **Vôo livre**

Quando saiu da maternidade, se sentiu mais solta, mais livre de onde estava. "Porque lá na maternidade a pessoa se sente como no túnel, lá vê todas as cores, porque lá o que vem na nossa mente é muitas coisas, a gente quando a gente está lá se sente nas mãos dos outros, a gente se sente como um preso na cadeia. Ai quando sai de lá se sente livre." Viu um túnel de muitas cores, para sair do buraco, pediu ajuda a Deus. No topo da montanha viu muitas coisas bonitas, muitas árvores, muitas flores, coisas bonitas

Fica frágil quando se acha preso numa gaiola.

Fortaleza - Quando se acha livre. Quando voa ele se acha forte. Quando um passarinho está preso e se solta o bichinho fica tão alegre..

BETE



Bicho:
Borboleta

Título: **Viagem Feliz**

A borboleta representa a mulher quando sai do hospital. Antes do parto sempre foi uma menina cheia de vida, colorida, de muitos de sonhos para realizar. Ela saiu para dar um passeio e caiu num túnel que representa o parto: foi sofrimento, tristeza, solidão. "Porque quando a gente chega nestes cantos, tudo isso fica na vida gente e a gente querendo se libertar, né? Mas, graças a deus, foi fácil ela se libertar porque ela era uma borboleta e ela voava." Ela saiu desse túnel, voando, voando e com a certeza de encontrar uma montanha. Quando chegou no topo da montanha já viu a liberdade, a força de viver. Lá viu muitas flores, muito verde, que é a família que deu apoio. Aqui foi um dia muito lindo, estava chovendo e realmente estava chovendo. Foi um dia muito maravilhoso e até hoje, estas consequências, estas coisas passaram e ficou muita felicidade.

Fica frágil quando sente tristeza
 Fica forte quando tem paciência

Síntese da discussão do grupo

Na primeira rodada de conversa, onde cada participante apresentou sua viagem mítica, elas falaram de forma lúdica sobre os efeitos que a violência obstétrica teve em suas vidas, mas também das suas estratégias de superação. Porém, é no trabalho em pequenos grupos e já com o objetivo de olharem para suas pinturas e viagem mítica identificarem os efeitos da violência obstétrica que elas trazem de forma mais sistematizada.

Os principais efeitos da violência obstétrica que as mulheres trouxeram para o debate foram: sofrimentos psicoemocionais que variam de medos, sentimentos de angústia, tristeza, estados depressivos, memórias dolorosas, pensamentos intrusivos a transtornos mentais disruptivos; medo de engravidar novamente, o que levou ao adiamento ou até interrupção do ciclo reprodutivo; interferência na vida sexual por conta de dores e sangramento durante a relação sexual; dificuldades em estabelecer vínculos com os recém nascidos de curta e média duração.

Ainda surgiram dois temas importantes, não falados ou trazidos de forma consciente, mas observados nas entrelinhas de suas narrativas. O primeiro, refere-se ao luto não elaborado por Solange e revivido na viagem mítica. O luto também aparece nas entrelinhas da viagem mítica de Jamile. Pois, o medo de morrer no parto, que a acompanhou desde jovem e foi atribuído a exposição mediática da morte de uma jornalista da tv Asa Branca, na sua viagem mítica fica evidente que há uma simbolização do processo disruptivo de sua irmã a uma morte simbólica. Outro tema que aparece nas entrelinhas é o discurso de culpabilização da vítima, quando Aparecida e Bete dizem não sentirem arrependimentos por terem tido os filhos e passado pela violência obstétrica.

As mulheres também trouxeram nas suas narrativas estratégias de superação. As principais e mais recorrentes foram os cuidados com os recém-nascido e o amor incondicional que sentem por eles. Também falam do apoio da família; a conexão com a fé espiritualidade; a capacidade de aprender com a experiência passada; a reconstituição do períneo e os cuidados na rede de atenção à saúde mental.

No final da oficina, as mulheres estavam muito mobilizadas com um acidente de atropelamento que ocorreu com uma das mulheres da comunidade muito próxima ao grupo. Elas puderam expressar suas tristezas e também compartilhar as angústias inerentes a quem vive nas margens de uma rodovia de alta velocidade e intenso movimento de carros. Foi um momento muito intenso de cuidados uma com as outras.

10 Oficina IX: Contra-análise e novos “confetos” e conselhos para não haver mais violência obstétrica.

Número de Participantes: Não contabilizados

Além do apoio de Vanessa, contratamos uma recreadora, que realizou contação de história para as crianças enquanto trabalhávamos com as mães

Objetivos: Apresentar a análise da pesquisadora, acolher a contra-análise do grupo pesquisador, construir coletivamente novos confetos, conselhos para evitar novas violências obstétricas, construir o personagem conceitual e confraternização.

Materiais Utilizados: cartazes com as análises, varais para exposição de toda a produção sociopoética.

Atividades realizadas

Apresentação da análise, contra-análise do grupo e construção de “confetos” –

Iniciamos as convidando para passearem pelos varais para trazer para a memória o que havíamos produzido. Fizemos uma grande roda e fui apresentando minha primeira análise. Para tornar mais didática e menos cansativa, trouxe as imagens do baralho da história do parto, para ilustrar as análises do parto. Iniciei apresentando para elas todos os tipos de partos que elas trouxeram durante toda a pesquisa, inclusive os que não estiveram nas suas produções sociopoéticas, mas foram de alguma forma trazidos (nas entrevistas ou nas rodas de conversas). Os partos que não havia “confetos” produzidos. Elas foram nomeando e conceituando. Na sequência apresentei a produção sociopoética a partir da viagem mítica sobre os efeitos da violência obstétrica. E elas foram construindo “confetos” que nominavam os grupos formados e os conceituava.

Conselhos para não ocorrer mais violência obstétrica-

Pedi para que se juntassem em pequenos grupos de três e discutissem quais conselhos dariam para os profissionais de saúde. No entanto, as mulheres já estavam cansadas e terminamos por fazer como uma chuva de ideias e fui anotando.

Personagem conceitual -

Fizemos uma mandala corporal, elas estavam muito dispersas, cansadas e com muita vontade de cair na festa. Deixei o cartaz exposto e elas foram completando ao longo do encontro. Porém, houve muito pouca participação e não conseguimos reunir de novo o grupo.

Avaliação –

Em roda, as mulheres avaliaram a participação na pesquisa e fiz os agradecimentos.

Pirão de mulher parida –

Solange fez um pirão de mulher parida para eu aprender a fazer e para experimentar.

Esta oficina foi realizada em uma casa de festas na comunidade, pertencente à família de uma das participantes. O espaço tem um grande terraço, mesas, cadeiras, duas piscinas e estrutura para cozinha. Era uma época do ano de muitas confraternizações, por ser próximo ao final do ano de 2019, e também era o fechamento das oficinas. Como houve um acidente na comunidade, tivemos que unir a comemoração com a última oficina. Não planejamos muitas atividades, pois não sabíamos muito bem como elas estariam dispostas para o encontro diante do clima festivo. Arrumamos o local expondo toda a produção do grupo na parede e em varais.

Estiveram presentes todas as mulheres que participaram da pesquisa, com exceção de Bernadete. As mulheres levaram convidadas e muitas crianças que eram filhos, sobrinhos, netos e filhos de amigos da comunidade. Para que as mulheres pudessem estar na produção, livres de preocupações, contratei uma recreadora.



Figura 36: Preparação do pirão de mulher parida, cuidado ancestral das mulheres que acabaram de ter seus filhos ou que chegaram da maternidade.

Fonte: Própria da pesquisa

Síntese das discussões no grupo

Sobre os partos que não tiveram pintura: para o parto com a parteira, construíram o “confeto” de “Parto Felicidade” por ter sido um parto em casa, sem tantas intervenções ou toques. A este tipo parto ressaltam o carinho, o afeto, o cuidado e que não conhecem nenhuma mulher que havia morrido nas mãos de uma parteira. Para o parto onde a mulher pariu sozinha, construíram o “confeto” de “Parto Coragem na Hora de Deus”. Para elas, parir sozinha é um ato de coragem. Aparecida, a que pariu sozinha, refere que foi um parto tranquilo “na hora de Deus”. Para as situações de abortamento, referiram que se tratava de uma “Parto Inesperado-Triste”, porque ninguém imagina que vai perder o filho e passar por tantos maus-tratos.

Para os “confetos” que retratam os efeitos da violência obstétrica: dois grupos centraram seus “confetos” na superação. Para os “confetos” do grupo dos animais da terra e do ar, conferiram “Superação dos Obstáculos” e para o grupo dos animais do ar, conferiram “Vitória das Consequências”. Já o grupo dos animais da terra, nominaram de “Cuidado,” elas referem que o grupo trouxe a questão da necessidade do cuidado (cuidado da burrinha, cuidado da alimentação da vaquinha, cuidado com a medicação da irmã de Jamile).

Dizem que gostariam de ser tratadas na maternidade com mais respeito, amor, atenção, compreensão, paciência, principalmente as mulheres e referem que tem profissional de saúde "mulher que é mais ruim de que os homens" (não foi possível identificar a interlocutora na gravação). Finalizam sugerindo que tenham mais amor à profissão e que não façam com os outros o que não querem que façam com sua família.

Ao falarmos do destino do material produzido nas pinturas, elas pedem que seja confeccionado um livro que tenha o título, "*A História das Mulheres Guerreiras do Agreste*".

Na avaliação, as mulheres ressaltaram que ter participado da pesquisa trouxe mais conhecimentos para elas e a pesquisa também representou um espaço de ajuda, de cuidado delas assim como lugar de fala.

MARIA ANTÔNIA- Se não fosse Deus, primeiramente, e depois você, nós não estávamos sabendo....

APARECIDA- Estávamos sofrendo calada.

Fechamos fazendo os agradecimentos a todas as mulheres, a Vanessa e à agente de saúde e residente do Programa de Saúde do Campo da UPE que nos acolheu.

APÊNDICE E- PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES NA PESQUISA

QUADRO 02: ATIVIDADES DA PESQUISA QUE AS MULHERES PARTICIPARAM

Assinou TCLE, fez entrevista e fez as pinturas					
Períodos da pintura ⁸³	P1	P2	P3	P4	Total
1. Aparecida	X	X	X	X	4
2. Bete	X	X	X	X	4
3. Guilhermina	X	X	X		3
4. Jamile	X	X	X	X	4
5. Joaquina	X	X	X	X	4
6. Liliane	X	X	X	X	4
7. Maria Antônia	X	X	X	X	4
8. Solange	X	X	X	X	4
Total dos quadros pintados em tecido					31
Assinou TCLE, deu entrevista mas não fez as pinturas					
9. Bernadete (participou da primeira, segunda, terceira e quinta oficina)					
10. Cristiane (participou da primeira e segunda oficina)					
Assinou TCLE não deu entrevista e não fez a pintura					
11. Patrícia (participou das					
Não assinou TCLE, fez a pintura					
Períodos da pintura	P1	P2	P3	P4	Total
12. Mulher 1 (participou da oficina)	X	X	X		3
Não assinou TCLE e não fez as pinturas					
13. Mulher 2 (participou apenas da segunda oficina)					

Fonte: Diário de Campo

⁸³ Antes da gestação P1, gestação P2, parto P3, efeitos da violência sofrida P4

APÊNDICE F- GRÁFICOS E FIGURAS REFERENTES À PRODUÇÃO ACADÊMICA DE DISSERTAÇÕES E TESES QUE ABORDAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

EVOLUÇÃO TEMPORAL DA PRODUÇÃO DE DISSERTAÇÕES E TESES QUE ABORDAM A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

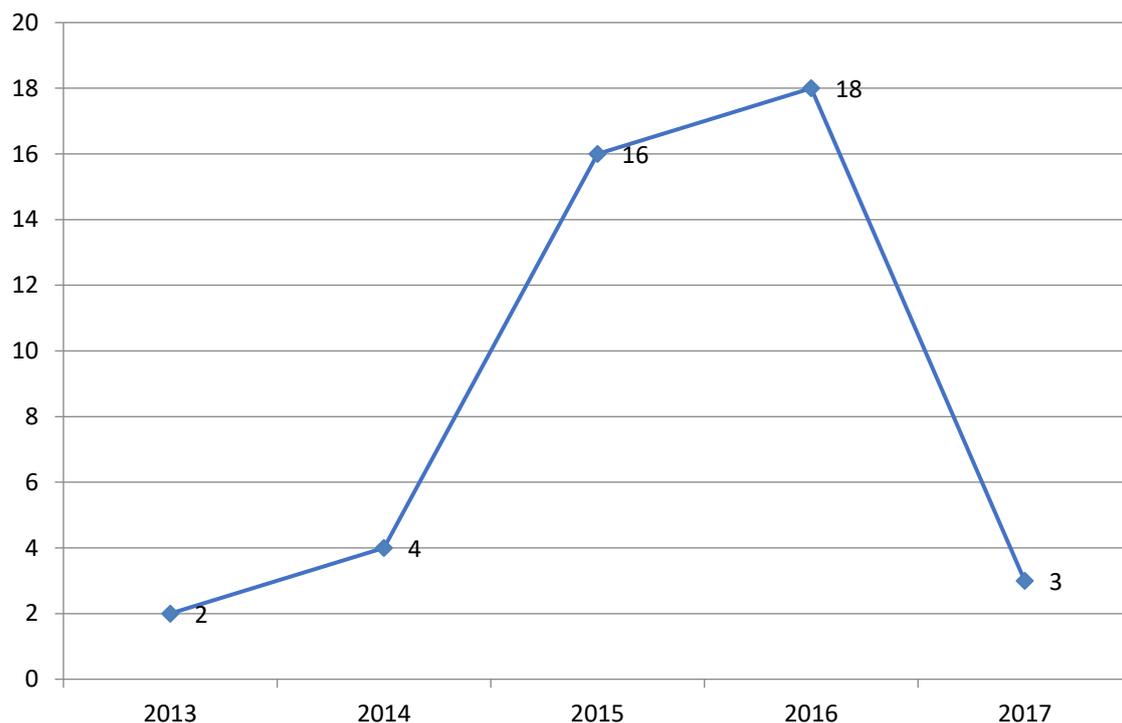


Gráfico 1- Evolução temporal da produção de dissertações e teses que abordam a Violência Obstétrica

Fonte: Fonte própria, produzida a partir do levantamento no Catálogo de teses e dissertação da CAPES

PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA" POR ANO E GRAU DE QUALIFICAÇÃO

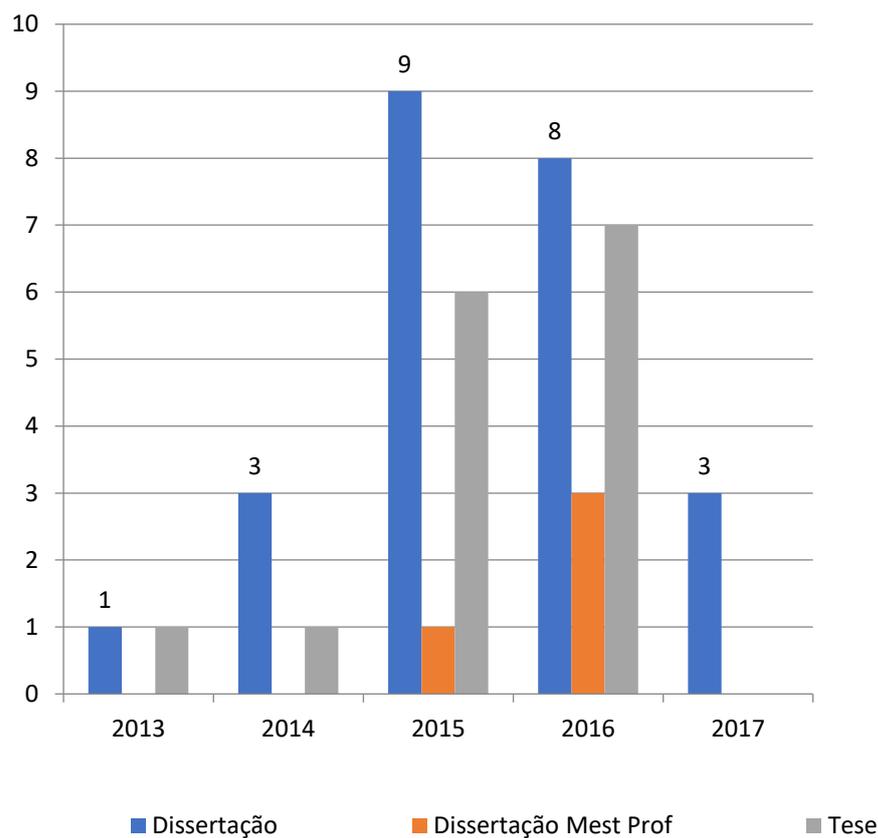


Gráfico 2- Produção acadêmica sobre a "violência obstétrica" por ano e grau de qualificação
Fonte: Fonte própria, produzida a partir do levantamento no Catálogo de teses e dissertação da CAPES

**PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE A "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA"
SEGUNDO CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA**

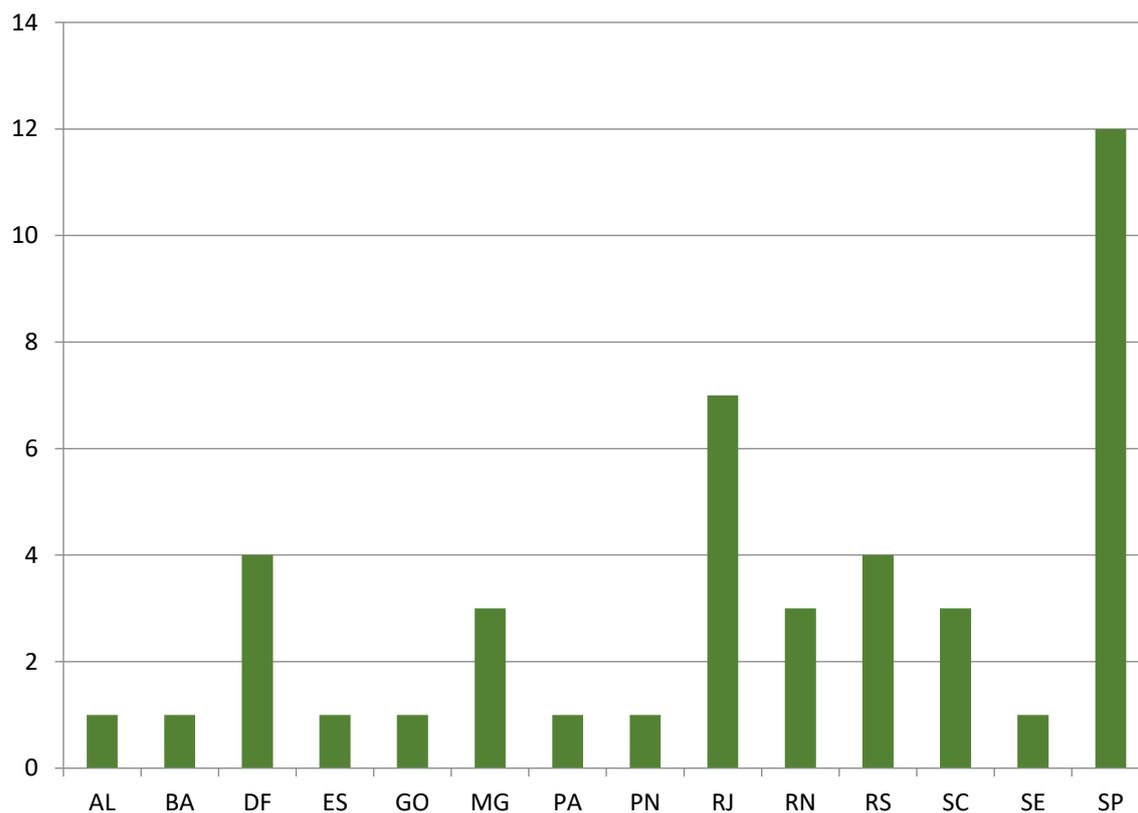


Gráfico 3- Produção acadêmica sobre a "Violência Obstétrica" segundo confederação brasileira
Fonte: Fonte própria, produzida a partir do levantamento no Catálogo de teses e dissertação da CAPES.

**PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE "VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA" SEGUNDO
REGIÃO DO PAÍS**

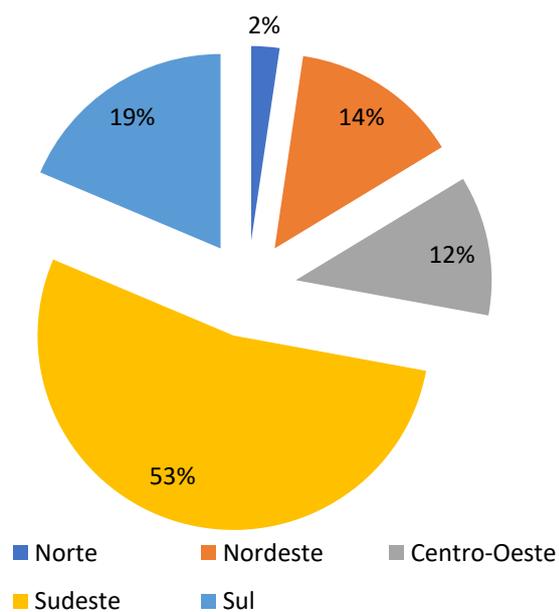


Gráfico 4 - Produção acadêmica sobre "Violência Obstétrica" segundo região do país
Fonte: Fonte própria, produzida a partir do levantamento no Catálogo de teses e dissertação da CAPES

APÊNDICE G- CATEGORIAS DE ANÁLISE E CRITÉRIO PARA ESTUDO DA INCORPORAÇÃO DA RACIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA PRODUÇÃO ACADÊMICA

QUADRO 03- CATEGORIAS DE ANÁLISE E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA ANÁLISE DA RACIALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	DE GRADUAÇÃO DA PESQUISA/REFERÊNCIAS
Total invisibilidade das questões raciais/étnicas no estudo da violência obstétrica	Não citar as palavras derivadas dos radicais das palavras negra (negritude) ou raça (racismo, racial) ou etnia (étnico/a) sugerindo não desenvolver reflexões sobre as questões raciais.	04 Dissertações SANTOS A, 2016; AMORIM, 2015; KOECHE, 2015; KLUJSZA, 2014. 03 Teses SANFELICE, 2016; COSTA, 2015; FARIA, 2015. Total: 07
Invisibilidade das questões raciais/étnicas no estudo da violência obstétrica	Citar palavras derivadas dos radicais das palavras negra (negritude) ou raça (racismo, racial) ou etnia (étnico/a) em contextos diversos e não articular a racialização à violência obstétrica.	08 Dissertações VANZ, 2017; NOGUEIRA, 2016; THUROW, 2016; ARRUDA, 2015; BATISTA, 2015; PULHEZ, 2015; SA, 2015; MEDEIROS, 2014; 04 Teses ESSER, 2016; OLIVEIRA, 2016; PALHARINI, 2015 e LUZ, 2014 Total: 12
Visibilidade das questões raciais/étnicas tratadas de forma diluída ou superficial no estudo da violência obstétrica	Cita o recorte racial/étnico como determinante de uma maior vulnerabilidade das mulheres negras para a violência obstétrica. Tecer esta reflexão de forma diluída ou sem refletir o porquê da vulnerabilidade.	12 Dissertações SILVA, 2017; ALMEIDA, 2016; ANDREZZO, 2016; GOIS, 2016; YIEN, 2016; BATISTA, 2015; CARDOSO, 2015; ROCHA, 2015; SILVA, 2015; VALLE, 2015; RODRIGUES, 2014 e MUNIZ, 2013. 05 Teses DANELUCI, 2016; RODRIGUEZ, 2016; BARROS, 2015; DOMINGUES, 2015 e RAMOS, 2013. Total: 17
Visibilidade das questões raciais/étnicas sem ser o objetivo ou recorte do estudo	Reconhecer o recorte racial/etnia como determinante de uma maior vulnerabilidade das mulheres negras para a violência obstétrica. Estabelecer uma reflexão sobre o tema. Não ter sido o objetivo ou o recorte do estudo.	01 Dissertação MACHADO (2016) 02 Teses RÉGIS (2016) e SENA (2016) Total: 03
Questões raciais/étnicas como tema central do estudo	Têm o estudo das questões raciais ou étnicas como tema central do estudo	02 Dissertações RODRIGUES 2016; SANTOS 2016 01 Tese YAJAHUANCA, 2015 Total 03

Fonte: Dados próprios

APÊNDICE H- DISTRIBUIÇÃO TEMPORAL DAS VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS NARRADAS

QUADRO 04: VIOLÊNCIAS (CARÁTER FÍSICO E SEXUAL) - PERÍODO HISTÓRICO E HIERARQUIA DO PARTO RELATADO

	1960-1979						1980- 1989				1990-1999		2000-2009			2010-2019			
	INAMPS, ampliação do parque hospitalar público e privado no país Início da crítica ao modelo de parto tecnocrata.						Fórum de Fortaleza Movimento de Mulheres luta pela saúde integral PAIMS				SUS OMS REHUNA		PNHPN, PNRMN Lei do acompanhante, Lei da vinculação			REDE CEGONHA, PNBC, Leis estaduais e municipais em prol do parto humanizado			
	Aparecida 1º Parto-1964	Maria Antônia 1º Parto-1976	Maria Antônia 2º Parto-1977	Bete 1º Parto-1977	Aparecida Aborto-1978	Solange 1º Parto-1979	Bernadete 1º Parto-1983	Bernadete Aborto-1985	Bete 2º Parto-1985	Aparecida 15º Parto-1987	Bete 3º Parto-1994	Joaquina 1º Parto-1995	Joaquina 1º Parto-2001	Joaquina Aborto-2007	Joaquina 3º Parto-2008	Jamile 1º Parto-2012	Cristiane 1º Parto-2013	Liliane 1º Parto-2016	Cristiane 2º Parto-2018
CARATER FÍSICO																			
Não oferecer ou proibir beber e comer.		X		X		X	X			X						X		X	
Não deixar se movimentar.		X					X			X						X			
Não deixar ir no banheiro.		X		X			X			X						X			
Raspar os pelos.										X									
Subir em cima da barriga.				X			X			X		X				X			
Ocitocina de rotina.				X					X	X		X				X	X	X	
Cesariana sem indicação.														X					
Não ter tido anestesia na episiotomia., na sutura, na curetagem, na amniotomia				X	X	X		X		X									
CARÁTER SEXUAL																			
Episiotomia.				X			X			X		X				X			
Assédio.																X	X		
Exames de toques repetitivos.				X						X			X			X	X	X	
Ruptura ou descolamento de membranas.				X		X										X		X	
Imposição da posição supina.		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X			X			
Exames repetitivos dos mamilos.																X	X		

QUADRO 05: VIOLÊNCIAS (CARÁTER PSICOLÓGICO, CULTURAL E FAMILIAR) - PERÍODO HISTÓRICO E HIERARQUIA DO PARTO RELATADO

1960-1979						1980- 1989				1990-1999		2000-2009			2010-2019			
INAMPS, ampliação do parque hospitalar público e privado no país Início da crítica ao modelo de parto tecnocrata.						Fórum de Fortaleza Movimento de Mulheres luta pela saúde integral PAIMS				SUS OMS REHUNA		PNHPN, PNRMN Lei do acompanhante, Lei da vinculação			REDE CEGONHA, PNBC, Leis estaduais e municipais em prol do parto humanizado			
Aparecida 1º Parto-1964	Maria Antônia 1º Parto-1976	Maria Antônia 2º Parto-1977	Bete 1º Parto-1977	Aparecida Aborto-1978	Solange 1º Parto-1979	Bernadete 1º Parto-1983	Bernadete Aborto-1985	Bete 2º Parto-1985	Aparecida 15º Parto-1987	Bete 3º Parto-1994	Joaquina 1º Parto-1995	Joaquina 2º Parto-2001	Joaquina Aborto-2007	Joaquina 3º Parto-2008	Jamile 1º Parto-2012	Cristiane 1º Parto-2013	Liliane 1º Parto-2016	Cristiane 2º Parto-2018
CARATER PSICOLÓGICO																		
Xingamento ou piadas ou humilhações.			X	X			X		X			X				X		
Julgamento moral (pelo aborto, por ter tido assistência da parteira, por ser indócil ou pela idade).				X			X		X	X								
Ameaças.							X		X			X						
Culpabilização da mulher.				X			X		X									
CARÁTER CULTURAL																		
Reclamação por ter tido assistência de uma parteira.									X									
CARÁTER FAMILIAR																		
Pai da criança abandona ou ser ausente e não compartilhar os cuidados.		X	X	X		X					X	X		X		X	X	
Pessoa da família fazer julgamentos morais ou tratar mal.					X									X				

QUADRO 06: VIOLÊNCIAS (CARÁTER INSTITUCIONAL, MATERIAL E MIDIÁTICO) - PERÍODO HISTÓRICO E HIERARQUIA DO PARTO RELATADO

	1960-1979						1980- 1989				1990-1999		2000-2009			2010-2019			
	INAMPS, ampliação do parque hospitalar público e privado no país Início da crítica ao modelo de parto tecnocrata.						Fórum de Fortaleza Movimento de Mulheres luta pela saúde integral PAIMS				SUS OMS REHUNA		PNHPN, PNRMN Lei do acompanhante, Lei da vinculação			REDE CEGONHA, PNBC, Leis estaduais e municipais em prol do parto humanizado			
	Aparecida 1º Parto-1964	Maria Antônia 1º Parto-1976	Maria Antônia 2º Parto-1977	Bete 1º Parto-1977	Aparecida Aborto-1978	Solange 1º Parto-1979	Bernadete 1º Parto-1983	Bernadete Aborto-1985	Bete 2º Parto-1985	Aparecida 15º Parto-1987	Bete 3º Parto-1994	Joaquina 1º Parto-1995	Joaquina 1º Parto-2001	Joaquina Aborto-2007	Joaquina 3º Parto-2008	Jamile 1º Parto-2012	Cristiane 1º Parto-2013	Lilliane 1º Parto-2016	Cristiane 2º Parto-2018
CARÁTER INSTITUCIONAL																			
Não ter os serviços, exames e medicações necessários.	X	X	X		X		X	X		X									
Negligência/Sentir-se negligenciada.			X	X	X			X		X		X			X	X	X		
Não ter direito ao acompanhante.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	?	?	X				
CARÁTER MATERIAL																			
Precisar dar dinheiro para ser bem atendido.		X							X			X							
CARÁTER MIDIÁTICO																			
Medo de parir ou medo da dor do parto por assistir filmes, novelas e notícias.															X				

APÊNDICE I- FATORES QUE INFLUENCIARAM A DIMINUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

QUADRO 07: ANÁLISE DE FATORES QUE INFLUENCIARAM A DIMINUIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Mulher/ano do parto	Fatores que influenciaram a diminuição dos procedimentos
Aparecida (1964)	Partos domiciliares com parteira não tecnicado
Solange (1979)	Chegou próximo à hora do parto, ficou ajudando as enfermeiras, escapando da proibição de não se movimentar e ir no banheiro, até a hora de parir.
Bete (1985)	Chegou na maternidade com o trabalho avançado.
Bete (1994)	Chegou na maternidade no período expulsivo
Joaquina (2008) e Cristiane (2018)	Partos programados

Fonte: Dados da Pesquisa

APÊNDICE J- QUADROS COM A SISTEMATIZAÇÃO DA RELAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS MEMÓRIAS REFERIDAS DO PARTO

QUADRO 08: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELATADA E AS MEMÓRIAS DO PARTO NÃO RELACIONADAS AO SOFRIMENTO

	Aparecida 1º Parto-	Maria Antônia	Maria Antônia	Solange 1º Parto-	Bernadete 1º Parto-	Bete 2º Parto-	Bete 3º Parto-	Cristiane 2º Parto-
CARATER FÍSICO								
Não oferecer ou proibir beber e comer.		X		X	X			
Não deixar se movimentar.		X			X			
Não deixar ir ao banheiro.		X			X			
Raspar os pelos.								
Subir em cima da barriga.					X			
Ocitocina de rotina.						X		
Cesariana sem indicação.								
Não ter tido anestesia na episiotomia., na sutura, na curetagem, na amniotomia				X				
CARÁTER SEXUAL								
Episiotomia.					X			
Assédio.								
Exames de toques repetitivos.								
Ruptura ou descolamento de membranas.				X				
Imposição da posição supina.		X		X	X	X	X	
Exames repetitivos dos mamilos.								
CARATER PSICOLÓGICO								
Xingamento ou piadas ou humilhações.								
Julgamento moral (pelo aborto, por ter tido assistência da parteira, por ser indócil ou pela idade).							X	
Ameaças.								
Culpa a mulher.								
CARÁTER CULTURAL								
Reclamação por ter tido assistência de uma parteira.								
CARÁTER FAMILIAR								
Pai da criança abandona ou ser ausente e não compartilhar os cuidados.		X	X	X				
Pessoa da família fazer julgamentos morais ou tratar mal.				X				
CARÁTER INSTITUCIONAL								
Não ter os serviços, exames e medicações necessários.	X	X	X					
Negligência/Sentir-se negligenciada.			X					
Não ter direito ao acompanhante.		X	X	X	X	X	X	
CARÁTER MATERIAL								
Precisar dar dinheiro para ser bem atendido.								
CARÁTER MIDIÁTICO								

Medo de parir ou medo da dor do parto por assistir filmes, novelas e notícias.

X

Fonte: Fonte própria da pesquisa. Diário de campo e entrevistas.

QUADRO 09: VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELATADA E AS MEMÓRIAS DO PARTO RELACIONADAS AO SOFRIMENTO

	Bete 1º Parto- 1977	Aparecida 15º Parto- 1987	Jamile 1º Parto- 2012	Cristiane 1º Parto- 2013	Liliane 1º Parto- 2016
CARATER FÍSICO					
Não oferecer ou proibir beber e comer.	X	X	X		X
Não deixar se movimentar.		X	X		
Não deixar ir no banheiro.	X	X	X		
Raspar os pelos.		X			
Subir em cima da barriga.	X	X	X		
Ocitocina de rotina.	X	X	X	X	X
Cesariana sem indicação.					
Não ter tido anestesia na episiotomia., na sutura, na curetagem, na amniotomia	X	X			
CARÁTER SEXUAL					
Episiotomia.	X	X	X		
Assédio.			X	X	X
Exames de toques repetitivos.	X	X	X	X	X
Ruptura ou descolamento de membranas.	X		X		X
Imposição da posição supina.	X	X	X		
Exames repetitivos dos mamilos.			X	X	
CARATER PSICOLÓGICO					
Xingamento ou piadas ou humilhações.	X	X			X
Julgamento moral (pelo aborto, por ter tido assistência da parteira, por ser indócil ou pela idade).		X			
Ameaças.		X			
Culpa a mulher.		X			
CARÁTER CULTURAL					
Reclamação por ter tido assistência de uma parteira.		X			
CARÁTER FAMILIAR					
Pai da criança abandona ou ser ausente e não compartilhar os cuidados.	X		X		X
Pessoa da família fazer julgamentos morais ou tratar mal.			X		
CARÁTER INSTITUCIONAL					
Não ter os serviços, exames e medicações necessários.		X			
Negligência/Sentir-se negligenciada.	X	X		X	X
Não ter direito ao acompanhante.	X	X	X	X	
CARÁTER MATERIAL					
Precisar dar dinheiro para ser bem atendido.		X			
CARÁTER MIDIÁTICO					
Medo de parir ou medo da dor do parto por assistir filmes, novelas e notícias.				X	

Fonte: Fonte própria da pesquisa. Diário de campo e entrevistas.

APÊNDICE K- QUADROS COM A SISTEMATIZAÇÃO DOS EFEITOS QUE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA CAUSA NA VIDA DAS MULHERES

QUADRO 09: EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM IDENTIFICAÇÃO DO NEXO CAUSAL

EFEITOS COM IDENTIFICAÇÃO DIRETA DO NEXO CAUSAL		
VIOLÊNCIA REFERIDA	CONSEQUÊNCIAS PRIMÁRIAS	CONSEQUÊNCIAS SECUNDÁRIAS
Ter sido negligenciada	Filho nasceu com problemas respiratório	Filho desenvolveu pneumonia e foi internado com 15 dias.
		Mulher precisou se deslocar em coletivo recém-cirurgiada para acompanhar o filho na UTI
Não ter tido acesso à assistência à saúde no planejamento familiar, pré-natal, puerpério e puericultura	Engravidar por falta de acesso à informação correta e aos métodos contraceptivos	Gestação indesejada na adolescência;
		Estudos e vida profissional comprometida
		Não conseguiu evitar a gestação como estratégia de se livrar da violência no parto
		Estar mais vulnerável a ser abandonada pelo pai da criança
	Óbito perinatal e óbito pós-natal tardio	Dificuldade de elaboração no luto por serem dores não reconhecidas ou desautorizadas,
	Abortamento por falta de acesso ao pré-natal e a atenção de saúde bucal	Abortamento com situações de crueldade
Ser abandonada pelo pai da criança ou pai ausente	Não ter assistência em saúde mental no puerpério	Prolongamento de sofrimento ou transtornos mentais por conta da violência sofrida
	Solidão na gestação e pós-parto	Está mais vulnerável aos maus-tratos e julgamento morais
	Dificuldades financeiras para criar os filhos	Deixar os estudos e se manter em trabalho precarizado
Episiorrafia malfeita, ou ponto do marido	Dores e sangramentos durante a relação pelo período de 10 anos.	Mulher abandona o estudo
		Mulher com vínculos trabalhistas precarizado
		Vida sexual desaquecida

Massagens dolorosas nos mamilos seguidas de maus-tratos verbais	Mulher não conseguiu amamentar por muito tempo	
	Mulher desenvolveu sinais de trauma (revivência da cena e pensamento intrusivo)	Após seis anos, a mulher ainda pensa no acontecido
Cesariana realizada após muito sofrimento da mulher e realizada de urgência	Maior lentidão na recuperação	
	Problemas estéticos com a cicatriz	Vergonha de relação sexual com a luz acesa
		Cicatriz interfere na autoestima, impedindo utilizar biquini (corte feito na vertical)
Ponto inflamar e precisar voltar para a maternidade		

QUADRO 10: EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEM IDENTIFICAÇÃO DO NEXO CAUSAL

EFEITOS EM QUE NÃO É POSSÍVEL IDENTIFICAR UM NEXO CAUSAL DIRETO POR ESTAREM RELACIONADOS A SOMATÓRIO DE VIOLÊNCIAS		
SITUAÇÕES REFERIDAS	CONSEQUÊNCIAS PRIMÁRIAS	CONSEQUÊNCIAS SECUNDÁRIAS
Situação de abortamento marcada por Negligência; maus-tratos físicos e psicológicos	Sentimentos de tristeza, pensamento intrusivo, estado depressivo com muito choro	
	Medo de engravidar, de abortar novamente e de passar pelo mesmo sofrimento	Dificuldades em ter relação pelo medo de engravidar Adiamento da vida reprodutiva
Parto e/ou pós-parto traumáticos (relatos que envolvem na sua maior parte: sofrimento, maus-tratos físicos e psicológicos, excesso de procedimentos no parto)	Medo de morrer no parto	Evitação da gestação
	Medo de sofrer novamente no parto	Interrupção ou adiamento da vida reprodutiva Opção pelo parto cirúrgico (quando possível) e consequentemente, fortalecimento da cultura cesarista
	Depressão pós-parto	Comprometimento do vínculo familiar durante as crises e adoção de compartimento de risco da própria vida História de adoecimento psíquico influenciou outras mulheres provocando medo de engravidar ou morrer no parto
	Dificuldades de criar vínculo imediato com o filho	Se sentir culpada por não conseguir criar vínculo afetivo com o filho
Parto traumático, longa duração com muito sofrimento e procedimentos com falta de apoio da família e pai da criança ausente	Acredita que o filho até hoje tem problemas psicoemocionais por conta de tudo que passou na gestação, no parto e pelo abandono do marido.	

<p>Racismo estrutural e institucional Mulheres negras têm dificuldades de acesso potencializados nas ações de planejamento familiar, pré-natal, parto e pós-parto humanizado, puerpério assim como os medicamentos e exames necessários institucionais</p>	<p>Não acesso ao planejamento familiar e seus métodos contraceptivo ou acesso desqualificado</p>	<p>Gestação indesejadas; Maior vulnerabilidade a serem abandonadas pelo pai da criança; Penalização das mulheres na vida profissional e econômica; Abortamentos inseguros (não detectado na pesquisa de campo, mas na literatura); Não se consegue colocar em prática a estratégia de evitar gestações pelo medo do sofrimento no parto; Maior vulnerabilidade para a laqueadura compulsória</p>
	<p>Não acesso pré-natal ou acesso desqualificado</p>	<p>Maior vulnerabilidade para morbimortalidade materna e infantil pela falta de acompanhamento no pré-natal e ou acompanhamento de qualidade questionável; Maior vulnerabilidade para outras violências que poderiam ser evitadas na hora do parto e pós-parto; Falta de suporte e apoio psicoemocional para as angústias e medo no parto</p>
	<p>Julgamento, moral, condenação e penalização por parte dos profissionais de saúde resultando em tortura psicológica, física e negligência.</p>	<p>Curetagem sem anestesia; Mulher é deixada de lado, suja de sangue e sem alimento</p>
	<p>Não acesso a proposta de humanização no parto</p>	<p>Mulheres foram submetidas a violências por excesso de procedimentos, maus-tratos e não foi ofertado métodos para alívio da dor.</p>
	<p>Invisibilidade das mulheres negras</p>	<p>A mulher teve parto de natimorto sem assistência dentro da maternidade</p>

	Processo de desumanização da mulher negra	Menor acesso aos métodos farmacológicos de alívio ou evitação da dor, mesmo em procedimentos cirúrgicos.
--	---	--

QUADRO 11: EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA RELACIONADOS À VÍTIMA QUE FOI EXPOSTA

EFEITOS RELACIONADOS À VÍTIMA QUE FOI EXPOSTA	
TIPIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Efeitos diretos ou primários Efeitos que decorrem da experiência da mulher com a violência obstétrica	Medo de engravidar e sofrer novamente no parto; medo de morrer no parto; medo de engravidar e ser abandonada novamente pelo pai da criança; lutos de difícil elaboração; depressão pós-parto ou estado depressivo por conta das memórias do parto; retardou ou encerrou a vida reprodutiva; dores por conta da manobra de Kristeller; dores e sangramento na hora de ter relação por conta da rafia malfeita da episiotomia; não amamentou ou amamentou por pouco tempo; dores físicas por conta da manobra de Kristeller; inflamação dos pontos dificuldades na construção do vínculo afetivo com o filho; cicatriz da cirurgia causando vergonha de si; situação de abortamento, morte perinatal e neonatal tardia dos filhos por falta de acesso ou acesso sem qualidade da assistência à saúde; impactos sócio-econômico por criar só o filho
Efeitos Secundários Efeitos que decorrem da violência obstétrica experienciada por outra mulher.	medo de morrer no parto advindo da exposição da morte de outra mulher pela mídia; medo de enlouquecer por acompanhar a desestruturação psíquica de mulher próxima após episódio de parto traumático;

QUADRO12: EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO O TEMPO DE DURAÇÃO NA VIDA DAS MULHERES

EFEITOS SEGUNDO O TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Curta duração Efeitos duram no máximo um mês	As marcas e dores decorrentes da manobra de Kristeller no parto, duraram em torno de um mês; memória dos maus-tratos e sofrimentos do parto; ⁸⁴ Dificuldade de estabelecer vínculo afetivo com o filho; sentiu tristeza quando saiu da maternidade.
Média duração Efeitos que levam em torno de um ano	Memórias intrusivas do parto; estado depressivo;
Longa duração Efeitos que levam mais de um ano	Medo de engravidar e sofrer novamente ou de morrer no parto (até o momento da pesquisa esteve presente); retardar as próximas gestações com medo de engravidar e sofrer no parto ou ser abandonada; sofrimento emocional quando lembra das humilhações e maus-tratos durante a assistência ao aborto espontâneo (34 anos); retardar as próximas gestações com medo de engravidar e abortar novamente (só engravidou por não ter acesso às informações sobre os métodos de contracepção) Vida sexual diminuída e sem investimentos por conta das dores e as vezes sangrava (10 anos); sentiu-se culpada até o momento da oficina por não ter estabelecido vínculo afetivo com o filho inicialmente
Permanente	Ter engravidado por não ter tido acesso ao planejamento familiar de qualidade; depressão com desestruturação psicoemocional; morte dos filhos por falta de acesso à assistência à saúde no pré-natal e puericultura; o filho até hoje tem problemas psicoemocionais e acredita que é por conta de tudo que passou na gestação, no parto e pela falta de apoio do marido.

84 Este é um efeito que teve duração variável para cada mulher.

QUADRO 13: EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SEGUNDO A DIMENSÃO DA VIDA QUE FOI AFETADA

EFEITOS SEGUNDO A DIMENSÃO DA VIDA QUE FOI AFETADA	
TIPIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Psicoemocional Sofrimento e transtornos mentais que afetam a psiquê	Depressão; sinais de tristeza profunda sugerindo estado depressivo; pensamento intrusivo das memórias do parto; tristeza após sair da maternidade; dificuldade de se vincular ao filho; medo de engravidar e: sofrer novamente no parto; de morrer no parto, de ser abandonada novamente; baixa na autoestima pela marca da cicatriz.
Afetiva	Passou dez anos para ter um novo relacionamento; medo de ser novamente abandonada caso engravidasse; vergonha da cicatriz e de se relacionar com novo parceiro.
Reprodutiva e Sexual	A vida reprodutiva foi adiada ou encerrada; esfriou a vida sexual com o marido uma vez que sentia medo de engravidar ou muitas dores e sangramento durante a relação sexual por conta da episiorrafia mal-feita.
Sociabilização	Vergonha de ir à praia ou piscina por conta da cicatriz com corte da cesariana vertical. Não terminou o segundo grau.

APÊNDICE L– ARTIGOS SELECIONADAS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA

Artigos selecionados na revisão integrativa realizada no site da Biblioteca Virtual de Saúde, nos dias 25 e 26 de julho de 2016. ⁸⁵

QUADRO13: ARTIGOS SELECIONADOS PARA A REVISÃO INTEGRATIVA

AUTORAS E AUTORES	TÍTULO
AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER. (2013)	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.
ANDRADE.; SILVA; DINIZ; CAMINHA (2016)	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife,
BISCEGLI (2015)	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado
BOHREN (2015)	The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review
CARNEIRO (2015)	Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades
DINIZ, S. G., <i>et al.</i> (2015)	Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção
FANEITE; FEO; MERLO (2012)	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud.
GARCÍA-JORDÁ; DÍAZ-BERNAL; ÁLAMO (2012)	El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica
LUZ; ASSIS; REZENDE (2015)	Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto.
MCCALLUM; MENEZES; REIS (2016)	O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia
PEREIRA; DOMÍNGUEZ; TORO (2014)	Violência obstétrica desde la perspectiva de la paciente
RODRIGUES <i>et al</i> (2015)	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico
SILVA <i>et al</i> (2014)	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras
TEIXEIRA; PEREIRA (2006)	Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT
TERÁN <i>et al</i> (2013)	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela

85 Apêndice sugerido pela banca de defesa da tese.

APÊNDICE M– TESES E DISSERTAÇÕES SELECIONADAS PARA A REVISÃO DIALÉTICA DA LITERATURA

Teses e dissertações selecionadas na revisão realizada no Banco de Teses da Capes, consultado em 31 de julho de 2017.⁸⁶

QUADRO14: TESES E DISSERTAÇÕES SELECIONADAS PARA A REVISÃO DIALÉTICA DA LITERATURA

AUTORAS E AUTORES	TÍTULO
ALMEIDA (2016)	A violência obstétrica na perspectiva das egressas do programa Mulheres Mil, Mulheres do Vale em Minas Gerais.
AMORIM (2015)	Experiências de parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica.
ANDREZZO (2016)	O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS.
ARRUDA (2015)	A violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da Rede Cegonha.
BARROS (2015)	Reconfigurando um modo de ver o parto.
BATISTA (2015)	Entre gestações/partos humanizados e a violência obstétrica: subjetividades em movimento.
CARDOSO (2015)	Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada
COSTA (2015)	Configurando o modelo da prática do cuidado do enfermeiro obstetra à mulher no parto hospitalar: revelando contradições e possibilidades.
DANELUCI (2016)	Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im)possibilidades de escolhas?'
DOMINGUES (2015)	“Meu corpo me pertence?” Maternidade, aborto e poder médico em campos dos goytacazes/RJ.
ESSER (2016)	Atuação da enfermeira obstétrica: compreendendo a sua vivência e a realidade da assistência.
FARIA (2015)	. "EMBRIÃO" de Centro de Parto Normal Fundamentado no Experiência de Formação de Enfermeiros Obstetras.
GOIS (2016)	Experiência e vivência das puérperas quanto ao parto humanizado: uma proposta educativa..
KLUJSZA (2014)	“Nascer sorrindo”: Reflexões acerca da gravidez enquanto rito de passagem e os modelos de assistência ao parto no Brasil.
KOECHER (2015)	A participação do pai no parto humanizado.
LUZ (2014)	O renascimento do parto e da (reinvenção da) emancipação social na blogosfera brasileira: contra o desperdício das experiências.
MACHADO (2016)	Violência obstétrica sob a percepção das mulheres que a vivenciaram.
MEDEIROS (2014)	Rotas de fuga o ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado
MUNIZ (2013)	A experiência do parto na voz das mulheres.
NOGUEIRA (2016)	Sentidos da participação de pais e mães no nascimento de seus filhos.
OLIVEIRA (2016)	O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres.

86 Apêndice sugerido pela banca de defesa da tese.

PALHARINI (2015)	A história da atenção ao parto e nascimento: possibilidades dos museus como espaços de comunicação e formação sobre o tema.
PALMA (2016) ⁸⁷	Violência Obstétrica e a Experiência da Maternidade.
PULHEZ (2015)	Mulheres Mamíferas: práticas da maternidade ativa.
RAMOS (2013)	Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos.
REGIS (2016)	Violência e resistência: representação discursiva da assistência obstétrica no Brasil em relatos de parto e cartas à/ao obstetra.
ROCHA (2015)	Representações sociais em disputa: o movimento pela humanização do parto e do nascimento em São Carlos.
RODRIGUES (2014)	A violência obstétrica no processo do parto e nascimento da região metropolitana II do estado do rio de janeiro: percepção de mulheres/puérperas.
RODRIGUES (2016)	Como nasce um kalunga? Práticas e percepções de mulheres, parteiras e profissionais de saúde.
RODRIGUEZ (2016)	Representações sociais de mulheres acerca da violência obstétrica institucionalno trabalho de parto e parto.
SÁ (2015)	O Direito Ao Acesso e Acompanhamento ao Parto e Nascimento: Um Olhar A Partir Das Puérperas.
SANFELICE (2016)	Representações sociais sobre o parto domiciliar.
SANTOS (2016)	Violência obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado.
SANTOS (2016)	Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais racistas e capitalistas.
SENA (2016)	“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.” A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica.
SILVA (2017)	Violência obstétrica à luz da declaração universal sobre bioética e direitos humanos: percepção dos estudantes da área da saúde
SILVA (2015)	Violência obstétrica: contradições do sistema de saúde nas políticas de humanização do parto.
THUROW (2016)	Ações do enfermeiro nos serviços que integram a rede cegonha na perspectiva ecossistêmica.
VALLE (2015)	Uma análise psicossocial da prática obstétrica em uma Maternidade de ensino no Rio de Janeiro.
VANZ (2017)	A violência obstétrica em (re)vista: uma análise discursiva.
VIDAL (2017)	A experiência do parto no sistema único de saúde: percepções de mulheres
YAJAHUANCA (2015)	A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo – Brasil.
YIEN (2016)	Profissões médicas e violência obstétrica: expertises, monopólios, autoridades e medicalização.

87 Essa dissertação foi descartada das análises que envolveram a leitura do material completo, por não ser encontrada por via digital.

ANEXO A- PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Narrativas sociopoéticas de mulheres sobre suas experiências após terem sofrido violência obstétrica nas maternidades públicas de Caruaru

Pesquisador: MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12536919.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.443.005

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de doutorado de Maria Verônica Araújo de Santa Cruz Oliveira, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, com orientação da professora Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro. A pesquisadora o define como um estudo qualitativo, exploratório e de gênero que se apoiará no referencial teórico do feminismo negro e decolonial. Seu desenho metodológico tem como inspiração a sociopoética, constando das seguintes etapas: entrevistas e questionários iniciais; oficinas sociopoéticas para produção de dados; e se necessário, realização de novas entrevistas para complementar informações. Após o término, faz parte da metodologia retornar para os participantes, os resultados.

Serão realizadas 3 a 6 oficinas para a produção de dados. Sendo realizada uma entrevista inicial antes das oficinas e caso necessário para complementar dados, uma entrevista posterior. A estratégia de recrutamento das participantes será definida na etapa de preparação do campo, onde serão realizadas reuniões com atores sociais como movimento de mulheres, representantes das universidades e da secretaria de saúde, visando apresentar o projeto e construir rede de apoio para a pesquisa.

Utilizar-se-á a técnica de bola de neve, onde um participante indica outro. Como instrumentos de Coleta de Dados serão utilizados: a) Diário de campo O diário de campo registrará um resumo dos fenômenos observados, das reflexões e afetações da

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.005

pesquisadora durante a pesquisa. b) Entrevista semiestruturada inicial - Durante a entrevista inicial será aplicado questionário fechado com coleta dos dados socioeconômicos e da história do parto. Além de cumprir os objetivos específicos da pesquisa, esta entrevista ajudará a avaliar as pessoas com condições psicoemocionais para participarem da pesquisa, diminuindo os riscos de retraumatização. c) Técnicas sociopoéticas- Durante as oficinas de sociopoética serão produzidos materiais de pesquisa individuais e coletivos a partir da confecção de diário itinerante, técnicas de trabalho grupal e linguagens lúdicas e artísticas que irão gerar dados analisados coletivamente durante estas oficinas. d) Entrevista semiestruturada pós-oficina- Trata-se de entrevistas realizadas para complementar dados que a pesquisadora e orientadora avaliarão que necessitam de aprofundamento. Os estudos de sociopoética necessitam de um mínimo de 06 participantes e um máximo de 20 participantes, sendo o mais comum de 08 a 12 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como a violência obstétrica atravessa a vida das mulheres marcando suas experiências após terem sido violadas ao procurarem assistência ao parto e nascimento de seus filhos e filhas.

Objetivo Secundário: Identificar possíveis efeitos desta violência na

subjetividade/intersubjetividade e nas dimensões da vida afetiva, sexual e reprodutiva destas mulheres. •

Conhecer as suas estratégias de enfrentamento da dor, sofrimento, de sequelas físicas e psicológicas que podem decorrer desta experiência e as redes de apoio social que recorrem. • Identificar possíveis necessidades de saúde e de promoção de direitos. • Compreender como se dá a acessibilidade das mulheres violadas aos serviços de proteção, promoção e assistência à saúde e garantia de direitos quando necessários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora indica haver risco de uma retraumatização das mulheres violadas e traumatização da equipe de pesquisadores ao escutarem o relato das mulheres. Por esse motivo, recomenda que a pesquisa conte com o suporte psicoemocional caso haja necessidade e que o pesquisador tenha sensibilidade na condução das entrevistas. Também indica o trabalho pessoal e de supervisão da equipe de pesquisadoras.

Em relação aos benefícios, foram apresentadas algumas pesquisas nas quais constatou-se que os

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.005

benefícios resultantes das experiências de relatos de mulheres sobre a violência obstétrica têm sido maiores que seus potenciais riscos de retraumatização.

Como benefício direto informa a realização de supervisão clínica e trabalho pessoal de acompanhamento terapêutico por parte da pesquisadora

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A violência obstétrica é um tema muito sensível e pouco pesquisado. A proponente revela conhecer a amplitude e complexidade do estudo proposto. Por essa razão, demonstrou muito afincamento na apresentação de seu referencial teórico, argumentando com muita propriedade sobre as razões da escolha. O mesmo ocorreu em relação à opção metodológica. Talvez por entender que a sociopoética é uma metodologia ainda pouco conhecida, fez uma descrição criteriosa sobre a mesma para em seguida apresentar seu desenho metodológico. A relevância do tema é indiscutível, dado seu potencial de contribuição para uma maior compreensão sobre o que se convencionou denominar violência obstétrica, seus efeitos sobre a vida das mulheres e possibilidades de enfrentamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão apresentados de acordo com as exigências do CEP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências anteriormente apontadas foram solucionadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.005

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1333369.pdf	02/07/2019 09:00:23		Aceito
Outros	cartaresposta.docx	02/07/2019 08:59:31	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Outros	cartaanuenciaveronica.pdf	02/07/2019 02:43:30	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoresponseaoparecer.docx	02/07/2019 02:35:26	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoconfveronica.pdf	25/04/2019 02:11:47	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AutUsoimagemveronica.doc	24/04/2019 22:47:27	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleparamaioresmariaveronicaoliveiraorigido.doc	24/04/2019 22:46:11	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoMariaveronicaoliveira.docx	24/04/2019 22:43:03	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Outros	justificativadefaltadecartaanuencia.docx	24/04/2019 13:20:01	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.005

Outros	printhistoricomariaveronica.pdf	24/04/2019 13:11:12	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculorosineideorientadora.pdf	24/04/2019 13:10:23	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Outros	curriculoveronica.pdf	24/04/2019 13:03:41	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderstomariav.pdf	24/04/2019 12:58:28	MARIA VERONICA ARAUJO DE SANTA CRUZ OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Julho de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B- MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) DOS GRUPOS DE CAUSAS PRIORITÁRIAS DE ÓBITO MATERNO, SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR. BRASIL, 2000, 2005 E 2012

TABELA 01 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) DOS GRUPOS DE CAUSAS PRIORITÁRIAS DE ÓBITO MATERNO, SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR. BRASIL, 2000, 2005 E 2012

Categoria	Ano	n	Hipertensão (%)	Hemorragia (%)	Infecção puerperal (%)	DCV-GPP ^a (%)	Aborto (%)	Outras causas (%)
Total	2000	1677	25,4	14,6	7,5	5,9	5,2	41,4
	2005	1620	24,3	13,9	7,0	6,9	5,9	42,0
	2012	1583	19,6	11,6	7,1	7,1	4,4	50,2
Branca	2000	647	21,8	13,3	6,6	6,6	6,0	45,6
	2005	545	21,3	14,9	6,4	6,8	7,0	43,7
	2012	534	17,4	11,4	6,9	8,8	2,8	52,6
Preta	2000	163	30,1	8,6	6,1	6,7	4,3	44,2
	2005	157	29,9	10,2	5,7	6,4	6,4	41,4
	2012	172	22,7	8,7	7,0	5,2	8,1	48,3
Amarela	2000	15	40,0	6,7	–	–	–	53,3
	2005	7	42,9	42,9	–	–	–	14,3
	2012	3	–	33,3	33,3	–	–	33,3
Parda	2000	557	25,3	18,0	9,5	5,4	4,8	37,0
	2005	761	24,8	13,8	8,0	6,7	5,0	41,7
	2012	780	20,9	11,9	7,1	6,2	4,7	49,2
Indígena	2000	16	43,8	–	18,8	–	–	37,5
	2005	21	19,0	9,5	4,8	9,5	9,5	47,6
	2012	23	13,0	17,4	13,0	–	4,3	52,2

Fonte: Brasil (2015), p.6, com base nos dados do : SIM/SVS/MS.

Descrição da legenda: Nota: verde – melhor situação; vermelho – pior situação. a) DCV-GPP: doenças cardiovasculares que complicam a gravidez, parto e puerpério (CID-10 O99.4).