



Análise Psicossociológica de um Discurso de Violência Obstétrica Enunciado por uma Mulher

Psychosociological Analysis of a Discourse on Obstetric Violence Expressed by a Woman

Catharina Miller Coutinho

Gustavo Lôpo Fagundes

Ana Cristina de Alencar Bezerra Oliveira

Resumo: O presente trabalho de conclusão de curso trata de uma análise psicossociológica que utilizará como método a análise de um discurso enunciado por uma mulher, o sujeito social delimitado, a qual relata experiências nos períodos gestacional e pós-gestacional de seus dois filhos. Por compreender que esta violência afeta, consideravelmente, a vida das mulheres e que se refere a um problema social grave, atual e de que nem todas as pessoas têm conhecimento, faz-se fundamental a realização de uma discussão por parte da Psicologia. Neste sentido, observou-se a necessidade de exploração desta temática a partir de um relato de vivência obtido em fonte pública, com o intuito de averiguar, a partir das zonas de sentido, os sentidos presentes no discurso, com base nas próprias palavras utilizadas pelo sujeito social, evidenciando, assim, a violência obstétrica sofrida. Partindo dessa perspectiva, teve-se como objetivo geral interpretar a vivência de violência obstétrica a partir do discurso de uma mulher acerca de suas experiências gestacionais. À vista disso, para atingir esta finalidade, teve-se por objetivos específicos identificar um discurso representativo da experiência gestacional enunciado por uma mulher, interpretar o discurso analisado com base nos elementos conceituais que caracterizam a violência obstétrica e analisar o discurso com base no entendimento da violência obstétrica como um fenômeno psicossocial. Trata-se de pesquisa aplicada quanto à natureza; qualitativa quanto à forma de abordagem do problema; descritiva e exploratória quanto aos objetivos gerais; e documental quanto aos procedimentos técnicos de coleta dos dados. Considerando que o estudo foi realizado e concluído no ano de 2020, o recorte teórico, documental e contextual adotado nesta análise limita-se às informações, produções científicas e demais fontes disponíveis até esse período, não contemplando atualizações posteriores. Os resultados obtidos fazem referência a três zonas de sentido, sendo estas a violência obstétrica, o profissional de saúde e a família da mulher, o que possibilitou diferenciar aquilo que pertence ao sujeito social e aos outros e os sentidos atribuídos à violência obstétrica sofrida a partir dos diferentes lugares sociais ocupados. Além disso, pôde-se constatar que esta violência vem se tornando, de maneira mais recorrente, objeto de estudo em trabalhos acadêmicos; no entanto, a Psicologia ainda apresenta uma pequena amplitude de pesquisas científicas nesta temática, o que torna fundamental a abordagem da violência obstétrica e da área de atuação profissional durante o período de formação dos graduandos. Nesta perspectiva, compreende-se que a presença do psicólogo se faz necessária para promover uma assistência qualificada à mulher gestante.

Palavras-chave: análise psicossociológica; análise do discurso; violência obstétrica; mulher.

Abstract: The present conclusion of coursework is a Psychosociological Analysis that will use as a method the analysis of a speech enunciated by a woman, the delimited social subject, who reports experiences in the gestational and post-pregnancy periods of her two children.

Understanding that this violence considerably affects women's lives and that it refers to a serious current social problem, and not that all people have this knowledge, it is important to conduct a Psychological discussion. In this sense, it was necessary to explore this theme from an experience report obtained from a public source to ascertain, from the sense zones, the meanings present in the discourse, based on the own words used by the social subject, thus evidencing the obstetric violence suffered. From this perspective, the general objective was to interpret the experience of the obstetric violence based on a woman's speech about her gestational experiences. In view of this, to achieve this purpose, the specific objectives were to identify a representative discourse of the gestational experience enunciated by a woman, to interpret the discourse analyzed based on the conceptual elements that characterize the obstetric violence, and to analyze the discourse based on the understanding of obstetric violence as a psychosocial phenomenon. This is applied research regarding nature; qualitative as to how to approach the problem; descriptive and exploratory as to the general objectives; and documentary regarding technical data collection procedures. Considering that the study was conducted and completed in 2020, the theoretical, documentary, and contextual framework adopted in this analysis is limited to information and scientific publications available up to that period and does not include subsequent updates. The results obtained refer to three meaning areas, these being the obstetric violence, the health professional, and the woman's family, which made it possible to differentiate what belongs to the social subject and others and the meaning attributed to the obstetric violence suffered from the different social place occupied. In addition, it could be seen that this violence has become more and more an object of study in academic works, however, Psychology still presents a small range of scientific research on this theme, which makes the approach to the obstetric violence fundamental and the area of professional performance during the period of graduation of students. In this perspective, it is understood that the presence of the psychologist is necessary to promote qualified assistance to the pregnant women.

Keywords: psychosociological analysis; speech analysis; obstetric violence; woman.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como temática a violência obstétrica que está associada a agressões contra a mulher gestante, podendo ocorrer no período pré-natal, parto, pós-parto ou aborto, podendo ser caracterizada como uma violência física, psicológica, verbal e/ou sexual, além de negligente e discriminatória. Tendo em vista que a mulher, o sujeito social do presente trabalho, é consideravelmente afetada por esta violência, observa-se um problema social grave e atual que deve, necessariamente, ser discutido pela Psicologia, pois, além da complexidade do tema, esta é uma temática da qual nem todas as pessoas possuem conhecimento. Partindo dos conhecimentos da Psicossociologia, foi realizada uma Análise Psicossociológica tendo como recurso um discurso declarado por uma mulher que relata suas vivências de pré-parto, parto e pós-parto. Após a identificação do tema, do sujeito social e do discurso, foi empregado o método de análise do discurso, proposto por Fernandes (2008), com a finalidade de identificar a construção do sentido que o relato do sujeito social legitimava a partir da compreensão da violência obstétrica como um fenômeno psicossocial que pode ser vivenciado a partir de diferentes sentidos. Seguidamente, os resultados obtidos através da interpretação

dos sentidos no quadro de análise do discurso foram discutidos e explorados a partir da revisão proposta sobre o tema da violência obstétrica, à luz da psicossociologia.

Revisão

De acordo com Andrade e Aggio (2014), a dor é atribuída ao ato do parto e vista como algo que deve ser suportado e aceito desde os tempos bíblicos, trazendo essa dor como um castigo à mulher devido ao pecado original cometido por Eva. Dessa forma, tem-se a substituição do prazer e do sentimento positivo no momento do parto pela dor e pela punição. “A replicação deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, sendo a dor inerente à experiência da maternidade” (Andrade; Aggio, 2014, p. 2)

Historicamente, o parto é visto como um processo doloroso, não apenas pelos fatores citados acima, mas também por relatos passados de geração em geração, tanto entre familiares quanto entre amigos. Conforme citado por Bezerra e Cardoso (2006), o processo do parto surge como uma experiência dolorosa e assustadora, o que acarreta uma percepção dolorosa quanto ao período gestacional, desencadeando um sentimento de medo e apreensão. Esses sentimentos gerados pelos relatos de terceiros podem dificultar o parto em si e perpetuar a ideia de que o parto deve, obrigatoriamente, ser um processo doloroso e assustador.

Desde os tempos imemoriais, o cuidado com as mulheres durante o nascimento de seus filhos está atrelado ao fazer feminino, em que a assistência ao parto se desenvolvia no ambiente doméstico. Durante um longo período, o trabalho de mulheres parteiras desenvolveu-se a partir de um saber médico e era conduzido como um evento natural e fisiológico que permitia às mulheres uma subjetivação que significava poder e prestígio, além de competência técnica para as parteiras (Barbosa; Mota, 2016).

No entanto, segundo Barbosa e Mota (2016), a partir do século XVIII, o conhecimento sobre técnicas de parto deixou de ser exclusivamente feminino, passando a ser realizado também por homens através do progresso da medicalização da sociedade, dando origem à medicina científica e masculina, visto que nas universidades a medicina era desenvolvida exclusivamente por homens. Dessa forma, com o fim da feminização nos partos, as parteiras passaram a ficar em segundo plano, tornando a participação de mulheres algo complementar e, consequentemente, um ato privativo do médico.

No século XX, o parto tornou-se uma prática predominantemente hospitalar, principalmente com o avanço do desenvolvimento industrial, em que foi elaborado um modelo assistencial biomédico no qual o paciente passa a ser considerado um sujeito passivo e carente de autonomia, não tendo a capacidade de opinar e tomar decisões, visto que os profissionais de saúde detêm o conhecimento técnico do tratamento da saúde destas pessoas que se estabelece de forma hierárquica em relação ao paciente e ao conhecimento do senso comum (Barbosa; Mota, 2016, p. 4). No contexto do parto, as mulheres eram vistas como objetos, além de serem

esquecidas e de terem a sua subjetividade desconsiderada nesta relação de poder, como citado por Barbosa e Mota (2016).

De acordo com Andrade e Aggio (2014), a mulher e seu corpo passaram a ser vistos como máquinas, em que a equipe médica é quem detém todos os conhecimentos e as maneiras de operar esta “máquina”, contrariando a Política Nacional de Humanização e acabando por praticar diversos tipos de violência contra esta mulher. Com o avanço do desenvolvimento industrial citado anteriormente e a mudança na perspectiva do parto para o procedimento em vez da mulher, as mulheres, de uma forma geral, passaram a estar mais vulneráveis à violência. Além disso, tem-se também o silenciamento da mulher perante os profissionais de saúde, em função de uma hierarquia socialmente reconhecida e valorizada, tanto no âmbito privado quanto no público, assim determinando a violência obstétrica como uma questão de saúde pública.

Através do advento da Revolução Industrial, houve a necessidade de que o trabalho feminino se concentrasse na mão de obra fabril, para aumentar sua produtividade, devido à massificação de fábricas no processo do desenvolvimento industrial. As Guerras Mundiais também favoreceram a inserção e o acesso da mulher ao mercado de trabalho, devido à necessidade de desfalcas lugares ocupados anteriormente pelos homens quando estes iam para as frentes de batalha (Resende, 2017).

Nesse contexto, conforme Zanardo *et al.* (2017) explicam, a mulher passou a assumir os negócios da família e o trabalho que era destinado às parteiras passou a ser aprimorado e especializado por práticas hospitalares devido ao aumento da tecnologia nessa área. Com o passar do tempo, o parto tornou-se medicalizado com o intuito de ampliar a assistência à paciente e auxiliar no enfrentamento da dor, no entanto, essa mudança impactou na perda de autonomia das mulheres na condução do processo, além de serem utilizados vários procedimentos considerados inadequados e desnecessários, podendo colocar em risco a saúde da gestante e do feto.

“A violência contra a mulher é definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”. (Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6 *apud* Andrade e Aggio, 2014, p. 1). Ao longo da história, mulheres têm sido vítimas de violências em suas mais diversas formas. O ato de violência é considerado como imposição de dor e sofrimento evitáveis. Nesse contexto, a violência obstétrica é considerada um tipo específico de violência contra a mulher.

De acordo com Zanardo *et al.* (2017), a violência física é compreendida como a exposição e manipulação desnecessárias do corpo da paciente, tornando esses momentos desagradáveis e estressantes, já a violência sexual diz respeito ao assédio sexual e estupro. No entanto, a violência obstétrica compreende o agrupamento de todos os tipos de violência sofridos pela mulher no período pré-natal, parto, pós-parto ou aborto.

A violência obstétrica é considerada uma questão de saúde pública (Brandt *et al.*, 2018, p. 21), caracterizando-se como um fenômeno de impacto e relevância psicossocial. À vista disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma declaração em 2014 sobre a violação de direitos das mulheres, propondo maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre o assunto. Esta definição de violação se baseia em casos que violam os direitos humanos fundamentais das mulheres, resultando na quebra de confiança entre mulher e equipe de saúde, desestimulando a busca por assistência obstétrica e gerando danos de natureza física, psíquica e social.

Nesta perspectiva, compreende-se que estes casos podem ser de negligência, maus-tratos, abusos e desrespeito no período gestacional e pós-parto. Com isso, a OMS (2014, pp.1-2) declara que “todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”. Para atingir esta assistência digna, os sistemas de saúde devem garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos humanos das mulheres, de forma organizada e bem administrada.

Com isso, a violência obstétrica é vivenciada por mulheres de forma, principalmente, silenciosa, justificada pelo medo e pela opressão que dialogam com o número elevado de casos de violência praticada por profissionais de saúde, de modo geral. Esta violência se torna algo presente na rotina dos serviços de saúde e é produtora de angústias e medos em um momento que requer cuidado, acolhimento, respeito e empatia, segundo Barbosa e Mota (2016). A violência obstétrica se diferencia do saber médico porque extrapola os limites de conhecimento ou “boa-manutenção” de ordens médicas e afazeres da medicina e passa a integrar um contexto violento, colocando em risco a saúde física e psíquica da mulher.

Um dos fatores que geralmente estão presentes e acompanham a fala das gestantes refere-se à falta de informações e orientações claras apresentadas pelos profissionais sobre os processos realizados no parto e pós-parto, assim como ao medo de questionar sobre os procedimentos aos quais serão submetidas. O histórico de casos é explicado pelo medo das diferentes violências obstétricas praticadas em todo o país, o que pode fazer a mulher passar por situações de abuso, desrespeito, negligência e maus-tratos, tratando-se de um momento de grande vulnerabilidade da mulher.

A violência obstétrica é um termo que apresenta diversos entendimentos, sendo compreendida a partir de um conjunto de violências que são negligência, psicológica, física e sexual que ocorrem antes, durante ou depois da realização do parto, caracterizando, assim, a parte obstétrica da violência explicitada. Zanardo *et al.* (2017) definem a violência de negligência como omissão do atendimento, quando as gestantes não são atendidas adequadamente, quando não há acesso dessas mulheres às informações necessárias e fundamentais para gestantes, e que se caracterizam como ações de cuidado e proteção. A violência psicológica diz respeito ao tratamento hostil, gritos, ameaças e humilhações que marcam a experiência gestacional (antes, durante e após o parto). Esta violência tem grande

repercussão para a saúde da mãe e do bebê, pois inclui condutas de omissão de informações sobre a condição de saúde da paciente e/ou do bebê ou indução a cesáreas, não informando sobre consequências e procedimentos necessários para a saúde da mulher e do bebê.

Sena e Tesser (2017 *apud* D'Gregorio 2010) afirmam que a violência obstétrica se estende a mais práticas, como proibir a mulher de estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha, realizar qualquer tratamento sem explicação prévia sobre o mesmo, submeter a mulher a procedimentos dolorosos ou constrangedores sem necessidade real e separar o bebê, em estado saudável, da mãe sem necessidade clínica constatada.

A partir da abrangência de situações que definem a violência obstétrica, os dados de 2012 do Ministério da Saúde apresentam que, dentre as queixas citadas por mulheres, 12,7% se referem a tratamento desrespeitoso, agressões verbais e físicas e a não serem ouvidas ou não terem suas necessidades atendidas. De acordo com Zanardo *et al.* (2017 *apud* Venturi *et al.* 2010), 25% das mulheres afirmam já terem passado por um episódio de violência obstétrica, tanto no setor público quanto no privado.

Tendo em vista o número de ações violentas contra mulheres no contexto em questão, em 2012 foi realizado o “Teste da Violência Obstétrica” e, no Dia da Mulher, a Agência Pública de Reportagem e Jornalismo Investigativo tornou os dados públicos. O resultado demonstrou que mais de 40% das mulheres que participaram se sentiram desrespeitadas pela equipe de saúde, quase 50% não tiveram o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto e apenas 47% se sentiram felizes com a chegada do filho, sentimento reduzido devido à violência sofrida no processo todo.

Objetivos

Ao observar que o tema “violência obstétrica” está delineado a partir do contexto histórico, conceitos e dados deste fenômeno, percebe-se a necessidade de explorar esta temática a partir do relato de vivência de um sujeito social – mulher, que expõe suas experiências de pré-parto, parto e pós-parto.

Para isto, tem-se como objetivo geral interpretar a vivência de violência obstétrica a partir do discurso de uma mulher acerca de suas experiências gestacionais.

Para alcançar este objetivo, têm-se as seguintes etapas, descritas aqui como objetivos específicos: identificar um discurso representativo da experiência gestacional enunciado por uma mulher; interpretar o discurso analisado com base nos elementos conceituais que caracterizam a violência obstétrica; e analisar o discurso com base no entendimento da violência obstétrica como um fenômeno psicossocial.

Fundamentação Teórica

O tema será analisado à luz da Psicossociologia, a qual, de acordo com Machado (2010), trata-se da Psicologia Social fundamentada na Psicanálise, disciplina científica que é simultaneamente clínica do social, construção teórica e processo de pesquisa de forma teórica e metodológica. Nesta perspectiva teórica, o foco se dá na relação indivíduo-sociedade, especificamente em situações em que as dimensões psíquicas e sociais se dão de forma intrincada. A base da Psicossociologia teve origem na Escola de Chicago, no início do século XX, onde se discutiu o estatuto científico da ciência aplicada. Correlacionando a Psicossociologia com a Intervenção Psicossociológica, tem-se uma relação quase de sinônimos, visto que se distinguem pelo destaque dado à prática no ato da intervenção.

Ambas são construídas por meio de escuta e análise de demandas de ajuda, entrevistas, análises de discursos, interpretações, devolutivas, observação, reflexões, criação coletiva de conceitos e de articulações teóricas que, por sua vez, atuam sobre novas escutas, observações, intervenções, teorizações (Machado, 2010, p.176).

À vista do contexto histórico de 1948 a 1958, Machado (2010) afirma que Kurt Lewin e seus discípulos buscavam solucionar problemas sociais de minorias, comunidades, escolas, sindicatos e órgãos do poder público, quando elaboraram um dispositivo de engenharia social que tinha como metodologia a mudança de condutas e atitudes individuais e a produção de conhecimento através do experimento de campo. No mesmo período, Jaques e sua equipe também foram fundamentais para a colaboração da Psicossociologia, contando com a psicanalista Mélanie Klein.

Na área da Psicossociologia Clínica, tem-se a noção de que todo sujeito é um ser singular e histórico capaz de reescrever sua história, sendo esta atravessada por fatores sociais, culturais, econômicos e familiares. Para que haja uma modificação no sentido destes fatores, o sujeito deve criar estratégias sociais e até reprogramar sua maneira de estar no mundo. Apesar de poderem existir situações semelhantes entre si, duas pessoas não devem, obrigatoriamente, compreendê-las da mesma maneira, mas sim de uma forma singular no que tange aos seus significados. Com o intuito de condicionar este sujeito como ser histórico-social, é fundamental que se analise o sistema social do sujeito, o tempo em que se encontra e, por fim, o espaço que ocupa (Gaulejac, 2005, *apud* Carvalho; Costa, 2015).

Por sua vez, compreende-se que a Psicossociologia contribui com a procura e a interpretação do sentido, este que, assim como as situações citadas anteriormente, pode ser compreendido de maneiras distintas. O entendimento do sentido do outro deve ser feito sem julgamentos, condenações ou aprovações a fim de compreender o sentido que o sujeito atribui às suas ações. Como forma de assimilar o sentido como singular para cada indivíduo, temos a representação de um discurso em que os sentidos enunciados não são fixos, mas sim produzidos de acordo com o lugar social ocupado pelo sujeito. Dessa forma, para se compreender

o sentido expressado, o diálogo e o contato com a situação se mostram as melhores maneiras de se inserir no contexto representado.

MÉTODO

Trata-se, no presente trabalho, de pesquisa aplicada quanto à natureza; qualitativa quanto à forma de abordagem do problema; descritiva e exploratória quanto aos objetivos gerais; e documental quanto aos procedimentos técnicos de coleta dos dados.

Cabe destacar que o presente estudo foi desenvolvido e concluído no ano de 2020. Dessa forma, o recorte teórico, documental e contextual adotado na pesquisa limita-se às informações, produções científicas e demais fontes disponíveis até aquele período, não contemplando atualizações posteriores. A publicação posterior deste estudo em formato de capítulo de livro preserva, portanto, o recorte temporal e metodológico da investigação original.

A Análise Psicossociológica consiste em uma intervenção da psicossociologia, que, de acordo com Machado (2010), utiliza uma análise de demanda e discurso, interpretando o conteúdo ali presente, subdividido em sentidos através do discurso enunciado pelo sujeito social delimitado. No contexto deste trabalho, a Análise Psicossociológica está voltada ao tema do trabalho, a violência obstétrica interpretada a partir do discurso enunciado por uma mulher acerca de suas experiências gestacionais. A utilização desta metodologia se deve à expectativa de compreender e interpretar o sentido da vivência de violência obstétrica a partir do discurso de uma mulher acerca de suas experiências gestacionais, adquirindo conhecimento acerca deste tema.

Dessa forma, a pesquisa realizada caracteriza-se como uma análise psicossociológica que utilizou como método a análise do discurso, definida por Fernandes (2008) como uma interpretação das falas enunciadas pelo sujeito, tendo como parte das atividades sociais a produção de sentidos. Dessa forma, pode-se compreender que em um discurso as palavras não apresentam sentidos fixos, ou seja, uma mesma palavra pode apresentar diferentes sentidos, os quais são produzidos a partir dos lugares sociológicos que o sujeito ocupa. No discurso enunciado, por sua vez, a ideologia é materializada através da linguagem verbal e não verbal, isto é, em forma de imagens e/ou pela linguagem em forma de texto. Contudo, a análise das palavras evidenciará os sentidos atribuídos pelo sujeito conforme as suas condições socio-histórico-ideológicas que marcam o ato de dizer, segundo Fernandes (2008).

Fonte

Como fonte principal para a realização da análise do discurso, tem-se o discurso enunciado por uma mulher acerca da sua trajetória gestacional, estruturado no relato de duas experiências próprias sobre as gestações, partos e pós-partos de seus dois filhos. O discurso citado foi obtido em fonte pública, através de uma

página da internet, após pesquisar sobre o tema.

Procedimentos

A pesquisa seguiu os seguintes passos com vistas a analisar a vivência de violência obstétrica por parte do sujeito social delimitado.

Passo 01. Pesquisa e seleção de um discurso de uma mulher que relata suas experiências gestacionais e pós-gestacionais.

Passo 02. Análise do discurso selecionado, delimitando suas zonas de sentido com o intuito de ilustrar como a violência obstétrica foi interpretada e representada pelo sujeito que a sofreu.

Passo 03. Proposição de reflexões e estratégias de intervenção a partir da compreensão das contribuições da Psicologia para a compreensão e o enfrentamento da violência obstétrica.

Análise

Com base nos pressupostos da análise do discurso, este trabalho contou com a análise de um relato do sujeito social, a mulher, e do sentido interpretado no mesmo da vivência de violência obstétrica. Nesta perspectiva, foi construído um quadro interpretativo da análise do discurso selecionado a partir da identificação de três zonas de sentido que representam a perspectiva de diferentes sujeitos sociais envolvidos acerca da representação da vivência da violência obstétrica, a partir da interpretação dos sentidos oriundos dos significantes originalmente enunciados. Os significantes foram analisados a partir de aspectos linguísticos. Com base nos significados apresentados, foi realizada a interpretação dos sentidos do discurso. Contudo, os resultados obtidos através dos sentidos encontrados foram discutidos e explorados a partir da revisão proposta sobre o tema da Violência Obstétrica, à luz da Psicossociologia e do entendimento deste tema como um fenômeno psicossocial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O discurso selecionado abaixo, retirado de uma fonte pública, é um relato enunciado sobre as experiências vividas por uma mulher de 34 anos acerca da sua história gestacional, nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto de seus dois filhos, realizados por dois profissionais diferentes, em um intervalo de oito anos.

Sofri violência obstétrica nos partos dos meus dois filhos. Fiz o pré-natal do meu mais velho pelo SUS, em uma unidade básica de saúde perto da minha casa. No dia 30 de janeiro, fui a uma consulta. O médico constatou que eu estava com dois dedos de dilatação e marcou retorno para 10 de fevereiro. Em 2 de fevereiro, depois de já não estar me sentindo bem há alguns dias, fui a um pronto-socorro. Uma médica fez um exame de toque e retirou o tampão do meu colo do útero. Foi sem meu consentimento. É um método utilizado para acelerar o trabalho de parto em ocasiões específicas, não para ser feito de forma indiscriminada com uma

gestante de 37 semanas, meu caso. Fui embora com bastante dor e tive um pouco de sangramento. Cheguei em casa às 21h e, às 5h do dia seguinte, minha bolsa rompeu e fui para a maternidade. O Arthur nasceu às 7h40, e o meu marido não pôde ficar comigo na hora do parto. No hospital em que tive meu filho, em São Bernardo do Campo, só era permitida mulher como acompanhante. O parto foi vaginal e o obstetra - que em nenhum momento conversou comigo - fez uma episiotomia sem me explicar o porquê e tirou o bebê a fórceps. Além disso, havia uns 20 estudantes de medicina assistindo ao nascimento do meu filho. Oito anos depois, para não passar por tudo isso de novo, já tinha convênio médico e escolhi um profissional que havia feito partos de várias mulheres da minha família. Achei que se tivesse uma pessoa em quem confiasse ao meu lado, não sofreria o que passei no parto do Arthur. Mas o médico fez outra episiotomia em mim, sem anestesia. Senti ele cortar e costurar. Ele não esperou minha placenta sair naturalmente. Cortou o cordão umbilical antes que ele parasse de pulsar. A Ana Laura não mamou em mim assim que nasceu. Foi uma das piores experiências que tive na vida. É assustador pensar que aquela pessoa que pensei que fosse cuidar de mim foi quem cometeu as piores atrocidades comigo. No pós-parto, senti muita dor. Manquei por dez dias, mas é preciso falar sobre o assunto para que as pessoas entendam que é a mulher quem tem de ser protagonista do próprio parto e não o médico (L.M.F., 34 anos).

Com base no discurso enunciado pelo sujeito social, a mulher que relata a sua experiência com as gestações, parto e puerpério. A partir daí, foi realizada uma análise com a identificação de três zonas de sentido – a violência obstétrica, o profissional de saúde e a família da mulher – com a finalidade de diferenciar e interpretar como a violência é sentida e representada por essa mulher a partir desses lugares sociais: o que ela ocupa, como ela percebe o profissional de saúde e como ela interpreta o impacto nos familiares. Dessa forma, os resultados obtidos através dos sentidos no quadro de análise serão explorados a partir da revisão proposta à luz da psicossociologia.

A primeira zona de sentido refere-se ao sujeito social da análise e ao lugar social ocupado pelo mesmo no contexto de violência obstétrica. Dessa forma, pode-se compreender que o sujeito sofreu violência obstétrica no parto dos seus dois filhos; no entanto, na primeira gestação, ações foram cometidas sem que ocorresse a permissão e autorização da mulher e, conseqüentemente, a mesma passou a sentir sensações penosas fortes e teve um derramamento de sangue em pequena quantidade. Além disso, ao encaminhar-se para o hospital, no qual daria à luz ao seu primeiro filho, apenas eram consentidas mulheres como acompanhantes, o que dialoga com a compreensão da violência obstétrica manifesta na impossibilidade de acesso ao companheiro e ao apoio do mesmo no momento do parto e/ou logo após o mesmo.

Diante disso, com base na revisão proposta, pode-se compreender que a prática do parto tornou-se predominantemente hospitalar no século XX, juntamente com o desenvolvimento industrial e a instalação do modelo assistencial biomédico, o que gerou mudanças no contexto dos hospitais, tendo em vista que o saber médico passou a ser restrito ao profissional. No entanto, o paciente passou a ser

considerado passivo e carente de autonomia, sendo inviabilizada a capacidade de tomada de decisão ou expressão de opinião. No relato analisado, essa passividade está representada na ausência de informação ofertada pelo profissional de saúde à mulher acerca dos procedimentos realizados, assim como da justificativa para os mesmos; entendendo ser a decisão pelos mesmos exclusiva dos profissionais de saúde.

Dessa forma, a partir do discurso enunciado, percebe-se que a mulher foi impedida de se impor e consentir sobre ações que ocorreram durante o procedimento do parto de seu primeiro filho, foi privada de informações de suma importância para a compreensão dos procedimentos realizados, além de ter sido utilizado o fórceps e a episiotomia, sem consentimento prévio sobre os procedimentos, o que gerou consequências dolorosas posteriormente, além de ter sido impedida de estar acompanhada por alguém de sua preferência.

À vista disso, o poder exercido pelo profissional, que se estabelece de forma hierárquica, atrelado à má conduta, como a omissão de informações e manipulação desnecessária, pode ser interpretado como prática de violência obstétrica de negligência e de violência física, segundo Zanardo *et al.* (2017). Igualmente quando a mulher é proibida de estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha, conforme Sena e Tesser (2017 *apud* D'Gregorio 2010).

Já na segunda gestação, o sujeito enfatiza acreditar que, tendo ao seu lado um profissional em quem confiasse e buscando um serviço privado e não mais público, como na primeira experiência, não sofreria novamente o que passou na primeira gestação. No entanto, experiências ruins foram vivenciadas, algumas de forma reiterada, como a episiotomia, outras novas, como a situação em que o profissional que refletia ações de cuidado foi, na verdade, quem mais praticou ações de repleta perversidade e desumanas para o sujeito. Após dar à luz a sua filha, a mulher expõe que teve uma sensação corporal penosa de muita intensidade e que durante um período andou de forma irregular. Contudo, sentiu vontade de expressar-se, através das palavras, de que as mulheres devem possuir um papel de destaque ao dar à luz e não o profissional.

Baseada nas considerações feitas por Andrade e Aggio (2014), a dor é vista como parte obrigatória do procedimento do parto, como pode ser observado nos relatos dos dois partos vivenciados pelo sujeito social, em especial na utilização de procedimentos que infligem muita dor física, a exemplo da episiotomia sem o uso da anestesia ou sem qualquer preparação da parturiente. Nota-se que, socialmente, o parto deve ser necessariamente um processo doloroso e assustador, influenciado por experiências perpassadas de geração em geração (Bezerra; Cardoso, 2006).

Neste contexto, o profissional da saúde, por ser possuidor de conhecimento técnico especializado no tratamento da saúde, desenvolve-se no lugar social de cuidador, ou seja, aquele que irá dar suporte necessário aos seus pacientes, sendo que estes, por sua vez, desenvolvem a ideia de que o profissional irá assumir tal responsabilidade. No entanto, o sujeito social desta análise depara-se com a frustração ao perceber que o profissional escolhido, devido à confiança estabelecida

pela família, foi quem mais a colocou na condição de vítima da violência obstétrica, potencializando ainda mais o sentido de violência sofrida.

A violência obstétrica, na segunda gravidez, ocorreu durante o parto e no período pós-parto, tendo em vista que os procedimentos realizados durante o ato causaram consequências penosas para o sujeito social. De acordo com Barbosa e Mota (2016), a subjetividade das mulheres é desconsiderada no parto e estas são vistas como objetos, com base na relação de poder que se estabelece entre o profissional e o paciente. Dessa forma, em oposição à Política Nacional de Humanização, o foco do parto deixa de ser a mulher e passa a ser o procedimento, tornando-a uma “máquina” que vai ser operada e ficando numa posição mais suscetível à violência (Andrade; Aggio, 2014).

Nesta perspectiva, Ferreira (2015) afirma que numa situação de violência obstétrica a relação entre médico e paciente é marcada por uma relação humana de poder e violência, sendo manifestada de forma unilateral, em que o paciente não é escutado quando necessita e, muitas vezes, não entende os procedimentos e condutas realizados consigo e com o seu corpo. Com isso, o paciente por vezes evita questionar o médico, visto que há uma crença de que o profissional é dono do saber e tomará as decisões corretas e adequadas para o caso, enquanto o paciente não possui os conhecimentos específicos e necessários para debater sobre sua situação.

Contudo, após o sujeito social perceber-se na condição de vítima de violência obstétrica, surgiu o desejo de publicizar sua experiência de forma a sensibilizar e acolher outras mulheres com a mesma vivência, assumindo com isso o papel de ator social. Essa ação visa validar o lugar de destaque, protagonismo e autonomia da mulher no ato do parto, tendo em vista que a violência obstétrica tornou-se presente nos serviços de saúde, sendo produtora de emoções desagradáveis à gestante em um momento que demanda respeito, acolhimento, empatia e cuidado, segundo Barbosa e Mota (2016). À vista disso, compreende-se que a violência obstétrica é considerada pela Organização Mundial da Saúde (2014) como uma questão de saúde pública que viola os direitos humanos fundamentais das mulheres, devendo ser entendida como uma questão de relevância social, para além do relato de experiências individuais e isoladas.

A segunda zona de sentido refere-se aos profissionais de saúde, e em especial àqueles que exercem a medicina e que, em algum momento, transpassaram pela vida da mulher durante as suas gestações, exercendo, por vezes, atos de violência contra o sujeito social em questão. Sendo assim, na primeira gestação, foi realizado um procedimento sem o seu consentimento, que teve por consequência seu tampão retirado do órgão por uma profissional. Tal procedimento acarretou que, após algumas horas, o nascimento do bebê ocorreu num tempo gestacional ainda prematuro – 37 semanas –, sendo ainda realizada uma intervenção cirúrgica que consiste num corte na região do períneo, sem que fosse explicado, consentido ou que ficasse clara a necessidade da ação que foi realizada.

Na segunda gestação, a mulher mais uma vez foi submetida a essa intervenção cirúrgica e novamente sem o prévio consentimento. Tal ação foi ainda

realizada sem a privação da sensibilidade, isto é, sem anestesia; com isso, através da sensibilidade à dor, ela experienciou a dor no ato do profissional de cortá-la e costurá-la. Posteriormente, o profissional recusou-se a aguardar a placenta da mulher sair naturalmente, cortando o cordão umbilical, que liga o feto à placenta, sem suspender a pulsação. Nesta perspectiva, observa-se que, mesmo tendo consciência da violência, não houve recursos para o enfrentamento da mesma, o que torna possível observar que a mudança da relação de poder entre médico e paciente no contexto hospitalar ocorre de maneira lenta e gradual. Muitas vezes o paciente sente-se desprotegido e impotente diante das decisões e ações de iniciativa do profissional de saúde, considerando que sua integridade física, emocional e social é frequentemente rompida por procedimentos, exames e rotinas, sendo estes invasivos ou não, de acordo com Ferreira (2015).

Neste sentido, compreende-se que a violência obstétrica apresenta um risco à saúde física e psíquica da mulher por se tratar de um contexto violento, dessa forma, sendo diferente do saber médico e não se tratando de conhecimento teórico ou prático. O alto número de casos dessa ordem se dá por parte de profissionais de saúde, em geral, médicos e enfermeiros, em diversos contextos do período de gravidez da mulher como, por exemplo, a falta de informações passadas para o momento de realização do parto ainda no momento do pré-natal e os procedimentos do pós-parto, o que caracteriza uma hierarquização do saber médico e uma desvalorização do saber e do sentir da mulher gestante.

No relato apresentado pelo sujeito social, compreende-se que na primeira gestação foram percebidas duas ações nítidas de violência obstétrica, tanto na retirada do tampão de seu órgão quanto no ato cirúrgico do parto, devido à falta de informações prestadas a quem se submeteu à cirurgia. Na segunda gestação, a mulher passou pelo ato cirúrgico sem ser devidamente anestesiada, sentindo os cortes e as costuras feitas, além de cortar o cordão umbilical antes do tempo correto, demonstrando assim um ato perverso e violento por parte do médico. Nessa segunda experiência, a confiança depositada inicialmente no profissional de saúde e rompida durante o parto potencializa ainda mais o sentido violento da experiência: “foi uma das piores experiências da minha vida” (sic).

De acordo com Barbosa e Mota (2016), o paciente é visto como um ser passivo e inferior hierarquicamente no processo médico como um todo, tendo em vista que o profissional de saúde pensa ser o único a deter saberes acerca do tratamento da saúde, enquanto o paciente não possui tais conhecimentos. No entanto, o relato trazido não se atém à questão de quem tem ou não sabe; a violência obstétrica extrapola limites de conhecimentos médicos e trata-se de “violência gratuita” contra a mulher numa situação mais delicada, em que passa pelo período gestacional, no qual deveria ter assegurado o exercício e a proteção de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A terceira zona de sentido refere-se aos familiares do sujeito social, que consistem nos filhos a quem deu à luz e no seu esposo, formando assim uma rede de apoio. Com isso, compreende-se que, na primeira gestação, no momento em que deu à luz ao seu primeiro filho, seu esposo não teve o direito de estar em sua

companhia. Já na segunda gestação, após dar à luz à sua filha, a recém-nascida não foi amamentada logo ao nascer. As duas situações revelam a condição de privação no acesso à rede de apoio vivenciada pela paciente.

De acordo com o discurso declarado, a mulher, ainda na condição de gestante, foi privada de estar acompanhada de seu esposo no momento do parto do seu primeiro filho, sendo possível estar acompanhada somente por mulheres no hospital no qual deu à luz. Conforme Sena e Tesser (2017 *apud* D'Gregorio 2010), a violência obstétrica não se restringe somente à má conduta profissional, mas também à proibição da escolha do acompanhante de preferência da gestante. Com isso, pode-se afirmar que o sujeito social mais uma vez encontra-se no lugar social de vítima de violência obstétrica, visto que houve uma desqualificação da mulher enquanto paciente e uma desvalorização de seus interesses, afetos e sentimentos no momento do parto pelos profissionais que a assistiam.

A partir da interpretação desses sentidos, pode-se concluir que o sujeito social “a mulher gestante/parturiente” foi submetida a procedimentos considerados inadequados e desnecessários, além de ter sido desrespeitada e desqualificada nos seus interesses e vontade, o que coaduna com a definição de violência obstétrica de negligência, psicológica e física, que por consequência, poderia ter colocado a sua vida e a vida de seus filhos em risco, além dos danos psicológicos representados em seu discurso. Dessa forma, faz-se necessária a realização de uma conscientização, principalmente, às mulheres e aos profissionais de saúde, a respeito dos aspectos que compõem a violência obstétrica e das possíveis medidas que devem ser tomadas nestes casos, para que os índices de mulheres que sofrem violência obstétrica diminuam até a extinção.

Partindo dos resultados da análise do discurso apresentados em busca de multidisciplinaridade na área da saúde, mais especificamente em consonância com a Psicologia, pode ser observado que, com o passar dos anos, a violência obstétrica vem se tornando objeto de estudo mais recorrente em trabalhos acadêmicos. De acordo com Souza e Valente (2016), a psicologia ainda apresenta uma pequena amplitude de pesquisas científicas relacionadas à violência obstétrica, um fator alarmante dada a importância do tema no que diz respeito à saúde psíquica daquelas que enfrentam tal tipo de violência, por se tratar de uma questão de saúde pública. Além disso, cabe ressaltar a necessidade de maior engajamento na área da Psicologia em relação à produção de conhecimento sobre a violência obstétrica, pensando no período gestacional de uma forma completa, desde o início deste período até o final de seu ciclo, com a proposição de estratégias de prevenção à violência obstétrica, assim como possibilidades interventivas para o enfrentamento da mesma.

Pensando na produção de conhecimento citada anteriormente, faz-se necessário observar outro ponto referente à Psicologia, porém desta vez na formação dos profissionais de saúde em geral, e em especial dos psicólogos que ingressam e ingressarão no mercado de trabalho nesta área de atuação. Durante o período de formação, é fundamental a apresentação desse tema, assim como a reflexão sobre o mesmo a partir de uma óptica interdisciplinar. No que tange à formação de futuros

psicólogos, vê-se que este período ainda é bastante voltado para o ambiente da clínica individual, deixando aberta a possibilidade de se explorar outros contextos e áreas de atuação. Para que haja uma maior produção de conhecimento sobre a violência obstétrica, é fundamental que durante a formação de profissionais este tema e sua área de atuação sejam abordados, estimulando os graduandos a realizar pesquisas e buscar novos estudos, envolvendo não somente a Psicologia clínica, mas a Psicologia como um todo e os demais profissionais de saúde.

Dessa forma, com a abertura de espaço para falar e estudar temas como a violência obstétrica, aumenta-se a chance de investimento em pesquisas científicas sobre o tema e de qualificação da atuação de profissionais nesta área, oportunizando um espaço de fala e escuta para parturientes. Conforme Souza e Valente (2016), através desta oportunidade direcionada às mulheres em um contexto gestacional, é possível questioná-las sobre diversos assuntos, buscando um tratamento mais adequado e humanizado para a realização de todo o processo, assim podendo proteger a mulher e gerar maior qualidade no atendimento de toda a equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme a realização da Análise Psicossociológica do discurso de violência obstétrica enunciado por uma mulher, pôde-se constatar a partir da análise das três zonas de sentido – a violência obstétrica, o profissional de saúde e a família da mulher – a ocorrência de violência obstétrica dos tipos física, psicológica, negligência de assistência e omissão de informações com base nos sentidos atribuídos ao relato utilizado. Dessa forma, pode-se compreender que esta violência está presente na má conduta de profissionais da saúde, muitas vezes naturalizada pela associação da dor e do sofrimento materno ao momento do parto, assim como na exposição desnecessária da mulher gestante.

Compreendendo que o parto e as suas experiências são também subjetivos, a concepção social e clínica do parto em si não deve ser percebida precocemente como um período necessariamente doloroso ou assustador. Por outro lado, o ciclo gestacional pode ser visto como único e exclusivo de mulher para mulher, com o auxílio de uma equipe multidisciplinar de saúde humanizada que tenha como objetivo tornar esta mulher protagonista do seu próprio parto. À vista disso, entende-se que a humanização do parto, seja ele normal ou cesáreo, no serviço público ou privado de saúde, busca resgatar os direitos das mulheres, que foram, por vezes, culturalmente esquecidos com o passar dos anos.

Além disso, considerando o cenário científico analisado até o ano de 2020, observou-se, no que se refere à Psicologia, uma produção científica ainda limitada sobre o tema proposto, sendo necessários investimentos em propostas preventivas e interventivas. Nesta perspectiva, faz-se necessária uma maior exploração acerca desta temática no meio científico e acadêmico com o intuito de aumentar a compreensão e a visibilidade deste tipo de violência, buscando mais

engajamento e proporcionando uma assistência qualificada à mulher gestante. No que se refere ao auxílio prestado, é essencial a presença de um psicólogo junto à equipe multidisciplinar, garantindo assim um apoio emocional e psicológico em um momento especial na vida das mulheres.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, B. P., AGGIO, C. de M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2117-8248. Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- BARBOSA, L. P., MOTA, A. **Violência Revista Psicologia, Diversidade e Saúde obstétrica – vivências de sofrimento entre gestantes no Brasil**. , Salvador. 2016;5(1): 119-129.
- BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores Culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 14-21, 2006.
- BRANDT, G. P., SOUZA, S. J., MIGOTO, M. T., WEIGERT, S. P. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão e Saúde**, RGS.2018;19(1):19-37.
- CARVALHO, J. C. B. de; COSTA, L. F. História de vida: aspectos teóricos da Psicossociologia clínica. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v. 23, n. 2, 24-31, 2015.
- DICIO. **Dicionário Online de Português**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>
- FERNANDES, C. A. **Análise do Discurso: reflexões introdutórias**. 2ª Edição. São Carlos: Editora Claraluz, 2008.
- FERREIRA, S. Reflexões sobre violência e poder na relação médico-paciente. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 1, n. 5, jan./jul. 2015.
- MACHADO, M. N. da M. **Intervenção Psicossociológica, Método Clínico, de Pesquisa e de Construção Teórica**. Pesquisas e Práticas Psicossociais 5(2). São João del Rey, agosto/dezembro 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Human Reproduction Programme, 2014.
- RESENDE, D. K. Maternidade: Uma construção histórica e social. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 2, n. 4, jul./dez. 2017 – ISSN 2448-0738.

SENA, L. M., TESSER, C.D. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências**. Interface 21(60). 2017.

SOUZA, A. C. A., VALENTE, M. B. B. **Violência obstétrica: um desafio para a psicologia**. Humanae, questões controversas do mundo contemporâneo, v. 10, n.1, 2016.

UNIVERSA UOL. **Mulheres sofrem violência no parto**. Disponível em: <https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2017/02/01/1-em-4-mulheres-sofre-violencia-no-parto-como-patricia-poeta-veja-relatos.htm>

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H. R., & HABIGZANG, L. F. **Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & Sociedade, v. 29, 2017.