

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS – CECH

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA – DPsi

EDITAL 001/2021 - CoPICT/ProPq

VIGÊNCIA 2021/2022

Os impactos psicológicos da violência obstétrica:

A percepção de mulheres sobre práticas de violência no parto e seu impacto psicológico.

Aluna: Beatriz De Souza Batista

Orientadora: Profa. Dra. Rachel De Faria Brino

SETEMBRO/2022

Handwritten signature of Rachel De Faria Brino in black ink, enclosed in a white rectangular box.Handwritten signature of Beatriz De Souza Batista in black ink, enclosed in a white rectangular box.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------|-----------|
| 1. Resumo do plano inicial | 3 |
| 2. Modificações necessárias | 3 |
| 3. Resumo final | 5 |
| 4. Introdução | 6 |
| 5. Objetivo | 16 |
| 6. Método | 16 |
| 7. Resultados e discussão | 22 |
| 8. Considerações Finais | 45 |
| 9. Referências | 47 |
| 10. Anexo A | 57 |
| 11. Anexo B | 60 |

RESUMO DO PLANO INICIAL

Diariamente, no Brasil e no mundo, muitas gestantes são vítimas da violência obstétrica. Apesar da não existência de um consenso a respeito da definição desse conceito, muitos autores costumam definir a violência obstétrica como um ou mais atos de violência contra a parturiente e seu filho durante a assistência obstétrica. Tendo isso em vista, o presente estudo aborda o processo histórico, cultural e social de avanços tecnológicos e a construção da postura médica intervencionista, que, ao longo das décadas, apoderou-se do protagonismo da parturiente no trabalho de parto e parto. Também, são retratadas as principais formas de violência sofridas pelas gestantes no contexto obstétrico, entre elas, as de privações de alimentos, mobilidade, acompanhantes, etc.; as físicas, com caráter invasivo e que buscam, em sua maioria, acelerar o nascimento, ou promover a conveniência e comodidade médica; e as verbais, associadas às psicológicas, que envolvem gritos, falas desrespeitosas e hostis. Dessa forma, esse estudo busca verificar e compreender os impactos psicológicos da violência obstétrica em mulheres que relatam terem experienciado práticas de violência no trabalho de parto e/ou parto. Para isso será realizada uma triagem das participantes através do *Questionário de Avaliação de Violência no Parto*, pelo qual serão selecionadas 14 mulheres que relatam terem vivido experiência para compor dois grupos focais – 7 mulheres em cada um deles – sendo um deles de mulheres que tiveram seus partos em hospitais da rede privada de saúde e o segundo com mulheres que tiveram na rede pública. A análise dos dados será feita, através da análise de conteúdo de Bardin (2011), visando identificar categorias existentes nas falas destas e convergentes, referentes aos impactos psicológicos da violência obstétrica experienciada por essas mulheres.

Palavras-chave: violência obstétrica, obstetrícia, parto, impactos psicológicos, gestação, trabalho de parto

MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS

Como dito acima, o estudo pretendia, inicialmente, selecionar quatorze mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, que tivessem passado pela experiência de trabalho de parto e/ou parto em hospitais e maternidade e relatam ter sofrido violência no parto. Foi entendido como critério de exclusão, mulheres que tiveram seus trabalhos de parto e parto na modalidade domiciliar ou em centros de parto.

Após a etapa de recrutamento de participantes, através do *Questionário de Avaliação de Violência no Parto*, foi realizada uma análise das respostas obtidas pelo instrumento, com o objetivo de identificar participantes que tivessem experienciado algum tipo de violência em seu trabalho de parto e parto. A partir da análise destas, buscando investigar o primeiro objetivo específico do projeto inicial — verificar a existência de diferenças entre os impactos psicológicos decorrentes da violência obstétrica em mulheres que tiveram seu trabalho de parto e parto, propriamente dito, na rede privada de saúde e as que tiveram na rede pública de saúde —, pretendia-se selecionar sete mulheres que tivessem vivido experiências de violência obstétrica em hospitais da rede pública de saúde e sete mulheres que viveram essas experiências em hospitais da rede privada, no entanto, a amostra obtida inviabilizou o objetivo inicial, pois apenas quatro participantes haviam tido seus parto em hospitais públicos, enquanto as dezesseis demais tiveram em hospitais da rede privada. Assim, também, aconteceu com o segundo objetivo específico — verificar, entre os grupos, possíveis diferenças entre o tipo de atendimento recebido nos sistemas de saúde relacionadas ao nível econômico e de escolaridade das participantes — que não pôde ser atendido, pois a amostra não apresentou diferenças significativas relacionadas às variáveis citadas.

Foram selecionadas quinze participantes, que atenderam aos critérios supracitados e tiveram respostas correspondentes com experiências entendidas como violência obstétrica, a partir da análise de vinte respostas obtidas no formulário de inscrição para participação na pesquisa. Estas participantes foram convidadas, por email ou outro meio de contato informado no formulário de inscrição, a participar da próxima etapa da pesquisa — grupo focal — e, desta amostra inicial de quinze participantes, dez aceitaram dar prosseguimento na pesquisa e participar das próximas etapas. A idade das participantes variaram entre 29 e 59 anos, sendo que oito destas haviam tido seus trabalhos de parto e parto em hospitais da rede privada de atenção à saúde, enquanto apenas duas passaram por essa experiência em um hospital da rede pública.

Tendo isso em vista, algumas adequações foram necessárias para a realização da coleta de dados. Diante das circunstâncias amostrais, a coleta de dados foi pensada para ser realizada com apenas um grupo, composto de todas as participantes, uma vez que a divisão deste não atenderia mais à finalidade inicial, em cerca de dois encontros remotos de, em média, 90 minutos. Para isso, foram sugeridas algumas datas e horários para a realização desta primeira conversa e, devido à incompatibilidade de horário das participantes entre si, essa primeira etapa da coleta de dados foi realizada em dois grupos focais, nos quais foram aplicados os

mesmos procedimentos. Nesta etapa, três participantes não deram prosseguimento com o estudo, reduzindo a amostra para sete participantes.

A estratégia de dividir a amostra total em dois grupos para viabilizar a coleta de dados foi bem sucedida, pois todas as participantes puderam compartilhar seu relatos de experiência de trabalho de parto e parto com a quantidade de detalhamento que desejaram, durante o tempo que precisaram, acomodados no tempo previsto de cerca de 90 minutos.

Para o segundo momento de coleta de dados, foi realizado apenas um encontro com as participantes que puderam participar na data e horário que melhor atendia à conveniência das demais, totalizando cinco. Neste encontro, uma das participantes, que não havia podido participar de nenhum dos encontros anteriores, teve a oportunidade de compartilhar seus relatos de experiência com as demais antes do início da programação prevista para o segundo encontro.

RESUMO FINAL

Diariamente, no Brasil e no mundo, muitas gestantes são vítimas da violência obstétrica. Apesar da não existência de um consenso a respeito da definição desse conceito, muitos autores costumam definir a violência obstétrica como um ou mais atos de violência contra a parturiente e seu filho durante a assistência obstétrica. Tendo isso em vista, o presente estudo aborda o processo histórico, cultural e social de avanços tecnológicos e a construção da postura médica intervencionista, que, ao longo das décadas, apoderou-se do protagonismo da parturiente no trabalho de parto e parto. Também, são retratadas as principais formas de violência sofridas pelas gestantes no contexto obstétrico, as físicas e as verbais. Dessa forma, esse estudo busca verificar e compreender os impactos psicológicos da violência obstétrica em mulheres que relatam terem experienciado práticas de violência no trabalho de parto e/ou parto. Para isso, foi realizada a triagem das participantes através do *Questionário de Avaliação de Violência no Parto*, pelo qual foram selecionadas 7 participantes que compuseram um grupo focal. A análise dos dados foi feita, através da análise de conteúdo de Bardin (2011), visando identificar categorias existentes nas falas destas e convergentes, referentes aos impactos psicológicos da violência obstétrica experienciada por essas mulheres.

Palavras-chave: violência obstétrica, obstetrícia, parto, impactos psicológicos, gestação, trabalho de parto

INTRODUÇÃO

Até o início do século XX, os partos eram, predominantemente, realizados em ambiente domiciliar, no qual, normalmente, a parturiente era assistida por mulheres de sua confiança, que atuavam como parteiras. Esse ritual feminino, compreendido como uma experiência corporal e emocional, tinha a mulher e seu corpo como protagonistas, isto é, tratava-se de um evento, predominantemente, guiado pelo processo fisiológico desta (Rattner, 2009; Russo & Nucci, 2020; Zanardo et al., 2017).

Com o advento de novas tecnologias e, considerando o momento que o mundo vivia em meados do século passado, no qual se estabelecia uma política econômica centrada na lógica industrial, o setor da saúde, assim como os demais, também foi submetido à influência desse componente técnico em função da produtividade, tornando a assistência médica, em geral, incluindo a obstétrica, uma verdadeira linha de produção, nesse caso, de nascimentos (Rattner, 2009).

Por volta da década de 40, com a necessidade de desenvolvimento de estratégias de intervenção concernentes à problemática da mortalidade materna e neonatal no Brasil, o cenário dos partos passa a ser os hospitais e ocorre uma transferência do protagonismo da mulher para uma equipe médica, a qual passa a controlar esse evento biológico, assumindo a responsabilidade não apenas de assistir o trabalho de parto, mas de performá-lo. Com o avançar das décadas, a quantidade de intervenções médicas e a frequência com a qual estessão adotadas nos trabalhos de parto de milhões de mulheres avolumaram-se, de tal forma que, hoje, configuram um modelo obstétrico brasileiro com altas taxas de cesarianas, índices de mortalidade materna que se mantém constantes há, pelo menos, duas décadas (Kovavisarach & Habanananda, 2013; S. Leal et al., 2019a; Oliveira & Penna, 2018; Rattner, 2009; Tagliari et al., 2016; Zanardo et al., 2017).

Com esta crescente perda de autonomia das parturientes sobre seu próprio trabalho de parto, estas acabam por se conformar com os inúmeros procedimentos invasivos aos quais são submetidas, sem as devidas informações a respeito destes e, o mais alarmante, muitas vezes sem seu consentimento. Essa passividade promovida pela relação verticalizada entre a equipe médica, uma vez que o médico, nesse contexto, exerce o papel de ator principal, enquanto a mulher atua como coadjuvante, transforma o nascimento em um evento médico, o que leva as mulheres a não conseguirem participar de forma ativa nas decisões relacionadas ao seu parto,

ou seja, sofrem uma apropriação de seus direitos reprodutivos por parte da equipe médica (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; S. Leal et al., 2019a; Oliveira & Penna, 2018; Rocha & Ferreira, 2020; Zanardo et al., 2017).

Nesse sentido, esse sistema acima descrito, ao longo das décadas, foi se tornando cada vez mais presente e enraizado, o que faz com que o saber médico, tido como soberano, seja visto com normalidade pelas gestantes, gerando, assim, a crença de que não estão preparadas para o parto e, muitas vezes, de que são incapazes de parir sem que haja interferência da equipe médica (S. Leal et al., 2019a). Outra consequência advinda dessa obstetrícia interventiva é o medo e insegurança de pedir mais informações a respeito das intervenções realizadas ao longo do trabalho de parto (Zanardo et al., 2017) ou mesmo o entendimento de que tais práticas violentas são procedimentos comuns e rotineiros, necessários para que tenham um “bom parto”, ideia cultivada socialmente, de que um parto bem sucedido é aquele que tolera todos os tipos de intervenções para que o bebê nasça o mais breve possível (García et al., 2013 *apud* Zanardo et al., 2017).

Dessa forma, essa posição de passividade que as parturientes experienciam neste cenário de uma obstetrícia interventiva, no qual há um crescente aumento da medicalização do parto, acaba por promover o surgimento da violência obstétrica. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), ainda não existe um consenso quanto à definição deste termo, no entanto, reconhece que abusos, negligência, desrespeito e maus-tratos, fazem parte da experiência de parto de milhões de gestantes por todo o mundo (Giacomini & Hirsch, 2020; Rocha & Ferreira, 2020; Zanardo et al., 2017).

Na literatura, os estudos concernentes a essa temática já realizados, apesar de não gozarem de uma definição universal para o conceito de violência obstétrica, em termos gerais, se valem de tópicos em comum na composição de suas próprias definições para o termo. Tendo isso em vista, a violência obstétrica, frequentemente, é definida como um ou mais atos de violência contra a parturiente e seu filho durante a assistência obstétrica (S. Leal et al., 2019a). Esse termo engloba diversas formas de violência praticadas contra a mulher durante seu trabalho de parto, isto é, violência obstétrica compreende desde maus-tratos físicos, procedimentos invasivos desnecessários até violências, socialmente, menos esclarecidas – que não recebem tanta notoriedade quanto a violência física, por exemplo – como a psicológica e verbal (Tesser et al., 2015 *apud* Giacomini & Hirsch, 2020).

Apesar da inexistência de uma definição ou categorização universal a respeito das formas de violência que compõem o conceito de violência obstétrica, é possível encontrar algumas categorizações já feitas, na literatura, como a de D'Oliveira et al. (2012), que define, de uma forma mais ampla, a violência praticada contra as mulheres em instituições de saúde em quatro subdivisões: a negligência, a violência psicológica, violência física e a violência sexual. Outros estudos definem a violência obstétrica como um conjunto de práticas de violência física e violência psicológica, sob as quais a parturiente tem seu corpo manipulado e exposto desnecessariamente, além de sofrer com ameaças, falas irônicas e coerção, o que, combinadas, tornam a experiência de parto dolorosa e desagradável (Sanfelice et al., 2014; Wolff & Waldow, 2008 *apud* Zanardo et al., 2017).

A violência obstétrica também abrange a administração excessiva de medicamentos e a realização de intervenções não respaldadas por evidências científicas; entre as mais comuns está a episiotomia, um corte no períneo, tido, por muito tempo, – desde meados do século XX – como um procedimento rotineiro, praticado mundialmente, que é indicado para supostamente reduzir a probabilidade de laceração de terceiro grau no períneo, reduzir os riscos de trauma no bebê durante o nascimento, de incontinência urinária e fecal da mãe e, também, para preservar sua musculatura, mas que, no entanto, sabe-se que não tem eficácia na redução desses riscos e, pelo contrário, aumenta os riscos de hemorragia, infecção e laceração perineal de terceiro e quarto grau. Além disso, no momento de sutura desse corte, muitos médicos realizam o que, por eles, é conhecido como “ponto do marido”, isto é, adicionam um ou mais pontos na entrada da vagina da mulher, para torná-la mais estreita, por acreditarem que, após um parto vaginal, o pênis do marido seria considerado pequeno demais para conseguir estimular a vagina dessa mulher, sendo essa uma falsa crença, uma vez que o canal vaginal da mulher retorna ao seu tamanho original após o parto (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Carroli & Mignini, 2009; Carvalho, 2016; Chen & Wang, 2006; Diniz, 2005; Diniz et al., 2014; Diniz & Chacham, 2006; Jiang et al., 2017; S. Leal et al., 2019a; Palmieri et al., 2005; São Bento & Santos, 2006; Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, 2017; Zanardo et al., 2017).

Outra prática frequentemente realizada no trabalho de parto e que, também, configura um tipo de violência obstétrica é a amniotomia precoce, sem indicação e não consentida, uma ruptura artificial da membrana amniótica, uma barreira protetora entre o líquido amniótico, que envolve o bebê durante a gestação e a cérvix da mulher. Essa intervenção é adotada como um procedimento de rotina – ocorre em cerca de 40% dos partos – pela equipe médica como

uma tentativa de, supostamente, acelerar o trabalho de parto da mulher, através do aumento da frequência das contrações. Ainda que esse argumento seja utilizado tão frequentemente, a literatura científica demonstra que não há diferenças significativas na duração do trabalho de parto de mulheres que passaram pelo procedimento de amniotomia e das parturientes que não passaram. Adicionalmente, há potenciais riscos para o bebê, já evidenciados em estudos, como anormalidades na frequência cardíaca, prolapso do cordão umbilical, infecções e, também, a ocorrência de lesões e cortes na cabeça do bebê, que está apoiada na cerviz da mulher, afinal, a realização desse procedimento é feita com a utilização de um instrumento pontiagudo – semelhante a uma agulha de crochet – de maneira totalmente dependente do senso tátil do médico, o qual utiliza luvas de proteção que, conseqüentemente, diminuem a sensibilidade das pontas dos dedos, favorecendo, portanto, esses tipos de lesões (Ajadi et al., 2006; Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Andrade et al., 2016; Cohain, 2013; Diniz, 2005; Goffinct et al., 1997; Kovavisarach & Habanananda, 2013; M. do C. Leal et al., 2014; S. Leal et al., 2019b; Smyth et al., 2013).

Uma prática comumente concatenada a da amniotomia – também em cerca de 40% dos partos – é o uso abusivo de ocitocina sintética venosa. A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo humano e que tem ação de extrema importância no trabalho de parto, pois é este que estimula as contrações uterinas e, no pós-parto, exerce um papel importante na amamentação. Além disso, a ocitocina também é conhecida como o hormônio do amor, responsável pelo intenso vínculo inicial mãe-bebê (Odent, M., 2000 *apud* Russo & Nucci, 2020).

Na década de 50, esse hormônio passou a ser sintetizado em laboratório, distribuído para hospitais e amplamente utilizado pela obstetrícia para, supostamente, a indução do parto e redução da duração deste, sendo estes, argumentos sem a devida relevância científica, uma vez que, ao contrário, a administração deste hormônio rotineiramente tem sido associada com a amplificação das dores e desconfortos das parturientes (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Diniz, 2005; Kovavisarach & Habanananda, 2013; M. do C. Leal et al., 2014; Nucci et al., 2018; Russo & Nucci, 2020).

Outra intervenção considerada violenta é a pressão no fundo uterino, também conhecida como Manobra de Kristeller, geralmente conduzida no período expulsivo do parto, e consiste na aplicação de uma pressão manual na porção superior do útero em direção à saída do canal vaginal com o objetivo de auxiliar a saída do bebê. Essa manobra tem feito parte da rotina de parto de milhões de mulheres há muitas décadas, pelo mundo todo. No entanto, hoje,

alguns países não recomendam sua utilização nos trabalhos de parto, como é o caso do Brasil, que tem essa recomendação feita pelo Ministério da Saúde (2017). Essa orientação parte do princípio de que a prática da pressão no fundo uterino não é embasada cientificamente, pelo contrário, há indícios de que a manobra pode estar associada a danos para a mãe e o bebê, como já reportado em estudos científicos, sendo estes, risco dobrado de lesões na musculaturapélvica da mulher, fraturas nas costelas materna, dilacerações perineais severas, ruptura uterina e injúrias neurológicas e ortopédicas no recém-nascido (Acmaç et al., 2015; Andrade et al., 2016; Berghella et al., 2008; Chalmers et al., 2009; Diniz, 2005; Hofmeyr et al., 2017; Lansky et al., 2014; M. do C. Leal et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Malvasi et al., 2019; Matsuo et al., 2009; Ministério da Saúde, 2017; Rattner, 2009; Russo & Nucci, 2020; Youssef et al., 2019).

A manobra de Kristeller é, constantemente, associada à posição litotômica, na qual as parturientes, na maioria das vezes, cerca de 92% dos partos, são obrigadas a permanecer (M. do C. Leal et al., 2014). Nessa posição, a parturiente mantém-se deitada com a barriga para cima e as pernas flexionadas e abertas, com as panturrilhas apoiadas em perneiras, dessa forma, favorecendo a compressão de grandes vasos sanguíneos, o que pode resultar no prolongamento da duração do parto, principalmente no período expulsivo, comprometimento da oxigenação intrauterina e, conseqüentemente, possíveis danos para o bebê. Apesar do alto índice de partos realizados na posição litotômica, a literatura científica demonstra os benefícios da adoção de posições verticalizadas para a mulher e para o bebê, assim como a de cócoras, lateral, em quatro apoios ou qualquer outra que a faça sentir mais confortável (Andrade et al., 2016; Chalmers et al., 2009; Hodnett et al., 2013; Hotelling, 2007; Kovavisarach & Habanananda, 2013; Lansky et al., 2014; Lawrence et al., 2009; M. do C. Leal et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Ministério da Saúde, 2017; Nicida, 2018; Priddis et al., 2012; Russo & Nucci, 2020; Tagliari et al., 2016; Zanardo et al., 2017).

A tricotomia e o enema são dois procedimentos rotineiros na obstetrícia, realizados, geralmente, no estágio inicial do trabalho de parto, quando a parturiente é admitida no hospital e que, tendo em vista o sentimento de vulnerabilidade muitas vezes experienciado por essas mulheres nesse momento, acabam por amplificá-lo, além de trazer desconforto, dores e constrangimento, tratando-se, portanto, de procedimentos que podem ser configurados como violência obstétrica (Chen & Wang, 2006; Kovavisarach & Habanananda, 2013). A tricotomia trata-se da raspagem dos pelos pubianos da gestante feita pela equipe médica sob a suposição de que essa prática traria mais higiene para o trabalho de parto e diminuiria os riscos de

infecções na feridas causadas por possíveis lacerações ou decorrentes do procedimento de episiotomia, supracitado. Efetivamente, tal prática é fortemente não recomendada pela literatura científica, pois, além de apresentar evidências insuficientes em relação aos supostos benefícios, demonstra uma série de consequências no momento pós-parto como irritações na pele, vermelhidão na vulva, micro cortes superficiais e coceiras no local (Basevi & Lavender, 2014; Chalmers et al., 2009; Chen & Wang, 2006; Diniz, 2005; Kovavisarach & Habanananda, 2013; Ministério da Saúde, 2017; Tesser et al., 2015). Já o enema, também conhecido como lavagem intestinal, é realizado com o objetivo de remover o bolo fecal da parturiente, assim, supostamente, seriam reduzidos os riscos de infecções por contaminação fecal tanto para a mãe, quanto para o bebê, à medida que aumentaria as contrações uterinas e facilitaria a descida do bebê por conta da diminuição do volume intestinal com a retirada das fezes. No entanto, assim como a tricotomia, essa prática é desencorajada pela comunidade científica pela falta de evidências relacionadas a estes benefícios hipotéticos (Chen & Wang, 2006; Kovavisarach & Habanananda, 2013; Ministério da Saúde, 2017; Reveiz et al., 2013; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017).

Uma prática amplamente disseminada como regra na obstetrícia, mas que, no entanto, não apresenta indicativos de benefícios para a mãe e para o bebê é a restrição da ingestão de alimentos e hídrica a partir de sua admissão no hospital. Este jejum prolongado pode acrescer o desconforto, as dores e a duração do trabalho de parto dessas mães, por isso, o Ministério da Saúde (2017) e a Organização Mundial da Saúde (2014) recomendam que sejam fornecidos líquidos, de preferência isotônicos para essas parturientes e uma dieta leve para as que não tiverem sob efeito de opióides (Andrade et al., 2016; Lansky et al., 2014; Singata et al., 2010; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017). Nesse mesmo sentido, o excesso de exame de toque, feito para avaliar a evolução da dilatação vaginal, que permite a passagem do bebê, é realizado com uma frequência maior do que a recomendada – de 4 em 4 horas, aproximadamente –, provocando, desnecessariamente, dores e desconfortos (Andrade et al., 2016; S. Leal et al., 2019a; Ministério da Saúde, 2017; Rocha & Ferreira, 2020; Tagliari et al., 2016; Tesser et al., 2015).

O trabalho de parto trata-se de um momento delicado e sensível para as gestantes, assim, a presença de um acompanhante, seja seu cônjuge, familiares ou doulas, segundo a literatura, pode ser reconfortante, reduzir os níveis de ansiedade e trazer um sentimento de segurança para estas, tão importante nesse período de vulnerabilidade, além de apresentar muitos benefícios para a mãe e bebê, como diminuição da duração do trabalho de parto,

menores taxas de cesárias, redução da necessidade de utilização, também, os bebês de mãe que tiveram seus parto com a presença de um acompanhante têm chances menores de obter baixos índices na Escala de Apgar. O direito a um acompanhante de sua escolha é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (1996), também, pelo Ministério da Saúde (2017) e, além disso, esse é um direito das parturientes descrito na intitulada Lei do Acompanhante, lei nº 11.108 (2005), que garante a estas a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como nos momentos iniciais do puerpério. Apesar da existência dessa lei, frequentemente, as equipes médicas desrespeitam esse direito impedindo os acompanhantes de adentrarem as dependências do hospital, nas quais as parturientes passam seu trabalho de parto, parto e pós-parto. Essa situação é ilustrada em cenas do documentário “O Renascimento do Parto” (2013), que umpai é impedido de acompanhar o nascimento de seu bebê por uma das profissionais que compunham a equipe médica (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Berghella et al., 2008; Bohren et al., 2017; Brüggemann et al., 2005, 2007; Diniz, 2005; Diniz et al., 2014; Giacomini & Hirsch, 2020; Kovavisarach & Habanananda, 2013; Lansky et al., 2014; M. do C. Leal et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Maria do Carmo Leal – ENSP/Fiocruz, 2007; Ministério da Saúde, 2017; Organização Mundial da Saúde, 2014; Rattner, 2009; Rocha & Ferreira, 2020; Tagliari et al., 2016; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017; Chauvet & Paula, 2013).

Além de todas essas faces da violência obstétrica supracitadas, as altas taxas de partos cesáreos – nos quais a extração do feto é feita por via abdominal –, que compõem o cenário obstétrico brasileiro atual – de acordo com a pesquisa Nascer no Brasil: Inquérito Nacional Sobre o Parto e Nascimento (2012), cerca de 88% dos partos realizados na rede privada de saúde e 46% na rede pública – contrariando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (1996) para que se mantenha reduzidas – entre 10% e 15% – fazem com que essa modalidade de parto, dependendo do contexto, seja enquadrada, também, como uma forma de violência na obstetrícia (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Hopkins, 2000; Lansky et al., 2014; M. do C. Leal et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Sílvia de Moraes & Goldenberg, 2001; Tagliari et al., 2016; Zanardo et al., 2017).

A cesariana intraparto ou eletiva, assim como outras intervenções, foi desenvolvida com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade e morbidades para a mãe e seu bebê em situações com indicação comprovada – por exemplo, quando o feto tem apresentação pélvica, com pelos menos 39 semanas gestacionais e trabalho de parto iniciado, preferencialmente –

no entanto, quando essas taxas excedem as recomendadas, deixam de estar associadas à redução desses índices e passam, ao contrário do que se espera, a ter ligação com um risco duas vezes maior da morbidade e mortalidade comparado ao de mulheres que tiveram parto vaginal, também, aumentam-se as chances de ser necessário o uso de antibióticos, internação em UTI, tempo de permanência no hospital, placentação anormal subsequente e mesmo a histerectomia, além de trazer riscos aumentados para o bebê, principalmente ligados ao metabolismo e ao sistema respiratório – pois é no trabalho de parto que se conclui a maturação pulmonar do bebê –, como o de desenvolvimento de diabetes tipo 1, asma, alergias de pele e digestivas, sobrepeso, bem como os próprios riscos da prematuridade, mortalidade neonatal (nos primeiros 7 dias de vida), necessidade de internação na UTI e utilização de ventiladores mecânicos (Faúndes & Cecatti, 1991; Hansen et al., 2008; Hopkins, 2000; Hotelling, 2007; M. do C. Leal et al., 2014; Ministério da Saúde, 2015; Oliveira & Penna, 2018; Souza et al., 2010; Villar et al., 2007).

Essas taxas excedentes de partos cesarianos são reflexo, também, da crescente e excessiva postura intervencionista médica que contribui para a hoje chamada, por pesquisadores da área, “cultura da cesárea” (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Diniz, 2005; Hopkins, 2000; Maria do Carmo Leal – ENSP/Fiocruz, 2007; Rocha & Ferreira, 2020; Russo & Nucci, 2020; Zanardo et al., 2017), muito bem ilustrada nos relatos de parto feitos por mulheres e médicos no, já citado, documentário “O Renascimento do Parto” (2013). Adicionalmente, diversos estudos apontam que a “cultura da cesárea”, assim como os demais procedimentos intervencionistas supracitados, que buscam acelerar o nascimento, pode estar associada à conveniência e comodidade médica, isto é, o parto cirúrgico permite aos médicos uma maior remuneração, rapidez e otimização de sua agenda – principalmente quando a cesariana foi eletiva, com dia e horário especificado –, já que não ter que acompanhar um trabalho de parto, que pode levar muitas horas e até dias, os permitem retornar aos seus consultórios o mais breve possível, sendo esta uma grande conveniência financeira, afinal, além da melhor remuneração em partos cesáreos, o rápido retorno para os consultórios possibilita que os médicos cumpram uma agenda mais robusta de consultas e exames. Outrossim, a comodidade e conveniência foi apontada na regra de conduta “implícita” entre os médicos em troca de plantões, isso quer dizer que, muitos trabalhos de parto ultimam em cesáreas para que, ao fim do plantão de um médico, não “sobrem” pacientes para o médico que está iniciando seu plantão (Faúndes & Cecatti, 1991; Hopkins, 2000; M. do C. Leal et al.,

2014; O'Dougherty, 2013; Rocha & Ferreira, 2020; Sílvia de Moraes & Goldenberg, 2001; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017).

A existência dessa “epidemia de cesáreas” foi construindo, ao longo do tempo, uma adesão ideológica tanto para os médicos, quanto para as gestantes, de que o parto cirúrgico seria uma opção mais segura, tecnológica e indolor de trazer seus filhos ao mundo, além de prevenir o sofrimento com supostos desdobramentos negativos do parto vaginal para o funcionamento sexual. A introjeção desse modelo obstétrico, associada à desinformação a respeito das vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, faz com que as gestantes passem a acreditar que, de fato, uma cesariana é a melhor escolha para o nascimento de seus bebês. Durante o pré-natal, mesmo que sua preferência inicial seja pelo parto vaginal, muitas grávidas são moldadas e induzidas à assimilação dessa crença através de indicações médicas intervencionistas, muitas vezes, não respaldada pela ciência baseada em evidências, sendo as principais delas a circular de cordão, histórico de cesárea prévia, bebê “grande demais” para passar pela bacia materna, pouco ou muito líquido amniótico, falta de dilatação, etc. (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Diniz, 2005; Hopkins, 2000; Hotelling, 2007; Maria do Carmo Leal – ENSP/Fiocruz, 2007; O'Dougherty, 2013; Oliveira & Penna, 2018; Rocha & Ferreira, 2020; Sílvia de Moraes & Goldenberg, 2001; Tagliari et al., 2016; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017).

É importante citar que a “cultura da cesárea” está presente tanto no sistema público de saúde, quanto no privado, com uma prevalência maior neste segundo, bem como entre mulheres com maior nível de escolaridade, pertencentes à classe média econômica e acesso à mais consultas pré-natais. Um possível fato associado à prevalência dos partos cesarianos nesse perfil de gestante é que estas, por possuírem uma maior nível de escolaridade e terem seus pré-natais, em sua maioria, acompanhados por um mesmo médico, tem um maior acesso às informações, inclusive às indicações duvidosas, acima citadas, passada pelos médicos durante esse acompanhamento prévio ao nascimento, assim, essas mulheres tem a sensação de um maior empoderamento em relação ao seu parto, gozando do privilégio da “escolha”. As gestantes mais desfavorecidas economicamente e com menor nível de escolaridade, apesar de experienciarem uma menor taxa de parto cesáreos, normalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vivenciam partos mais dolorosos, com maior número dos procedimentos intervencionistas já citados nesse estudo, além do menor uso de analgesia. Estudos a respeito dessa variável apontam que muitas das gestantes nesse perfil não conhecem seus direitos, como, por exemplo o Plano de Parto, previsto na Lei nº 15.759 (2015) do estado de São Paulo

– um documento no qual a gestante deixa registrado por escrito seus desejos para cada momento do trabalho de parto e parto no intuito de ter uma melhor comunicação com a equipe médica nesse momento e ter suas preferências preservadas –, ou mesmo o conceito de violência obstétrica, o que as torna, conseqüentemente, mais vulneráveis aos maus tratos obstétricos (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Andrade et al., 2016; Giacomini & Hirsch, 2020; Lansky et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Maria do Carmo Leal – ENSP/Fiocruz, 2007; O’Dougherty, 2013; Oliveira & Penna, 2018; Rocha & Ferreira, 2020).

A lista de práticas violentas e suas conseqüências na obstetrícia é extensa, contudo, há duas formas de violência ainda pouco esclarecidas na literatura comparadas às violências físicas, mas que, muitas vezes, permeiam todas as outras citadas nesse estudo e as demais não listadas; são elas a verbal e psicológica. Além das más práticas, muito frequentemente, parturientes são submetidas a situações estressantes, ao tratamento hostil e desrespeitoso por parte da equipe médica, bem como, à solidão, quando a presença do acompanhante não é permitida, como já citado nesse estudo, ameaças, gritos, humilhação intencional, impedimento do apego inicial da díade mãe-bebê sem justificativa, omissão de atendimento e desamparo, além de falas degradante e de extrema hostilidade para com as parturientes, como mostra o estudo de Leal et al. (2019), “Ah, você tem que ficar quieta! Deita aí!”, “Na hora de fazer foi bom! [...]”, “É, porque agora filho está dando dinheiro!”, entre muitas outras (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; D’Oliveira et al., 2002; Giacomini & Hirsch, 2020; Lansky et al., 2014; S. Leal et al., 2019a; Rocha & Ferreira, 2020; Tagliari et al., 2016; Tesser et al., 2015; Zanardo et al., 2017).

Considerando que essas práticas de violência obstétrica podem trazer danos ao desenvolvimento saudável emocional e psicológico das mulheres, parece pertinente buscar respostas para indagações a respeito das práticas de violência verbais e psicológicas realizadas durante o parto, bem como do impacto destas e das práticas físicas no desenvolvimento saudável dessas mulheres, ou seja, como as práticas de violência obstétrica, em suas diferentes formas, podem impactar o desenvolvimento psicológico e emocional de gestantes expostas a esse fenômeno, ainda pouco investigado e mencionado.

Nesse sentido, a OMS incentiva a produção de estudos científicos que busquem definir, mensurar e compreender melhor os desdobramentos dessas práticas desrespeitosas e abusivas realizadas na área obstétrica (Zanardo et al., 2017).

OBJETIVO

1. Objetivo Geral

Considerando o estado da arte, os indicativos desses estudos prévios, bem como a relevância social dessa temática, o objetivo geral do presente estudo, de caráter exploratório, descritivo e qualitativo, envolveu a identificação e análise dos impactos psicológicos da violência obstétrica em parturientes que relatam ter sofrido práticas violentas durante o parto.

MÉTODO

1. Procedimentos éticos

O projeto projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), que contém informações sobre o objetivo da pesquisa, metodologia utilizada na coleta de dados e análise destes, bem como a garantia de sigilo de todas as suas informações pessoais, divulgação desses dados e sua autonomia e direito de desistência a qualquer momento da coleta, sem qualquer tipo de prejuízo.

1.1 Riscos e benefícios

Devido ao tema desenvolvido no estudo, as pesquisadoras expuseram no TCLE que este poderia ocasionar desconforto emocional e psicológico às participantes, por requerer um retorno às memórias afetivas relacionadas ao trabalho de parto e parto, assim como gerar reflexões sobre a maternidade, a gestação, o parto, a amamentação e a relação com o bebê nesses momentos iniciais de vida. Tendo isso em vista, as pesquisadoras conduziram suas ações tendo sempre presente o cuidado para com este aspecto. Caso fosse identificado qualquer tipo de desconforto ou crise emocional, haveria uma escuta das participantes pelas pesquisadoras e elas poderiam ser encaminhadas para serviços competentes, de acordo com a demanda.

Também, foi assegurado um ambiente seguro e sigiloso para que cada uma tivesse a oportunidade de falar sobre suas experiências do passado e do presente, assim, podendo trazer benefícios como a reflexão e ressignificação de sua experiência de trabalho de parto e parto, sobre a maternidade, além da aquisição de novos conhecimento a respeito de boas e más práticas obstétrica recomendadas pela OMS e Ministério da Saúde através das conversas com

as pesquisadoras, visando empoderá-las de seus direitos reprodutivos e demais direitos ligados à temática. Estas receberam acolhimento, escuta ativa e qualificada que buscaram promover o sentimento de pertencimento enquanto mulher e mãe, capaz de se apropriar de seus trabalhos de parto e parto caso venham a experienciar uma nova gestação.

O parecer do CEP, mencionado acima, solicitou a adição, ao TCLE, de maior detalhamento das etapas da pesquisa, com informações sobre os instrumentos, tempo estimado para resposta destes, assim como a possibilidade de convite para a etapa seguinte, em formato de grupo focal, com outras participantes com experiências semelhantes, os tópicos a respeito de quais versariam e a duração média estimada para a realização deste. Foram adicionados, também, diante solicitação do CEP, elementos que contemplam o contexto remoto da pesquisa, como os links para as políticas de privacidade do aplicativo escolhido para coleta dos dados, neste caso, o Google Meet e Google Forms (política de privacidade do Google), tal como o esclarecimento de situações que não estariam sob controle das pesquisadoras e que eventualmente poderiam romper a confidencialidade, característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas, ainda que todos os esforços para garantir de sigilo fossem empregados, incluindo a solicitação deste para as demais participantes. As correções também se estenderam aos itens que garantiam o ressarcimento por qualquer dano material ou imaterial decorrente da participação na pesquisa, assim como cobertura de despesas realizadas pelo participante decorrentes desta quando houver. Por fim, foram inseridas esclarecimentos sobre como as participantes poderiam realizar a solicitação de desistência de participação, mesmo após o término da coleta de dados e ajustes técnicos na apresentação do formulário. Foi realizado o retorno, então, do projeto ao comitê através de uma nova versão do TCLE com as alterações feitas sinalizadas em uma carta-resposta e novas documentações. A partir dessa nova versão, o Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifestou-se considerando o projeto "Aprovado".

Desta forma, o formulário de triagem foi divulgado em grupos das redes WhatsApp, Facebook e Instagram, perante autorização dos administradores dos grupos. Uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi anexada ao TCLE apresentado às participantes previamente ao início do preenchimento do primeiro instrumento, com o intuito de reforçar o consentimento frente aos possíveis riscos e benefícios. Somente mediante assinatura deste, puderam integrar o presente estudo.

2. Participantes

O estudo contou com sete participantes, mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram experiência de trabalho de parto e parto em hospitais públicos ou privados. Foi entendido como critério de exclusão, mulheres que tiveram seus trabalhos de parto e parto na modalidade domiciliar ou em centros de parto.

3. Instrumentos

Para a triagem das participantes foi utilizado o *Questionário de Avaliação de Violência no Parto* (Anexo B), desenvolvido por Palma & Donelli (2017) para avaliar a experiência de violência no parto. Através deste instrumento foram coletados dados sociodemográficos, de nível econômico, escolaridade, renda familiar, bem como questões de caráter clínico, como o local do parto, tipo de parto, desejo da via de parto no início e fim da gestação, quão intensas foram as vivências com os profissionais da saúde, sentimentos ligados a cada etapa do parto, se houve ou não complicações na gestação, etc. Por fim, o questionário também conta com itens que buscavam mapear as intervenções experienciadas pelas participantes durante o trabalho de parto e parto e sua avaliação geral dessas experiências.

Adicionalmente, foi utilizado um roteiro semiestruturado, elaborado pela pesquisadora (exposto abaixo). Os roteiros foram enviados para outros pesquisadores e juízes para que pudessem realizar uma avaliação e possíveis contribuições para a melhora deste. O roteiro conta perguntas disparadoras com o propósito de possibilitar uma maior fluidez e flexibilidade das temáticas abordadas nas conversas, além de possibilitar o surgimento de respostas mais espontâneas e a obtenção de informações sobre experiências das participantes. A questão norteadora deste roteiro será “Como foi a sua experiência no trabalho de parto e parto” e, a partir desta, todas as participantes poderão realizar seu relato de experiência.

3.1. Roteiro semiestruturado de perguntas disparadoras

- A. Como foi a sua experiência no trabalho de parto e parto? Fale um pouco sobre.
- B. Como você se sentiu durante as etapas do trabalho de parto? E durante o parto?
- C. Esse momento foi da forma que você planejava? Se não, o que gostaria que tivesse ocorrido de uma forma diferente?
- D. Hoje, como você se sente em relação à sua experiência de parto?

3.2. *Materiais*

Para a realização do presente estudo, foi necessário que as participantes, bem como a pesquisadora tivessem acesso a um dispositivo (computador, celular, *tablet*, etc) que possuísse conexão à internet e a possibilidade de comunicação por áudio e vídeo.

4. *Procedimentos*

4.1. *Triagem*

Primeiramente, foi realizado o recrutamento das participantes, como supracitado, na modalidade *online*, em redes sociais como *FaceBook*, *Instagram* e grupos de *WhatsApp*, através da divulgação de um convite para participação da pesquisa contendo uma figura com as principais informações a respeito desta, por cerca de seis semanas. O convite também contava com o *link* de redirecionamento para o TCLE e, mediante aceite, para o *Questionário de Avaliação de Violência no Parto*.

Após a etapa de recrutamento da participante, foi realizada a análise das respostas obtidas pelo instrumento, com o objetivo de identificar participantes que tivessem experienciado algum tipo de violência em seu trabalho de parto e/parto. A partir desta, foram selecionadas sete participantes, que atenderam aos critérios de inclusão e tiveram respostas correspondentes com experiências entendidas como violência obstétrica, identificadas no formulário de inscrição para participação na pesquisa. Estas participantes foram convidadas, por email ou outro meio de contato informado no formulário de inscrição, a participar da próxima etapa da pesquisa, o grupo focal temático.

4.2. *Coleta de dados*

O presente estudo se utilizou do método de grupo focal para a realização de coleta de dados. Esse método é baseado na proposição de Grupo Operativo de Enrique Pichon Rivière, um psiquiatra francês-suíço naturalizado argentino, que descreve este como “um conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna... que se propõe explícita ou implicitamente a uma tarefa, que constitui seu objetivo ou finalidade” (Pichon-Rivière, 1998 *apud* Servo & Araújo, 2012). O Grupo Focal, uma técnica de coleta de informações através das interações entre os participantes do grupo entre si e com a facilitadora, — nesse caso a pesquisadora — possibilitando uma compreensão de suas percepções, crenças e atitudes acerca do tema

proposto: violência obstétrica (Trad, 2019). Esse método age como um meio que possibilita o acesso aos conteúdos referentes a um fenômeno, nesse estudo, episódios de violência obstétrica e seus impactos psicológicos, através de uma ótica dialética, isto é, um trabalho em conjunto entre os participantes que, ao decorrer do encontro, se articulam em torno de uma temática específica, tornando esse um espaço de discussão e compartilhamento de experiências (Backes et al., 2011). Nesse sentido, a escolha dessa metodologia se deu, pois, levando-se em consideração que temática de violência tange conteúdos potencialmente sensíveis e geradores de sofrimento psíquico, a abordagem cordial, o ambiente confortável, a sensação de segurança e confidencialidade proporcionada pelo contexto e a possibilidade de identificação com os demais participantes no que se refere ao tema do grupo, se mostraram como formas de facilitar as discussões com a temática proposta. Ainda buscando a intensificação do acesso a esses conteúdos alvos deste estudo, sabe-se que a técnica de grupo focal possibilita uma maior problematização dos temas abordados se comparada às entrevistas individuais e, dessa forma, ocorreu um movimento de formação de opiniões, desenvolvimento ou mudanças destas ao longo da condução do grupo, de acordo com exposição de opiniões das demais participantes, ocorrendo, assim, uma modulação dessas opiniões, o que se mostra pertinente ao objetivo do estudo, pois através dessas construções e reconstruções de opiniões, é possível compreender as percepções acerca dos procedimentos realizados no trabalho de parto e parto enquanto violentos ou não e quais são os desdobramentos psicológicos destes. Ainda, o grupo focal se mostrou benéfico enquanto metodologia, pois adquiriu caráter terapêutico para as participantes do estudo, entendido a partir de seus relatos (Pelicioni, 2001).

Esse método é amplamente utilizado em pesquisas de caráter qualitativo, voltada para a interlocução entre os sujeitos componentes do grupo sobre uma determinada temática, neste caso, a violência obstétrica (Dall'Agnol, 2012; Servo & Araújo, 2012).

Para a coleta de dados, foram propostos dois encontros remotos de, em média, 90 minutos. O primeiro encontro foi pensado para viabilizar o relato livre de experiência de trabalho de parto e parto das participantes, enquanto o segundo teve o objetivo de promover o aprofundamento das discussões acerca dos tópicos previamente tratados no primeiro encontro.

Para isso, foram sugeridas às participantes algumas datas e horários para a realização desta primeira conversa e, devido à incompatibilidade de horário destas entre si, essa primeira etapa da coleta de dados foi realizada em dois momentos, nos quais foram aplicados os

mesmos procedimentos. Durante os encontros com estes dois grupos foi utilizado o roteiro semiaberto de perguntas disparadoras, elaborado previamente (*3.1 Roteiro semiestruturado de perguntas disparadoras*), que foi satisfatório para facilitar a construção da narrativa de relato de parto de cada participante.

Para o segundo momento de coleta de dados, foi realizado apenas um encontro com as participantes que puderam participar na data e horário que melhor atendia à conveniência das demais. Neste encontro, uma das participantes, que não havia podido participar de nenhum dos encontros anteriores, teve a oportunidade de compartilhar seus relatos de experiência com as demais antes do início da programação prevista para o segundo encontro. Após sua fala, foi exibido, através do compartilhamento de tela, um vídeo disparador de uma reportagem exibida no programa de televisão “Fantástico” da Rede Globo (Salomone & Santana, 2022), que tratava da temática da violência obstétrica, através de um relato de parto com experiências adversas vivido por uma influenciadora digital. Este vídeo foi eliciador de discussões a respeito da percepção e compreensão dos diferentes tipos de violências, assim como sobre os impactos psicológicos que essas experiências poderiam representar para as vítimas. Ao fim da reportagem, a pesquisadora utilizou-se da frase disparadora “O que vocês acharam da reportagem?” para iniciar as discussões.

4. Plano de Análise

Primeiramente, todos os encontros realizados foram transcritos e, a partir das transcrições das gravações, foi feita a leitura exaustiva do material e, posteriormente, a interpretação global dos dados. As análises foram realizadas de forma a identificar os temas convergentes presentes nas transcrições, buscando identificar categorias previstas e, também, emergentes nas falas, referentes aos impactos psicológicos da violência obstétrica experienciada por essas mulheres, através da categorização destes e validação por concordância entre juízes (inferência comparativa), que concede maior credibilidade às análises (Castro et al., 2011).

A análise do material gravado, como citado acima, foi realizada por meio das etapas da Análise de Conteúdo Qualitativa, utilizando os dois primeiros passos, que encontram-se a seguir: leitura exaustiva do material transcrito, identificação de categorias previstas e, também, emergentes e agrupamento das falas transcritas dentro dessas categorias. Como etapa

de finalização foram identificados os núcleos de sentido dentro das categorias, a fim de construir as práticas relatadas pelas participantes (Bardin, 2011).

O plano de análise contou com duas categorias pré-definidas de investigação, sendo elas as consequências psicológicas decorrentes da experiência de violência obstétrica e práticas e intervenções violentas realizadas durante o trabalho de parto e parto. Apesar da existência destas, as leituras exaustivas das transcrições evidenciaram o surgimento de duas categorias emergentes para análise de conteúdo, referentes à percepção e compreensão do fenômeno da violência e fatores de proteção subjetivos, não limitando-se, portanto, às categorias previstas.

Após as análises realizadas individualmente por cada juíza, foram feitas as comparações de categorização, que revelaram 100% de concordância entre estas, afirmando, assim, a fiabilidade das análises empreendidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de forma descritiva e de acordo com as categorias elencadas na análise de conteúdo realizada, a partir das transcrições dos encontros de grupo focal.

Primeiramente, será apresentada a caracterização da amostra (**ver tabela 1**) a partir de dados sociodemográficos, incluindo idade, nível econômico, escolaridade e em qual rede de saúde viveram suas experiências de trabalho de parto e parto, pública ou privada.

Tabela 1.: Caracterização da amostra

| Participante | Idade | Renda em salários mínimos | Escolaridade | Rede de saúde que teve o parto |
|---------------------|--------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| M. | 53 | 4 a 10 | Ensino médio completo | Pública |
| L. | 37 | 10 a 20 | Ensino Superior completo | Privada |

| | | | | |
|------|----|---------|--------------------------|-------------------|
| A. | 38 | 1 a 2 | Ensino Superior completo | Pública e Privada |
| P. | 45 | 4 a 10 | Ensino Superior completo | Privada |
| L.N. | 44 | 4 a 10 | Ensino Superior completo | Privada |
| M.S. | 55 | 10 a 20 | Ensino Superior completo | Privada |
| M.B. | 49 | 10 a 20 | Ensino Superior completo | Privada |

A partir da amostra acima exposta, é possível identificar que as participantes tinham idade média de 46 anos, em sua maioria, alto nível de escolaridade e, também, com renda superior a 4 salários mínimos. Essa caracterização, ainda, pode estar relacionada ao fato de que seis, dentre as sete participantes, tiveram seus partos em hospitais privados.

O quadro a seguir apresenta as falas das participantes que ilustram o eixo temático pré-estabelecido de consequências psicológicas decorrentes da violência obstétrica sofrida. Os trechos sublinhados verificam a seleção de tais falas.

Quadro 1.: Falas das participantes que ilustram o eixo temático: *Consequências psicológicas decorrentes da violência obstétrica sofrida.*

| |
|----------|
| Citações |
|----------|

“Meu plano era fazer parto normal [...] Eu concordei, claro, para a saúde de todos, minha e preservar o bebê, então falei “com certeza, vamos fazer a cesariana”, mas assim, como eu estava me preparando para um parto normal, então estava em uma expectativa de que seria maravilhoso, até mesmo a cesariana, que seria bem recebida, com aquela humanização toda para a qual eu estava sendo preparada, porém, chegando no hospital não foi assim, né? [...] eu me senti frustrada, foi uma frustração, eu lembro até hoje, porque eu achei que eles dariam essa atenção assim, por mais que eles já estejam acostumados, eu acredito que toda a equipe médica está acostumada, é só mais uma criança no mundo, mas para nós é completamente diferente, né?” (L.N.)

“Eu achei que eles fossem retirar o bebê, esperar parar de pulsionar o cordão umbilical, aquela magia maravilhosa que a gente aprende no cursinho, mas não é nada disso, pelo menos com a minha equipe, minha história não foi isso.” (L.N.)

“Minha experiência de parto foi meio desagradável, pois eu fiz pré-natal com o médico, mas o convênio ainda estava na carência, então acabei indo para o hospital público quando a bolsa estourou e, chegando lá, a médica me encaminhou para outro hospital e foi muito desesperador” (M.)

“Eu acho que não foi como eu esperei sabe? [...] chegou lá e eu tive aquele tratamento, me chocou, eu estava sozinha, sem meu marido, sem orientação, foi difícil, muito difícil. Eu me senti muito constrangida com tudo aquilo, judiada, largada, abandonada, foi muito triste.” (M.)

“E a minha expectativa é que fosse alguém, algum acompanhante para estar me confortando né? Me dando apoio, eu uma menina, ainda nova, em um hospital, totalmente cheio de pessoas desconhecidas, né? Não foi uma experiência legal, sabe?” (A.)

“Eu tive um certo estresse depois que o bebê nasceu [...] E ali, emocionalmente, a gente está muito abalada né, mãe de primeiro filho, tudo para a gente é novidade e aí, se você não tem um apoio, eu me senti com uma pressão muito grande das enfermeiras com relação à amamentação, uma pressão tremenda, até um certo desespero” (M.S.)

“Não tiveram aquele carinho, aquele afeto, não teve aquela coisa de ser humano, ela foi tratada com frieza, mesmo estando em hospital de convênio, né?” (M.)

“Hoje eu sei que fui maltratada e que não é daquela maneira que se trata um paciente, ainda mais uma mãe de primeira viagem ainda [...] ‘pô, como eu era bobinha, né? Não sabia me defender naquela época’” (M.)

“Tenho certeza que se ele [marido] estivesse ali na hora do parto, muitas coisas seriam diferentes, talvez, como ele participava ativamente nos cursos de doula, de parto humanizado, ele sempre estava comigo, estudávamos juntos, com certeza ele teria exigido que não tivesse cortado o cordão umbilical naquele momento, teria deixado parar de pulsar, teria pedido para ter esse contato pele a pele com a mãe, teria pedido para colocar a H. para amamentar assim que nasceu, com certeza ele teria lutado por mim [...] me senti muito dopada, sem reação nenhuma, então tenho certeza que se ele estivesse ali naquele momento, ele teria feito alguma coisa por nós, por nós três, ele teria exigido algumas coisas, até mesmo porque ele tinha conhecimento do plano de parto” (L.N.)

“[...] e aí me senti muito fragilizada, então acho que se eu tivesse pesquisado, lido, conversado com mães que já tinha tido filho, porque meu filho foi pegar o peito depois de dez dias, e aquela pressão toda que recebi na maternidade para não alimentá-lo na mamadeira e ele não pegava o peito, então pensa no meu desespero [...] lá na maternidade as enfermeiras fizeram um trabalho psicológico tão grande em mim, que eu me sentia uma mãe negligente em dar mamadeira, mas o bebê não pegava o peito, um desespero” (M.S.)

“Eu me senti bem desassistida [...] eu fiquei molhada o dia inteiro da bolsa, né? Então eu me senti agredida mesmo, foi uma violência.” (P.)

“Ah, eu me senti muito sozinha, eu queria, pelo menos, ter alguém ali para segurar minha mão, para me apoiar e me dar uma informação [...] da primeira (filha) eu acho que foi muita inexperiência né, eu deveria ter exigido, deveria ter falado que queria um acompanhante, deveria ter alguém do meu lado para me orientar e ir buscar recursos para que não fosse meio no descaso.” (P.)

“Quando vem com essas estatísticas para mim eu totalmente a favor da cesárea, mesmo sendo uma estudante de medicina, de saúde da mulher, eu não recomendo parto normal para ninguém, por coisas horríveis que a gente já viu, inclusive você vê o relato da P.” (L.)

“Estava em desespero falando para o meu marido ‘tira foto bem da cara dos bebês porque eu não vou ver as crianças e depois se alguém trocar eu não vou saber quem é’ (risos)” (L.)

“Eu ficava desesperada lá no lactário [...] mas mesmo assim, nos horários da madrugada que não era permitida a minha entrada, elas acabavam não recebendo pela validade do meu leite.” (L.)

“Eu sei que na saída do hospital eu não tenho nem foto, porque eu queria sair de lá correndo com medo de alguém desistir dessa alta. A gente correu para o carro, arrancamos as pulseiras, entramos no carro e saímos correndo para ir para casa.” (L.)

“O trauma não foi o parto, pois estava tudo combinado com o meu médico, o trauma veio no pós, porque não estava combinado com a equipe (risos)” (L.)

“Eu nunca comemorei o dia de alta delas, porque para mim é um dia que quero esquecer da minha vida, não quero que ele nem exista, só quero entender que a gente foi embora juntos para casa e foi tudo bem, sabe? E apagar isso, porque foi muito ruim, não tinha uma explicação médica” (L.)

“O meu trauma foi no parto normal, porque eu sofri muito [...] Deu mais de 40 dias e eu ainda não sentava direito, por isso que o meu segundo filho foi cesárea, eu fiquei tão traumatizada com o parto normal que eu disse ‘não quero, quero uma cesárea.’” (M.B.)

“Eu até falo que teria 20 cesáreas, mas nenhum parto normal, nenhum!” (M.B.)

“Eu acho que a gente voltando o tempo e pensando assim... dá uma revolta, uma tristeza, porque a gente passou por situações desnecessárias, né?” (P.)

“Fato que eu passei por uma violência, porque eu tinha isso guardado dentro de mim, essa mágoa assim” (M.)

“Por isso que eu disse, eu teria vinte partos, pelo que eu tive na minha experiência, vinte cesariana que foram tranquilas, bem acompanhada do que um parto normal que eu sofri muito. Chegou no pós-parto e eu ficava chorando e pensando ‘meu Deus, será que eu nunca mais vou parar de sentir dor?’ e nisso o nenê já estava com quase um mês, de tão sofrido que foi.” (M.B.)

“Eu já tinha visto essa matéria e ao vê-la novamente eu me emocionei tanto quanto na primeira, você se sente na pele da pessoa, toda aquela aflição, aquela angústia, porque a gente sabe como que é, agora você imagina que uma pessoa na posição dela, que procurou o melhor hospital, passou portudo isso, imagina quem vai naquele hospital público, não sei como está a demanda... então ver o vídeo me trouxe toda essa lembrança de novo, eu até chorei um pouquinho aqui, porque é para ser um momento que é para ser lindo na sua vida, porque você está trazendo o mundo uma pessoinha que você nem conhece ainda, mas já ama muito, é um momento especial na vida de qualquer mulher”

e ela é tratada como sei lá, não é nem como bicho, porque tem alguns bichos que são premiados e que tem toda uma assessoria, um cuidado... E a gente sendo tratada sei lá como.” (M.B.)

“A pior dor não é a física né? A pior dor é a emocional porque a física passou, mas a emocional a gente carrega e se não for trabalhando isso na nossa cabeça futuramente, ela vai até o final junto com a gente” (P.)

“[...] porque tudo que eu passei foi físico e mesmo assim eu não tinha noção que era uma violência, mas era. Mas a violência emocional, psicológica ficou, porque eu não consigo, às vezes, lembrar da dor do parto... eu lembro que eu passei tudo, mas isso não me dói tanto quanto o emocional, psicológico” (M.)

“[...] e a dor é tão grande... por exemplo, eu tive primeiro parto que eu fui separada, não pude nem ver as crianças, a maternidade era a melhor de São Paulo, mas no segundo parto, mesmo sendo a melhor, eu não consegui ter lá, eu tive que ter em outra maternidade, da mesma rede, mas outro endereço, outro ambiente, porque eu não podia nem ver aquele lugar, e agora, nesse semestre, eu vou passar na maternidade de São Carlos [estágio] (risos) e eu acho que vou reviver as minhas dores ali” (L.)

“Eu falei ‘olha Dr., eu quero ter meu segundo filho, mas eu já vou falar para o senhor, eu não quero que seja parto normal, porque se você falar para mim que eu tenho que ter parto normal, eu não vou ter esse segundo filho’ [...] ‘não, você não está entendendo, eu não quero parto normal’ [...] o trauma é grande. Eu tive em outro hospital também, eu fui visitar, pra você ter ideia, uns três ou quatro hospitais para saber qual eu me sentiria confortável para ter o bebê, tanto que meu segundo filho nasceu em um hospital longe da minha casa [...], mas você precisa ter toda essa acolhida, alguém que venha e te pegue pela mão para você sentir segurança em uma próxima gravidez, ou mesmo ter o acompanhamento desse profissional que te passa o conforto, o carinho, o profissionalismo dele, porque, realmente, as dores, por mais que a gente comente, fica difícil dizer como é que foi, mas o emocional da gente (risos) é forte, viu, tem que ser trabalhado muito bem para você superar!” (M.B.)

“Eu diria que eu só não tive violência psicológica referente ao parto, mas também com outras coisas, e eu busquei muita ajuda, muita terapia, muitas coisas e aí eu consegui superar.” (P.)

“[...] assim, foi um trauma que eu não sabia que tudo isso era violência também [...] foi bem legal, esclarecedor, e acho que se eu ainda tivesse a oportunidade de e mãe, hoje eu seria, mas com um novo pai, um novo médico, uma nova enfermeira, novo tudo (risos) para poder tirar o trauma do primeiro.” (M.)

“Saio daqui com mais repulsa pela ginecologia, ouvindo o que as colegas falaram é mais repulsa ainda, porque essas técnicas são de 1800 e bolinhas e continuam sendo replicada nos corpos das mulheres, principalmente daquelas que dependem do SUS, isso para mim é abominável” (L.)

Os trechos acima demonstram que as consequências psicológicas identificadas neste estudo estão ligadas, principalmente, à quebra de expectativas que houve no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e, conseqüentemente, o surgimento do sentimento de frustração, reportado diversas vezes nas falas das participantes. A gravidez é um momento de muitos anseios na vida de uma gestante, dotada de muitas idealizações e planos, incluindo os feitos para o parto e pós-parto. Assim, criam-se muitas expectativas para este momento,

especialmente para as gestantes que têm conhecimento e se utilizam de um plano de parto, sobre qual via de parto gostaria, procedimentos que não têm autorização para serem realizados, quem pretende ter como acompanhante, bem como outros diversos desejos para esse momento. Atentando-se para esse aspecto, podemos compreender falas como “chegando no hospital não foi assim, né? [...] eu me senti frustrada”, “eu acho que não foi como eu esperei sabe? [...] chegou lá e eu tive aquele tratamento, me chocou, eu estava sozinha, sem meu marido, sem orientação, foi difícil, muito difícil” e “hoje eu sei que fui maltratada e que não é daquela maneira que se trata um paciente, ainda mais uma mãe de primeira viagem ainda”, a representação dessa quebra de expectativas, por um viés negativo, uma vez que, como as participantes mencionam, esperavam humanidade e afeto no cuidado médico e, ao contrário disso, viveram experiências adversas de violência obstétrica, isto é, há uma ambivalência de sentimentos experienciados no parto, assim, um momento que para muitas mulheres é único e egrégio, prosperador de bons sentimentos, acaba por se tornar um evento conturbado, violento e traumático.

Observando com atenção as falas apresentadas acima, percebemos que o trauma se mostra como uma consequência psicológica comum entre a maioria das participantes. Em uma experiência traumática, as vítimas tendem a ter pensamentos intrusivos relacionados ao evento em questão, identificado na riqueza de detalhes presentes nos relatos das participantes sobre a experiência de violência obstétrica, mesmo após muitos anos do acontecimento desta. Estes pensamentos intrusivos podem levar a pessoa a experimentar flutuações de humor como negação, estresse, apatia, sensação de perda de controle ou outros sintomas residuais, que pode se desdobrar em diferentes níveis de respostas emocionais e comportamentais decorrentes do trauma vivido, a depender do nível de maturação biológica da pessoa, a natureza do trauma experienciada —isto é, o grau de severidade—, a existência ou não de uma experiência traumática anterior e a disponibilidade de rede de apoio que a vítima tem (Elbert & Schauer, 2002; Kolk, B. A., 1989). Além da própria palavra ‘trauma’ mencionada com frequência nos relatos, por exemplo, “[...] o trauma veio no pós (parto)”, “O meu trauma foi no parto normal, porque eu sofri muito” e “foi um trauma que eu não sabia que tudo isso era violência também”, podemos compreender a presença dele em relatos indiretos, relacionados às vivências de desamparo, constrangimento, impessoalidade da equipe médica e vulnerabilidade do contexto, que exemplificam os mecanismos do trauma psicológico como “[...] eu sou totalmente a favor da cesárea, mesmo sendo uma estudante de medicina, de saúde da mulher, eu não recomendo parto normal para ninguém, por coisas horríveis que a gente já

viu” e “por isso que eu disse, eu teria vinte partos, pelo que eu tive na minha experiência, vinte cesariana que foram tranquilas, bem acompanhadas, do que um parto normal que eu sofri muito.”, que revelam uma evitação ao evento estressor, as experiências de parto normal, vividos e relatado pelas demais participantes; “eu sei que na saída do hospital eu não tenho nem foto, porque eu queria sair de lá correndo com medo de alguém desistir dessa alta.”, “no segundo parto, mesmo sendo a melhor (maternidade), eu não consegui ter lá, eu tive que ter em outra maternidade, da mesma rede, mas outro endereço, outro ambiente, porque eu não podia nem ver aquele lugar”, falas que retratam as respostas comportamentais evitativas decorrentes do trauma experienciado durante a estadia no hospital para o parto e pós-parto imediato, que tem a função de furtar-se de uma nova experiência traumática. Ainda, é possível identificar uma especificidade nos relatos das participantes que vivenciaram o parto normal; em tais casos, os relatos compatíveis com a experiência de trauma se mostraram mais intensos, com falas que refletem a aversão a essa via de parto específica, sendo estes mais proeminentes comparados à natureza dos relatos das participantes que tiveram partos cesáreos. Uma hipótese é que, em decorrência da maior duração de um trabalho de parto normal, há, também, a possibilidade da realização de mais intervenções dolorosas e desnecessárias, bem como inconveniências e maus tratos da equipe para com a parturiente que está sob seus cuidados por tempo prolongado.

Uma reflexão importante, presente nos relatos das participantes, concerne a comparação entre as dores físicas e as psicológicas e como foi o processo de digestão e elaboração destas. Um conteúdo comum entre os relatos é a perpetuação das memórias dolorosas e traumáticas, contrariamente à experiência de dor física, que, segundo estas, não tiveram tanto impacto negativo prolongado quanto as experiências psicológicas violentas. Podemos observar este contraponto nos seguintes trechos: “A pior dor não é a física né? A pior dor é a emocional porque a física passou, mas a emocional a gente carrega e se não for trabalhando isso na nossa cabeça futuramente, ela vai até o final junto com a gente” e “[...] porque tudo que eu passei foi físico e mesmo assim eu não tinha noção que era uma violência, mas era. Mas a violência emocional, psicológica ficou, porque eu não consigo, às vezes, lembrar da dor do parto... eu lembro que eu passei tudo, mas isso não me dói tanto quanto o emocional, psicológico”.

Por fim, foi possível identificar que a proibição da presença de um acompanhante ou a ausência de um se mostrou com um fator intensificador de sofrimento psíquico para as participantes, observadas nas falas “[...] e a minha expectativa é que fosse alguém, algum

acompanhante para estar me confortando né? Me dando apoio, eu uma menina, ainda nova, em um hospital, totalmente cheio de pessoas desconhecidas, né? Não foi uma experiência legal, sabe?”, “Tenho certeza que se ele [marido] estivesse ali na hora do parto, muitas coisas seriam diferentes [...]” e “[...] chegou lá e eu tive aquele tratamento, me chocou, eu estava sozinha, sem meu marido, sem orientação, foi difícil, muito difícil. Eu me senti muito constrangida com tudo aquilo, judiada, largada, abandonada, foi muito triste”, isto é, a vulnerabilidade inerente ao trabalho de parto e parto associada à solidão, como previamente descrito no presente estudo, implicou no aumento do desconforto, da ansiedade e sentimento de insegurança, ainda que este fosse um direito garantido pela Lei do Acompanhante, lei nº 11.108 (2005).

Assim como a proibição da presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, muitas outras práticas violentas foram relatadas na coleta de dados pelas participantes e estão ilustradas no quadro abaixo.

Quadro 2.: Falas das participantes que ilustram o eixo temático: *Práticas violentas sofridas durante o parto.*

| |
|-----------------|
| Citações |
|-----------------|

“(A médica disse) esquece que você vai ter um parto normal, esquece isso, seu parto vai ser cesariana, vamos torcer pra gente conseguir segurar o bebê até a 38ª semana para ele não nascer prematuro e assim, você vai trabalhando, mas já saiba que você não vai passar sua gravidez inteira no trabalho” (M.S.)

“Eles simplesmente começaram a me colocar os aparelhos, troquei a roupa, me levaram já para a sala de cirurgia, foi tudo muito rápido, meu marido teve que vir pra casa pegar os meus documentos, né? E ele não participou em momento algum do parto, pois quando ele chegou, a H. já estava forada barriga, já estava até tomada banho e, enfim, a médica foi bem mecanizada, ela chegou, quase nem se apresentou, e não me perguntou qual era meu desejo, se era meu primeiro filho, se eu já tinha outras experiências de parto, [...] enfim, nada. E ali foi, ela tirou a H., fez a cesariana e meu marido, quando chegou, eles já estavam terminando de me costurar e foi assim, bem mecanizado mesmo, nada daquilo que eu estava imaginando que fosse.” (L.)

“Eu não estava totalmente depilada, levei bronca da enfermeira, foi um constrangimento total e eu disse ‘não precisa ficar chateada, eu mesma me depilo’ e ela me impediu” (M.)

“[...] Aí eu me desesperei porque fui orientada no pré-natal que provavelmente eu teria cesárea pelo tamanho da bebê [...] não tinha dilatação suficiente”

“Aí me colocaram no soro [...] quem me colocou o soro foi uma faxineira” (M.)

“(O médico disse) ‘infelizmente vou ter que puxar seu bebê com fórceps’ porque eu não tinha mais força pra colocar o bebê para fora, aí duas enfermeiras subiram na minha barriga, começaram a tentar expulsar o bebê e eu não conseguia” (M.)

“O pré-natal com um médico que desde o início disse ‘olha, por você não ter dilatação suficiente, você vai ter um parto cesárea’” (M.)

“Eles me deram alta no dia seguinte do parto e ela não, ela teve que ficar o tempo necessário no hospital. Por que eles me liberaram antes? Porque não tinha leito suficiente para todos os pacientes, então eles tiveram que liberar o leito” (M.)

“Quando eu já estava lá na mesa para nascer, fizeram a mesma manobra que fizeram na M. [...] e eu não tive o contato pele a pele, o bebê não chorou, levaram ele para uma sala ao lado e depois trouxeram ele chorando, essa foi a primeira experiência, eu também não tive direito a acompanhante, eu era de menor em um hospital sozinha, tudo errado!” (A.)

“Ah, eu esqueci de falar uma coisa do primeiro parto, fizeram episiotomia, sabe?” (A.)

“Eu esqueci, eu também tive isso (episiotomia) no meu parto, porque como o médico do pré-natal dizia que eu teria que fazer a cesárea porque o bebê era grande, o médico que me atendeu de plantonista não acreditou, mas a bebê era grande e não tinha passagem suficiente, então tiveram que fazer esse corte aí.” (M.)

“E outra coisa que aconteceu, no primeiro banho meu lá no puerpério, me deixaram sozinha lá no banheiro, e eu estava fraca porque eu fiz muita força no parto, aí eu desmaiei no banheiro, no chuveiro e quando as enfermeiras chegaram eu estava lá caída e sem acompanhante de novo, né?” (A.)

“Fiquei sem acompanhante de novo [...] teve momentos não tão legais eu foi a falta de acompanhante.” (A.)

“No hospital que a minha filha nasceu, em nenhum momento eles disseram para o pai da minha filha entrar comigo nem nada, não falaram nada e ficou por isso mesmo” (M.)

“[...] porque eu não conseguia amamentar e lá na maternidade elas faziam uma pressão muito grande e a gente passando por toda aquela dificuldade de ter um bebê prematuro e tudo mais...” (M.S.)

“A médica foi bem fria, bem mecanizada, é só mais uma, só mais um bebê e, assim, sem exagero, o parto demorou acho que 10 minutos” (L.N.)

“Porque depois que você dá a luz, você vai para aquela sala de observação e o bebê sai dali, né? Eu acredito que eles tenham dado sim fórmula para ela” (L.N.)

“ Fiquei sozinha, não pude ter acompanhante” (P.)

“O outro médico olhou e disse ‘não, você não vai passar pelo parto normal, você vai passar por uma cesárea porque você não tem dilatação’ então, ainda nessa época se usava aquele soro, não me lembro o nome, mas eu sei que é para adiantar o processo, para dar as contrações e tudo, e eu não tive contração.” (P.)

“Eu ouvi o choro e eu queria ver, né? Aí eu lembro que falei ‘Cadê o bebê?’ e eles falaram ‘daqui a pouco já vem’, porque acho que foram fazer alguns procedimentos.” (P.)

“Quando eu cheguei no hospital eles já falaram ‘olha, ela vai subir sozinha, não tem direito a ficar ninguém, vocês vão esperar aqui embaixo” (P.)

“(A médica dizia) ‘parto normal para você não vai acontecer, esteja ciente disso desde o início’” (L.)

“Não trouxeram as nenês para eu ver [...] eu não podia ver minhas filhas em nenhum momento (risos), não senti o cheiro, não vi, não sabia se tinha chorado, não vi nada não podia entrar nem o pai, nem a mãe, nem ninguém, nem minha irmã que era enfermeira, entendeu? Ninguém tinha notícia das crianças” (L.)

“(A enfermeira disse) ‘senta aí que você vai dar de mamar para a filha 2’ e eu falei ‘e a filha 1?’ e eu falei ‘mas por quê?’ Eu estava com os peitos imensos (risos). ‘Não, porque é regra do hospital, ou você amamenta uma ou amamenta a outra e a filha 2 está precisando mais, a filha 1 está sondada’ [...] em um dia ela sacou cinco sondas” (L.)

“Colocaram ela (filha) em jejum, aí passaram um cateter nela para ela tomar nutrição pela veia, tudo sem falar comigo, me dando autorização das coisas para eu assinar depois do que tinha acontecido, e não era nenhum procedimento de emergência” (L.)

“(A médica deu alta com um) Discurso ‘você não vai conseguir amamentação, tira isso da sua cabeça!’ já deu a receita da fórmula pra mim” (L.)

“Ele (médico) já falou para mim ‘nosso plano vai ser outra cesárea’” (L.)

“Comunicação zero do hospital se minhas filhas estavam bem. Teve um dia que morreram trigêmeos na sala de UTI que elas estavam e eu cheguei lá e não podia entrar, e eu não sabia o que estava acontecendo, simplesmente ninguém falava nada. Aí você escutava um zumzumzum de mãesdaquela sala ‘ah, morreu criança lá’ e eu não sabia se eram as minhas, ninguém falava nada e isso pra mim foi desesperador, desesperador mesmo.” (L.)

“Eles me aplicaram o soro e a médica já me disse ‘olha, não adianta chorar, não adianta gritar, não adianta xingar seu marido, porque não resolve’ [...] Na hora que colocaram o soro, na segunda-feira, e o jeito que a médica falou comigo, como se eu tivesse feito alguma coisa errada e estava sendo punida, tipo ‘ó, vou colocar isso aqui, você não grita, etc’ eu acho que não é um jeito de se tratar quem está tendo um filho, sentindo dor, você está muito fragilizada, muito fragilizada e ter uma pessoa falando com você de forma grosseira” (M.B.)

“Duas enfermeiras, médicas, não sei o que eram, subiram [na minha barriga], uma de cada lado e empurraram para ele poder descer. [...] eles fizeram aquele corte e colocaram uma bolsa de gelo no meio das minhas pernas e falaram ‘está tudo normal’, mas eu fiquei bem mal, viu gente.” (M.B.)

“[...] e o fato de virem várias pessoas fazerem o toque para ver se está bem, por mais que seja um acompanhamento, mas é estranho você ser acompanhada por várias pessoas diferentes.” (M.B.)

“Eu tive só a visita, não pude ter acompanhante no primeiro (parto)” (M.B.)

“Não me lembro se trouxeram (o bebê) no mesmo dia, eu não lembro mesmo, ou se foi no dia seguinte que trouxeram ele para mim, mas não foi rápido não, isso eu tenho certeza.” (M.B.)

“Eu tive esse “pique” que eles falaram, sem me consultar, sem nada. Antes do nenê nascer, eu fiquei em uma salinha sozinha, não teve ninguém para segurar a minha mão, nada. Subiram em cima de mim duas pessoas para fazer esse procedimento de empurrar o bebê, e eu inocente não imaginei que tudo isso... E eu também tomei o remédio para ter dor (soro), para fazer a coisa caminhar” (M.B.)

“Eu tive tudo isso e muito mais, esse pique, das enfermeiras subirem na barriga, esse caso que tiveram que usar o fórceps para a minha filha nascer” (M.)

“Eu já ouvi relatos de mulheres que quando tiveram parto normal e fizeram o pique na vagina, os médicos disseram depois ‘ah, vou dar um pontinho a mais aqui, porque seu marido vai sentir mais prazer’, é o tamanho do machismo, do egoísmo da figura ‘macho’, tipo ‘eu sou macho então preciso sentir mais prazer’, então ele dá um pontinho a mais, não pensando na saúde da mulher, mas sim que o macho alfa lá na casa daquela mulher vai sentir muito mais prazer com ela, porque o mito é que ela vai ficar flácida e ele não vai mais sentir prazer, para você ver o tamanho da ignorância do homem.” (L.)

“Dra. F., foi uma máquina, robô. Chegou lá, mal se apresentou, fez o que tinha que ser feito, não conversou, não perguntou nada, não sabia quais eram meus desejos, apesar de eu ter um plano de parto feito” (L.)

Este estudo discutiu diversas práticas violentas realizadas na obstetrícia e os malefícios já percorridos na literatura e, portanto, os relatos das participantes acerca de práticas e intervenções violentas experienciadas no trabalho de parto, parto e pós-parto reforçam os riscos e danos anteriormente descritos.

Entre as queixas mais comuns nos relatos está a impessoalidade da equipe médica, isto é, a carência de conduta humanizadas para com as parturientes e de estabelecimento de vínculo com a paciente, com pouco afeto, acolhimento e empatia, tratando-as com frieza e

realizando procedimentos sem endereçar a presença e a fragilidade dessas parturientes, posturas estas, também retratadas em Leal et al. (2019). Estes comportamentos estão expressos em falas como “eles simplesmente começaram a me colocar os aparelhos, troquei a roupa, me levaram já para a sala de cirurgia, foi tudo muito rápido”, “Dra. F., foi uma máquina, robô. Chegou lá, mal se apresentou, fez o que tinha que ser feito, não conversou, não perguntou nada, não sabia quais eram meus desejos, apesar de eu ter um plano de parto feito”, “a médica foi bem fria, bem mecanizada, é só mais uma, só mais um bebê e, assim, sem exagero, o parto demorou acho que 10 minutos”, bem como relatos de descasos, falta de comunicação e negligência como “não me lembro se trouxeram (o bebê) no mesmo dia, eu não lembro mesmo, ou se foi no dia seguinte que trouxeram ele para mim, mas não foi rápido não, isso eu tenho certeza.”, “no primeiro banho meu lá no puerpério, me deixaram sozinha lá no banheiro, e eu estava fraca porque eu fiz muita força no parto, aí eu desmaiei no banheiro, no chuveiro e quando as enfermeiras chegaram eu estava lá caída e sem acompanhante de novo, né?”, “eles me deram alta no dia seguinte do parto e ela não, ela teve que ficar o tempo necessário no hospital. Por que eles me liberaram antes? Porque não tinha leito suficiente para todos os pacientes, então eles tiveram que liberar o leito”, e “Comunicação zero do hospital se minhas filhas estavam bem. Teve um dia que morreram trigêmeos na sala de UTI que elas estavam e eu cheguei lá e não podia entrar, e eu não sabia o que estava acontecendo, simplesmente ninguém falava nada”, além das falas hostis e causadoras de constrangimento ditas pelos médicos e enfermeiros, por exemplo, “a médica já me disse ‘olha, não adianta chorar, não adianta gritar, não adianta xingar seu marido, porque não resolve’[...] eu acho que não é um jeito de se tratar quem está tendo um filho, sentindo dor, você está muito fragilizada, muito fragilizada e ter uma pessoa falando com você de forma grosseira”, “(A médica deu alta com um) Discurso ‘você não vai conseguir amamentação, tira isso da sua cabeça!’ já deu a receita da fórmula pra mim” e “eu não estava totalmente depilada, levei bronca da enfermeira, foi um constrangimento total e eu disse ‘não precisa ficar chateada, eu mesma me depilo’ e ela me impediu”, esta última relacionada não apenas ao constrangimento, mas à exigência desnecessária da tricotomia, isto é, a retirada do pelo púbico para o parto por via vaginal, uma prática despropositada, uma vez que não existam evidências científicas que a embasem (Basevi & Lavender, 2014; Chalmers et al., 2009; Chen & Wang, 2006; Diniz, 2005; Kovavisarach & Habanananda, 2013; Ministério da Saúde, 2017; Tesser et al., 2015).

Ainda sobre a postura médica, foi identificada, nos relatos, a postura impositiva dos profissionais de saúde, que ilustram as reflexões feitas no início do presente estudo, a respeito

do movimento de perda de autonomia das parturientes sobre seus próprios corpos e processos fisiológicos, que deram lugar à postura de passividade dessas mulheres, frente à hospitalização do parto e a construção da imagem do médico como detentor de todo o conhecimento, portanto, capaz de decidir o que será feito nesses corpos, sem que haja uma decisão conjunta, que considere os desejos da paciente. Estas condutas médicas, também, são motivadas pela própria conveniência financeira e comodidade destes, regidos pela lógica de que quanto mais rápido for um parto, menos tempo este precisará despender nesta assistência, possibilitando-o de atender outras pacientes em seus consultórios particulares, o que os levam a realizar intervenções visando a aceleração do processo de parto (Andrade, M. A. C. & Lima, 2014; Leal et al., 2019; Oliveira & Penna, 2018; Rocha & Ferreira, 2020; Zanardo et al., 2017). Nesse sentido, através das falas das participantes que contam sobre as condutas médicas, podemos observar essas imposições na escolha da via de parto das parturientes pelo médico, “Ele (médico) já falou para mim ‘nosso plano vai ser outra cesárea’”, “(A médica disse) esquece que você vai ter um parto normal, esquece isso, seu parto vai ser cesariana”, “opré-natal com um médico que desde o início disse ‘olha, por você não ter dilatação suficiente, você vai ter um parto cesárea’”, “o médico olhou e disse ‘não, você não vai passar pelo parto normal, você vai passar por uma cesárea porque você não tem dilatação’”, bem como na decisão de fazer a administração de ocitocina venosa, conhecida como ‘soro’, utilizada para promover as contrações uterinas e acelerar o trabalho de parto, “ainda nessa época se usava aquele soro, não me lembro o nome, mas eu sei que é para adiantar o processo, para dar as contrações e tudo, e eu não tive contração.”, “aí me colocaram no soro [...] quem me colocou o soro foi uma faxineira”, “[...] e eu também tomei o remédio para ter dor (soro), para fazer a coisa caminhar”, realizar a episiotomia, popularmente conhecida como “pique”, “eu também tive isso (episiotomia) no meu parto, porque como o médico do pré-natal dizia que eu teria que fazer a cesárea porque o bebê era grande”, “Eu tive esse “pique” que eles falaram, sem me consultar, sem nada.”, “duas enfermeiras, médicas, não sei o que eram, subiram [na minha barriga], uma de cada lado e empurraram para ele poder descer. [...] eles fizeram aquele corte”, solicitar às enfermeiras a realização da manobra de Kristeller, ainda que existam fortes recomendações da literatura científica e da Organização Mundial de Saúde para a não realização desta, devido aos riscos aqui já mencionados, “(O médico disse) ‘infelizmente vou ter que puxar seu bebê com fórceps’ porque eu não tinha mais força pra colocar o bebê para fora, aí duas enfermeiras subiram na minha barriga, começaram a tentar expulsar o bebê e eu não conseguia”, “quando eu já estava lá na mesa para nascer, fizeram a mesma manobra (de Kristeller) que fizeram na M.”, “subiram em cima de mim duas pessoas para fazer esse

procedimento de empurrar o bebê, e eu inocente não imaginei que tudo isso [...]”, “eu tive tudo isso e muito mais, esse pique, das enfermeiras subirem na barriga, esse caso que tiveram que usar o fórceps para a minha filha nascer”.

Além dos pontos contemplados acima, é possível perceber a presença de diversas práticas nocivas, segundo os relatos das participantes, causadoras de sofrimento psíquico, por exemplo, o desrespeito aos desejos da parturientes, o corte precoce do cordão umbilical, o impedimento do contato pele a pele inicial do bebê com a mãe logo após ao nascimento, exemplificado nos seguintes relatos das participantes: “ ele (marido) teria pedido para ter esse contato pele a pele com a mãe, teria pedido para colocar a H. para amamentar assim que nasceu, com certeza ele teria lutado por mim [...]”, “e eu não tive o contato pele a pele, o bebê não chorou, levaram ele para uma sala ao lado e depois trouxeram ele chorando” e “não trouxeram as nenês para eu ver [...] eu não podia ver minhas filhas em nenhum momento (risos), não senti o cheiro, não vi, não sabia se tinha chorado”, assim como pressões da equipe para a amamentação, ou impedimento desta e, ainda, uma série de intervenções não autorizadas realizadas ao longo do trabalho de parto, parto e pós-parto, tal como “(A enfermeira disse) ‘senta aí que você vai dar de mamar para a filha 2’ e eu falei ‘e a filha 1?’ e eu falei ‘mas por quê?’ Eu estava com os peitos imensos (risos). ‘Não, porque é regra do hospital, ou você amamenta uma ou amamenta a outra e a filha 2 está precisando mais”, “Eu tive esse “pique” que eles falaram, sem me consultar, sem nada”, “colocaram ela (filha) em jejum, aí passaram um cateter nela para ela tomar nutrição pela veia, tudo sem falar comigo, me dando autorização das coisas para eu assinar depois do que tinha acontecido, e não era nenhum procedimento de emergência”, “[...] porque eu não conseguia amamentar e lá na maternidade elas faziam uma pressão muito grande e a gente passando por toda aquela dificuldade de ter um bebê prematuro e tudo mais...”.

Por último, uma prática relatada pela maior parte das participantes e que, comodiscutido anteriormente, foi causa de muito sofrimento psíquico é a proibição da entrada de um acompanhante durante toda a estadia no hospital, um direito previsto em lei, mas ainda muito desrespeitado pelos hospitais. Podemos observar esta questão nas falas: “essa foi a primeira experiência, eu também não tive direito a acompanhante, eu era de menor em um hospital sozinha, tudo errado!”, “e eu estava fraca porque eu fiz muita força no parto, aí eu desmaiei no banheiro, no chuveiro e quando as enfermeiras chegaram eu estava lá caída e semacompanhante de novo, né?”, “fiquei sem acompanhante de novo [...] teve momentos não tão

legais que foi a falta de acompanhante.”, “Fiquei sozinha, não pude ter acompanhante” e “eu tive só a visita, não pude ter acompanhante no primeiro (parto)”.

Ainda que não fosse a intenção inicial do presente estudo, através da análise das respostas obtidas pelo instrumento de triagem “*Questionário de Avaliação de Violência no Parto*”, pudemos perceber que, apesar de assinalar muitas respostas que indicavam intervenções e práticas violentas, ao final do questionário, na pergunta que busca avaliar o grau de satisfação com o parto, as participantes atribuíram uma nota alta, sugerindo, portanto, que, possivelmente, essas mulheres não teriam total entendimento acerca da natureza violenta de suas vivências. Assim, a percepção e compreensão das participantes a respeito da violência surgiu como um eixo temático a ser explorado e analisado a partir dos relatos.

Quadro 3.: Falas das participantes que ilustram o eixo temático: “*Percepção e compreensão da violência por elas.*”

| |
|-----------------|
| Citações |
|-----------------|

“Não teve acolhimento nenhum, nessa questão de dar esse suporte para a primigesta que eu era.” (A.)

“Eles tinham que desocupar leito né, como se fosse ‘vai ali, pariu, e se manda, deixa o bebê lá’ então é uma coisa muito esquisita, desumana eu acho” (M.)

“[...] então essa foi a pressão que eu sofri” (M.S.)

“Talvez o problema não esteja com o convênio ou com o hospital, e sim o fato do médico não ter aquela coisa, sabe? Aquele tratamento humano com o paciente” (M.)

“Uma máquina, né? Trata a gente com uma frieza total.” (M.)

“[...] mas as marcas são mais positivas do que negativas. O único estresse que eu tive durante esse período foi na questão da amamentação, de resto foi tranquilo” (M.S.)

“Mas hoje eu tendo conhecimento do que é certo e errado, eu vejo que houve muitos erros em tudo que aconteceu no meu parto, então se fosse hoje, eu acho que brigaria para ter mais respeito” (M.)

“O meu primeiro parto foi o que achei que teve violência” (P.)

“Não tinha nada que me desse uma segurança. E eu acho que ficar sozinha foi o pior, né? Precisava de um apoio nesse momento, já que era minha primeira gestação, meu primeiro parto, então acredito que a sensação de estar desprotegida e sem apoio foi o que pesou bastante.” (P.)

“Ah, eu gostaria de ter um acompanhante do meu lado, né? Eu gostaria que tivesse tido um médico mais parceiro, que tivesse mais envolvimento” (P.)

“(Eu questioneei) ‘então por que nós estamos aqui se tiveram um Apgar nove, dez? Por que nós estamos aqui agora?’ (risos) e ninguém me explicava e nem me dava informação nenhuma [...] (tive que) entrar com uma representação judicial para amamentar, então nós entramos, saiu a liminar e o hospital tinha que deixar eu amamentar as 24 horas as duas, porque eu tinha leite para as duas, né?” (L.)

“Eu queria ter sido informada mais, né? Ter informações das minhas filhas. Ficar das 18h às 6h da manhã sem informação nenhuma, é muito ruim” (L.)

“Nossa, eu passei por tanta coisa e nem sabia que estava passando por violência. [...] olha, eu estou surpresa e chocada (risos). Eu sofri uma violência e nem sabia que tinha acontecido isso comigo, é surpreendente.” (M.B.)

“Eu também fui surpreendida com as coisas, não sabia que eu tinha passado por uma violência de parto, em ficar sozinha, ficar horas, em tomar esse remédio, tudo... Hoje a gente tem essa referência de pensar o quanto nosso corpo é nosso mesmo, as decisões são nossas, mas na época, há vinte e poucos anos atrás, o meu corpo estava a mercê daquela equipe, daquela situação.” (P.)

“A gente só tem noção hoje do que a gente passou, mas foi complicado, sem contar que eu tenho noção disso tudo através da minha filha [...] mas eu não sabia que seria uma violência aquilo ali” (M.)

“Só tive aquele episódio, como as gêmeas nasceram prematuras, da separação precoce, de eu não poder ver, mas o parto em si não, tudo foi respeitado do jeito que eu queria” (L.)

“No parto normal [...] ela (a mulher) não pode passar por inúmeras intervenções do jeito que é feito, porque assim, do jeito que eles fazem parto normal hoje, não tem nada de normal, é um absurdo, para mim é um absurdo!” (L.)

“Qualquer procedimento que você vai fazer, você tem que dar seu consentimento por escrito, então por que eu não posso opinar e decidir junto ao médico, por que tem que ser uma decisão unilateral?” (L.)

“Hoje eu sei que fui maltratada e que não é daquela maneira que se trata um paciente, ainda mais uma mãe de primeira viagem ainda [...] ‘pô, como eu era bobinha, né? Não sabia me defender naquela época’” (M.)

“A gente passa de um papel ativo, no qual eu decido sobre o meu corpo, para um papel secundário naquele momento que é tão importante na sua vida, então acho que a mulher deve ser ouvida” (L.)

“Acho que o que eu passei não tinha essa humanidade que tinha que ter um médico. Porque a gente ficava grávida e ia para o hospital e as outras mulheres aconselhavam que a gente ficasse quieta, não gritasse e não se manifestasse na dor porque o tratamento seria pior. Então já tínhamos isso tão como cultura, a gente já ia para o hospital pensando que ia ser terrível.” (M.B.)

“Agora no parto normal, que o cara fez o que fez com essa influencer digital e fazem hoje que a mulher tem que ficar deitada para ter um filho, eu nunca nem vi um animal, porque nosso somos animais racionais, ter filho deitado, eu sempre vi, presenciei o parto de um animal ou uma mulher, ela está agachada, é a gravidade, ela precisa disso [...] quem sabe em cócoras ela teria tido uma experiência melhor de parto normal.” (L.N.)

“Ah, eu fiquei chocada de descobrir (risos) que eu tinha sofrido tantas violências e era tão inocente, você vai para o abatedouro” (M.B.)

“O pai da ginecologia moderna é um médico americano que testou essas técnicas, que fazem hoje em várias pessoas, em corpo de mulheres negras como eu, então já é uma antipatia desde aí, acho que isso é ultrapassado, a gente deveria evoluir e vamos lá, fazer o parto do jeito que a mulher se sentir melhor e não ficar nesse compêndios de G.O. [ginecologia e obstetrícia] reproduzindo essas técnicas, episiotomia, [manobra de] Kristeller não é ideal.” (L.)

Para este eixo temático emergente, foram selecionados trechos dos relatos das participantes que indicavam o nível de esclarecimento destas a respeito das experiências violentas vivenciadas no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Algumas participantes pareciam conseguir identificar uma estranheza em alguns acontecimentos de seus trabalhos de parto e tinham noção que não deveriam ser tratadas daquela forma, por exemplo, nas seguintes falas: “não teve acolhimento nenhum, nessa questão de dar esse suporte para a primigesta que eu era.”, “talvez o problema não esteja com o convênio ou com o hospital, e sim o fato do médico não ter aquela coisa, sabe? Aquele tratamento humano com o paciente”, “uma máquina, né? Trata a gente com uma frieza total.”, “não tinha nada que me desse uma segurança. E eu acho que ficar sozinha foi o pior, né? Precisava de um apoio nesse momento,

já que era minha primeira gestação, meu primeiro parto, então acredito que a sensação de estar desprotegida e sem apoio foi o que pesou bastante.”, “ah, eu gostaria de ter um acompanhante do meu lado, né? Eu gostaria que tivesse tido um médico mais parceiro, que tivesse mais envolvimento” e “acho que o que eu passei não tinha essa humanidade que tinha que ter um médico”, percebemos que há uma sensibilização da percepção da impessoalidade da equipe médica, a frieza e a falta de acolhimento durante a assistência prestada.

Muitas práticas violentas na obstetrícia são realizadas há muitas décadas (Leal et al., 2019; Rattner, 2009; Zanardo et al., 2017) e, por consequência, foram naturalizadas culturalmente, implicando no aumento da tolerância e até conformidade com a realização destas. No entanto, apesar dessa naturalização, foi possível identificar nos relatos de algumas participantes que a consciência e compreensão sobre tais práticas foi criada ao longo dos anos, após o contato com maiores informações a respeito dessa temática, uma participante, inclusive, depois de iniciar a graduação de medicina. Isso pôde ser identificado nos seguintes trechos dos relatos: “[...] eles tinham que desocupar leito né, como se fosse ‘vai ali, pariu, e semana, deixa o bebê lá’ então é uma coisa muito esquisita, desumana eu acho”, no qual a participante conta que recebeu alta antes da filha —que não tinha indicações médicas para ficar mais tempo no hospital— e, posteriormente, entendeu que era ela que havia ficado menos tempo do que o recomendado e teria recebido alta para desocupar um leito do hospital, que estava com sua lotação quase completa; como podemos observar no relato, esta decisão tomada pelo médico, gerou um sentimento de desamparo, assim como em “(Eu questioneei) ‘então por que nós estamos aqui se tiveram um Apgar nove, dez? Por que nós estamos aqui agora?’ (risos) e ninguém me explicava e nem me dava informação nenhuma [...] (tive que) entrar com uma representação judicial para amamentar, então nós entramos, saiu a liminar e o hospital tinha que deixar eu amamentar as 24 horas as duas, porque eu tinha leite para as duas, né?” mostra o estranhamento de uma das participantes que relata que, quando suas duas filhas estavam na UTI, após o nascimento, ficou sem informação por muito tempo, foi informada que poderia amamentar apenas uma delas e, por consequência, se desesperou em diversos momentos, isto é, também uma forma de violência, mais sutil e raramente endereçada, com a parturiente. Neste caso, a participante conseguiu se organizar psicologicamente e perceber a situação imposta a ela de uma perspectiva crítica, entendendo a estranheza de tais condutas, o que a fez ter que recorrer às vias legais para conseguir amamentar ambas as filhas em livre demanda, o que não era permitido anteriormente.

Essa noção de práticas violentas também está presente na fala “agora no parto normal, que o cara fez o que fez com essa influencer digital e fazem hoje que a mulher tem que ficar deitada para ter um filho, eu nunca nem vi um animal, porque nosso somos animais racionais, ter filho deitado, eu sempre vi, presenciei o parto de um animal ou uma mulher, ela está agachada, é a gravidade, ela precisa disso [...] quem sabe em cócoras ela teria tido uma experiência melhor de parto normal.”, que se refere ao vídeo da reportagem utilizado como disparador do último encontro com as participantes, no qual a mulher é obrigada a ficar em posição litotômica, já versada neste estudo, sendo esta, também, uma violação do processo fisiológico da mulher durante o parto normal, que às vezes se sente mais confortável em outras posições, que não a deitada. Este entendimento também está presente em “no parto normal [...] ela (a mulher) não pode passar por inúmeras intervenções do jeito que é feito, porque assim, do jeito que eles fazem parto normal hoje, não tem nada de normal, é um absurdo, para mim é um absurdo!”, fala de uma participante que diz a respeito dos relatos das demais que haviam experienciado o parto normal e “qualquer procedimento que você vai fazer, você tem que dar seu consentimento por escrito, então por que eu não posso opinar e decidir junto ao médico, por que tem que ser uma decisão unilateral?”, que expressa a noção de consentimento em relação às intervenções que são realizadas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, que conversa com a reflexão sobre a naturalização dessas práticas, uma vez que a internalização destas na cultura como corriqueiras ou necessárias, possa interferir no filtro utilizado para o consentimento, levando as mulheres a se submeterem a intervenções desnecessárias, dolorosas e violentas por acreditarem ser inevitável.

Por meio da metodologia de grupo focal escolhida para a realização da coleta de dados deste estudo, as participantes puderam ter acessos a relatos de parto de outras mulheres com vivências semelhantes e, também, engajar em discussões a respeito destas intervenções experienciadas, o que foi capaz de elucidar e esclarecer a natureza violenta de algumas dessas vivências a essas mulheres. Esse processo foi verbalizado pelas próprias participantes, que disseram ter tomado ciência das condutas violentas, que sofreram em seus respectivos trabalhos de parto, a partir da troca de experiências com o grupo: “hoje eu tendo conhecimento do que é certo e errado, eu vejo que houve muitos erros em tudo que aconteceu no meu parto”, “o meu primeiro parto foi o que achei que teve violência”, “nossa, eu passei por tanta coisa e nem sabia que estava passando por violência. [...] olha, eu estou surpresa e chocada (risos). Eu sofri uma violência e nem sabia que tinha acontecido isso comigo, é surpreendente.”, “eu também fui surpreendida com as coisas, não sabia que eu tinha passado

por uma violência de parto, em ficar sozinha, ficar horas, em tomar esse remédio, tudo... Hoje a gente tem essa referência de pensar o quanto nosso corpo é nosso mesmo, as decisões são nossas, mas na época, há vinte e poucos anos atrás, o meu corpo estava a mercê daquela equipe, daquela situação”, “a gente só tem noção hoje do que a gente passou, mas foicomplicado [...] mas eu não sabia que seria uma violência aquilo ali”, “hoje eu sei que fui maltratada e que não é daquela maneira que se trata um paciente, ainda mais uma mãe de primeira viagem ainda [...]”, “ah, eu fiquei chocada de descobrir (risos) que eu tinha sofrido tantas violências e era tão inocente, você vai para o abatedouro” e “o pai da ginecologia moderna é um médico americano que testou essas técnicas [...] a gente deveria evoluir e vamos lá, fazer o parto do jeito que a mulher se sentir melhor e não ficar nesse compêndios de G.O. [ginecologia e obstetrícia] reproduzindo essas técnicas, episiotomia, [manobra de] Kristeller não é ideal”.

Por fim, um ponto interessante observado em alguns dos relatos, foi a minimização, através de palavras como ‘só’ e ‘único’, da experiência de violência vivida expressa nas falas, podendo ser entendida como uma negação do ocorrido ou mesmo o não esclarecimento de tal prática como violência, por exemplo, “só tive aquele episódio, como as gêmeas nasceram prematuras, da separação precoce, de eu não poder ver, mas o parto em si não, tudo foi respeitado do jeito que eu queria” e “o único estresse que eu tive durante esse período foi na questão da amamentação, de resto foi tranquilo”.

Ainda nesse sentido, outra categoria emergente das análises de dados foi a de ‘fatores de proteção subjetivos’, isto é, foram identificados nos relatos das participantes, agentes subjetivos que parecem atuar como fator de proteção relacionado às experiências adversas no parto. Estes estão expostos no quadro 4, a seguir.

Quadro 4.: Falas das participantes que ilustram o eixo temático: “*Fatores de proteção subjetivos*”

| |
|----------|
| Citações |
|----------|

“Eu não abriria a mão dela (experiência de parto) por nada, é uma experiência única, muito positiva, muito ‘bom’, é maravilhoso ser mãe, é uma experiência única na vida de uma mulher, tudo correu tranquilo, minha pressão foi controlada, eu fiquei no hospital apenas os dias necessários, acho que três dias, cheguei na quarta-feira e no sábado pela manhã já recebi alta e trouxe o bebê para casa” (M.S.)

“Meu desejo era tão grande de ser mãe e eu sabia que estava assim... em função dos problema de saúde que eu tinha serem problemas que não era recomendável eu engravidar [...] como eu já sabia desses problemas físicos que eu tinha, eu não fiquei muito focada em que tipo de parto eu gostaria de ter, eu só gostaria que meu filho nascesse e nascesse bem [...] e eu agradeci de chegar lá no 8º mês, com 36 semanas ali com meu filho, e ter corrido tudo bem na cesariana.” (M.S.),

“Mas graças as Deus deu tudo certo [...] Mas graças a Deus, minha filha nasceu com saúde, não teve nada que tenha afetado ela pelo fato de ter nascido com fórceps, nasceu com 3,620Kg. [...] ‘vindo com saúde é o que importa’. Mas, graças a Deus deu tudo certo.” (M.)

“Olha, eu não pensava em mim, eu pensava no bebê... se era para o bem do bebê, né?” (M.)

“Eu tive essa experiência negativa no segundo parto da episiotomia, só que um ponto positivo do primeiro e do segundo parto foi a descida do leite instantânea, colostro e em seguida o leite, isso foi muito bom.” (A.)

“Mas enfim, nossos filhos estão aí, graças a Deus!” (M.S.)

“Ah, eu me sinto tranquila, não interferiu muito na minha vida não, é tranquilo, não influenciou negativamente ou positivamente, era um período que eu estava vivendo e que eu aproveitei da melhor maneira possível, teve experiências boas, né? Maravilhosas, ali na hora que elas tiraram ele da minha barriga, trouxeram ele [...] eu gravei só as coisas boas mesmo, não procurei ficar levando essa preocupação daquilo que foi estressante” (M.S.)

“a (filha) é um milagre na minha vida” (L.N.)

“Não me machuca essa experiência de parto, foi maravilhosa, eu falo que eu sou a mãe da hora certa e a H. é a filha da hora certa e não poderia ser diferente” (L.N.)

“Mas o mais importante é que eu segui em frente e minha filha tem saúde, graças a Deus e tudo deu certo” (M.)

“Então eu tive uma boa assistência e acho que se eu não tivesse essa boa assistência, talvez eu não teria meu filho aqui hoje.” (M.S.) [...] Talvez eu precisava passar por essa experiência.” (M.S.)

“Apesar de ter sido uma gravidez de risco, um parto de risco, mas não foi tão traumático quanto o primeiro, né.[...] mas aí foi uma emoção inigualável, porque você vê que está tudo bem, nasceu vivo e que todo aquele sofrimento que você passou durante tantas hora acabou, então é uma realização, né?” (P.)

“Aí quando ela nasceu, que eu ouvi o choro, que eu já a vi logo, deu aquele alívio né? Nasceu viva, nasceu bem, e aí depois ela foi para a UTI e tal. Mas foi menos traumático, assim, foi muito rápido...” (P.)

“Do primeiro filho, quando ele nasceu, que passa a dor, passa tudo, foi ‘pô, venci’” (M.B.)

“Já no segundo filho foi tudo tranquilo e olha que eu tive trombose pós-parto, por causa de problema de circulação, essas coisas assim, mas o médico era tão tranquilo, que ele me passou toda aquela

calma [...] no segundo já foi mais tranquilo porque eu tinha direito a ter alguém [acompanhante], [...] por mais que você esteja feliz por ter tido o filho, o seu corpo, sua estrutura, seu psicológico está todo desestabilizado e ter alguém seu, próximo de você ajuda na recuperação mais rápida.” (M.B.)

“Talvez se eu não tivesse passado por isso que foi forte e também outras coisas fortes, talvez hoje eu não teria esse poder de me priorizar, então é ruim, mas eu enxergo também o lado positivo, que me fez ser uma pessoa melhor hoje, digamos assim.” (P.)

“Mas acho que aos poucos a gente vai entendendo, a opção que surgiu naquela hora pela má atitude do primeiro médico. [...] mas o que eu amei do meu parto foi ter a minha filha nos meus braços, foi a única coisa boa.” (M.)

“Se eu conseguir evitar uma violência obstétrica em uma mulher eu já estou feliz, eu saio com essa cabeça hoje” (L.)

Assim como a categoria anterior, este eixo temático foi emergente durante a análise de dados, na qual foram identificados fatores de proteção subjetivos relacionados às experiências de violência obstétrica. O principal deles é o desejo de ser mãe, a vontade de experienciar as satisfações e singularidades da maternidade acima de tudo, isto é, o fato de o bebê ter nascido bem, estar vivo e sem maiores complicações apresenta-se como um fator de proteção frente às violências sofridas, como podemos ver nas seguintes falas: “eu não abriria a mão dela (experiência de parto) por nada, é uma experiência única, muito positiva, muito ‘bom’, é maravilhoso ser mãe, é uma experiência única na vida de uma mulher”, “meu desejo era tão grande de ser mãe e eu sabia que estava assim... em função dos problema de saúde que eu tinha serem problemas que não era recomendável eu engravidar [...]”, “[...] vindo com saúde é o que importa”, “olha, eu não pensava em mim, eu pensava no bebê... se era para o bem do bebê, né?”, “não me machuca essa experiência de parto, foi maravilhosa, eu falo que eu sou a mãe da hora certa e a H. é a filha da hora certa e não poderia ser diferente”, “mas o mais importante é que eu segui em frente e minha filha tem saúde”, “[...] aí quando ela nasceu, que eu ouvi o choro, que eu já a vi logo, deu aquele alívio né? Nasceu viva, nasceu bem” e “quando ele nasceu, que passa a dor, passa tudo, foi ‘pô, venci’”.

Como pudemos observar, o fato de o bebê ter nascido vivo e os desdobramentos terem sido todos, aparentemente, positivos, atuou como um fator de proteção no processo de resiliência dessas mulheres em relação à experiência adversa no trabalho de parto, parto e/ou pós-parto. A resiliência, um conceito já descrito por diversos autores, pode ser definida, sucintamente, como a resposta de um indivíduo a eventos estressores e adversos, não sendo este um atributo fixo, pelo contrário, variável conforme as circunstâncias e os recursos

psíquicos que a pessoa consegue recrutar para enfrentar determinada tribulação. Nesse processo, os fatores de proteção subjetivos de cada indivíduo desempenham um grande papel no desenvolvimento resiliência, face à experiência adversa (Dell'Aglio, D. *et al.*, 2006), assim, o enfrentamento da experiência de violência obstétrica, enquanto evento adverso e estressor, buscando o retorno ao desenvolvimento sadio, apesar das desfortunas vivenciadas, representa um alto nível de resiliência.

Além dos fatores de proteção supracitados, a religião e o apego à divindades também foram entendidos como promotores de resiliência, presentes nas falas de algumas participantes: “mas graças a Deus deu tudo certo [...] Mas graças a Deus, minha filha nasceu com saúde, não teve nada que tenha afetado ela pelo fato de ter nascido com fórceps”, “mas enfim, nossos filhos estão aí, graças a Deus!” e “a (filha) é um milagre na minha vida”.

Por fim, o redirecionamento de foco para os aspectos positivos da experiência de parto e abstração dos negativos também se mostrou como um fator de proteção entre as participantes, assim como a experiência conseguinte de parto, de mulheres que tiveram dois partos ou mais, nos quais não experienciaram ou tiveram menos vivências violentas. Estes fatores estão ilustrado em falas como “[...] e eu agradei de chegar lá no 8º mês, com 36 semanas ali com meu filho, e ter corrido tudo bem na cesariana”, “eu tive essa experiência negativa no segundo parto da episiotomia, só que um ponto positivo do primeiro e do segundo parto foi a descida do leite instantânea, colostro e em seguida o leite, isso foi muito bom.”, “ah, eu me sinto tranquila, não interferiu muito na minha vida não, é tranquilo, não influenciou negativamente ou positivamente, era um período que eu estava vivendo e que eu aproveitei da melhor maneira possível, teve experiências boas, né? Maravilhosas, ali na hora que elas tiraram ele da minha barriga, trouxeram ele [...] eu gravei só as coisas boas mesmo, não procurei ficar levando essa preocupação daquilo que foi estressante”, “então eu tive uma boa assistência e acho que se eu não tivesse essa boa assistência, talvez eu não teria meu filho aqui hoje”, “já no segundo filho foi tudo tranquilo e olha que eu tive trombose pós-parto, por causa de problema de circulação, essas coisas assim, mas o médico era tão tranquilo, que ele me passou toda aquela calma”, “talvez se eu não tivesse passado por isso que foi forte e também outras coisas fortes, talvez hoje eu não teria esse poder de me priorizar, então é ruim, mas eu enxergo também o lado positivo, que me fez ser uma pessoa melhor hoje, digamos assim.” e “mas acho que aos poucos a gente vai entendendo, a opção que surgiu naquela hora pela má atitude do primeiro médico” e “[...] mas o que eu amei do meu parto foi ter a minha filha nos meus braços, foi a única coisa boa.”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou tratar sobre o conceito de violência obstétrica, as práticas envolvidas neste e, principalmente, as consequências psicológicas decorrentes desta, uma vez que estas ainda não haviam sido descritas na literatura científica, o que torna o conhecimento obtido nesta pesquisa altamente relevante, podendo ser precursor de outros estudos na mesma temática. Através deste, pudemos explorar e descrever, qualitativamente, não apenas as consequências psicológicas da violência obstétrica, mas também as práticas e intervenções violentas mais praticadas. Adicionalmente, como categorias emergentes, foi possível discutir acerca da percepção e compreensão da violência e sobre os fatores de proteção envolvidos no processo de resiliência dessas mulheres.

Acredita-se que a extensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como as informações intimidadoras contidas nele — acerca do sigilo de dados e possibilidade de quebra deste por conta da modalidade *online* utilizada na coleta de dados — tenha sido um fator fragilizador na etapa de recrutamento e seleção de participantes. Por consequência, a reduzida amostra de dados inviabilizou que a análise acerca de variáveis socioeconômicas, escolaridade e comparações sobre a assistência médica prestada em redes privadas e públicas de saúde fossem realizadas.

A escolha da metodologia de grupo focal para a coleta de dados se mostrou bem sucedida, uma vez que, além de viabilizar a coleta de dados de várias participantes a cada encontro, também, adquiriu caráter terapêutico para as participantes, característica única e muito pertinente para o contexto temático do estudo, que não seria possível de ser obtida com o método de entrevista individual, por exemplo. A estratégia de dividir a amostra total em dois grupos para possibilitar a coleta de dados foi exitosa, pois todas as participantes puderam compartilhar seu relatos de experiência de trabalho de parto e parto com a quantidade de detalhamento que desejaram, durante o tempo que precisaram, acomodados no tempo previsto de cerca de 90 minutos. No espaço de grupo, as participantes puderam, também, acompanhar os relatos de experiência de parto de outras mulheres com experiências semelhantes, além de discutir tópicos relevantes para o grupo, já que é gerado um processo de identificação mútua entre elas, eliciador de discussões únicas de acordo com o desejo do grupo.

A partir dos resultados e análise feita após a coleta de dados, é possível compreender a importância da realização de mais estudos com este recorte temático, que busque investigar

as consequências psicológicas decorrentes de experiências violentas de parto, através de outras variáveis e comparações para que os conhecimentos acerca desta temática expandam-se possam ser utilizados para a construção de políticas públicas mais enfáticas sobre a prevenção de violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

Acmaç, G., Albayrak, E., Oner, G., Baser, M., Aykut, G., Tekin, G., Zararsiz, G., & Muderris, I. (2015). The effect of Kristeller maneuver on maternal and neonatal outcome. *Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES)*, 4(1), 29-35. <https://doi.org/10.5455/aces.20140328024258>

Ajadi, M. A., Kuti, O., Orji, E. O., Ogunniyi, S. O., & Sule, S. S. (2006). The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 26(7), 631–634. <https://doi.org/10.1080/01443610600903420>

Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2014). Histórico do Modelo de Atenção ao Parto e Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento com que Trabalhamos. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 9–18). UECE/Ministério da Saúde.

Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2014). O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In *Cadernos Humaniza SUS - Volume 4: Humanização do parto e nascimento* (pp. 19–46). UECE/Ministério da Saúde.

Andrade, P. de O. N., da Silva, J. Q. P., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. de F. C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 16(1), 29–37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>

Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 35(4), 438-442.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Editora 70.

Basevi, V., & Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(11), CD001236. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2>

Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(5), 445–454. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.093>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Brasil. lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 11 de Abril de 2021

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-39026> Acessado em 01 de Abril de 2021

Brüggemann, O. M., Osis, M. J. D., & Parpinelli, M. A. (2007). Support during childbirth: Perception of health care providers and companions chosen by women. *Revista de Saude Publica*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100007>

Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1316–1327.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003&lang=pt%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/csp/v21n5/03.pdf

Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1–53. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>

Carvalho, P. C. de A. (2016). *Repensando a tesoura: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia TT - Rethinking scissors understanding obstetricians positioning facing episiotomy.* 108.

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-04012017-094916/>

Castro, T. G. D., Abs, D., & Sarriera, J. C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 31, 814-825.

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Levitt, C., Dzakpasu, S., O'Brien, B., Lee, L., ... & Public Health Agency of Canada. (2009). Use of routine interventions in vaginal labor and birth: findings from the Maternity Experiences Survey. *Birth*, 36(1), 13-25.

Chen, C. Y., & Wang, K. G. (2006). Are routine interventions necessary in normal birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302–306. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60247-3](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60247-3)

Cohain, J. S. (2013). The less studied effects of Amniotomy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(17), 1687–1690. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.798286>

Dall'agnol, C. M., Magalhães, A. M. M. D., Mano, G. C. D. M., Olschowsky, A., & Silva, F. P. D. (2012). A noção de tarefa nos grupos focais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 186-190.

Dell'Aglio, D., Koller, S. H., & Yunes, M. A. M. (Eds.). (2006). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco à proteção.* Casa do Psicólogo.

Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>

Diniz, C. S. G., d'Orsi, E., Domingues, R. M. S. M., Torres, J. A., Dias, M. A. B., Schneck, C. A., Lansky, S., Teixeira, N. Z. F., Rance, S., & Sandall, J. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(suppl 1), S140–S153. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00127013>

Diniz, S. G. & Chacham, A. S. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*, 1(1), 80-91.

d'Oliveira, A. F., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet (London, England)*, 359(9318), 1681–1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

Elbert, T., & Schauer, M. (2002). Psychological trauma: Burnt into memory. *Nature*, 419(6910), 883-883.

Faúndes, A., & Cecatti, J. G. (1991). A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7, 150-173.

Giacomini, S. M., & Hirsch, O. N. (2020). Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. *Revista Estudos Feministas*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>

Goffinet, F., Fraser, W., Marcoux, S., Bréart, G., Moutquin, J. M., & Daris, M. (1997). Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(5), 548–553. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11530.x>

Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N., & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 336(7635), 85–87. <https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>

Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., Jr, & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*, 293(17), 2141–2148. <https://doi.org/10.1001/jama.293.17.2141>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>. Accessed 02 April 2021

- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*, 51(5), 725–740. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00480-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00480-3)
- Hotelling, B. A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38–43. <https://doi.org/10.1624/105812407x197744>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Jolly, N. (2017). Birth and the bush: Untangling the debate around women's pubic hair. *Birth*, 44(1), 7.
- Kolk, B. A. (1989). Psychobiology of the trauma response. In *New directions in affective disorders* (pp. 443-446). Springer, New York, NY.
- Kovavisarach, E., & Habanananda, T. (2013). Natural Birth. *Gynecology & Obstetrics*, 03(06), 87–94. <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000e112>
- Lansky, S., Friche, A. A. de L., Silva, A. A. M. da, Campos, D., Bittencourt, S. D. de A., Carvalho, M. L. de, Frias, P. G. de, Cavalcante, R. S., & Cunha, A. J. L. A. da. (2014). Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S1–S15.
- Leal, M. D. C., Gama, S. G. N. D., Domingues, R. M. S. M., Fonseca, S. C., Dias, M. A. B., Theme Filha, M. M., ... & Schilithz, A. O. C. (2007). Cesarianas desnecessárias: causas, conseqüências e estratégias para sua redução. In *Cesarianas desnecessárias: causas, conseqüências e estratégias para sua redução* (pp. 133-133).
- Leal, M. do C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M. H., & da Gama, S. G. N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saude Publica*, 30(SUPPL1), 17–32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

Leal, M. do C., Torres, A. J., Soares, M. D., Filha, M. M. T., Bittencourt, S., Dias, M. A. B., ... Viellas, E. F. (2012). *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento*. Fiocruz.

Leal, S., Maria, V., Mendes, M., Santos, N. D. A., Costa, J., Meira, L. S., Palmarella, V., Palmarella, R., Leal, S., Maria, V., Mendes, M., Santos, N. D. A., & Costa, J. (2019a). *Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia Institución : Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia RESUMEN El objetivo de este eestudio es investigar el conocimiento que tienen las mujeres acerca de la viole. 18*. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0iNo>.

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

Recuperado em 01 de Junho de 2021, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

Lei n. 15.759, de 25 de Março de 2005 (2005). *Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências*. São Paulo, 2005.

Recuperado em 01 de Junho de 2021, de <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>

Malvasi, A., Zaami, S., Tinelli, A., Trojano, G., Montanari Vergallo, G., & Marinelli, E. (2019). Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(15), 2598–2607. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1441278>

Matsuo, K., Shiki, Y., Yamasaki, M., & Shimoya, K. (2009). Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Archives of gynecology and obstetrics*, 280(5), 781–786. <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1015-2>

Ministério da Saúde. (2015). *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. 1–115.

Ministério da Saúde. (2017). *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal*.

Moraes, M. S. D., & Goldenberg, P. (2001). Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 509-519.

Nicida, L. R. de A. (2018). The medicalization of childbirth in Brazil through the study of obstetrics handbooks. *Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 25(4), 1147–1154. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500012>

Nucci, M., Nakano, A. R., & Teixeira, L. A. (2018). *Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil*. 979–998.

O’Dougherty, M. (2013). Plot and irony in childbirth narratives of middle-class Brazilian women. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(1), 43–62. <https://doi.org/10.1111/maq.12015>

Oliveira, V. J., & Penna, C. M. de M. (2018). Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 3), 1228–1236. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>

Organização Mundial da Saúde – OMS (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Report of a Technical Working Group. Publication no. WHOIFRWMSM196.24. Geneva: Author. To order, write: Documentation Centre, Family and Reproductive Health, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Organização Mundial da Saúde – OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Autor. Acesso em 03 de Abril, 2021, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Sagura. Saúde Materna e Neonatal. - Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico - [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24).

Palma, C. C., & Donelli, T. M. S. (2017). Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*, 48(3), 216. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3.25161>

Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Clinician's Corner Outcomes of Routine Episiotomy. *Jama*, 293(17), 2141–2148.

Paula E. (Roteirista), Chauvet E. (Diretor). (2013). *O Renascimento do parto* [DVD]. Brasília: Master Brasil e Ritmo Filmes. (90 minutos).

Pelicioni, M. C. F. (2001). A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(2), 115-121.

Priddis, H., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), 100–106.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>

Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(suppl 1), 595–602.
<https://doi.org/10.1590/s1414-32832009000500011>

Revez, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub3>

Rocha, N. F. F. da, & Ferreira, J. (2020). A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde Em Debate*, 44(125), 556–568.
<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>

Russo, J. A., & Nucci, M. F. (2020). Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1–14. <https://doi.org/10.1590/interface.180390>

Salomone, R. & Santana, E. (editoras). (2022). *Shantal, sobre parto conduzido por Renato Kalil: 'Não tinha a menor necessidade de ele tentar me rasgar com as mãos'*. **Fantástico**. Rede Globo. Exibido em 09 de Janeiro de 2022. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/10196296/?s=0s>. Acessado em: 25 de Julho de 2022.

São Bento, P. A. de S., & Santos, R. da S. (2006). Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery*, 10(3), 552–559. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000300027>

Servo, M. L. S., & Araújo, P. O. (2012). Grupo focal em pesquisas sociais. *Revista espaço acadêmico*, 12(137), 07-15.

Shobeiri, F., Tehranian, N., & Nazari, M. (2007). Amniotomy in labor. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 96(3), 197–198. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.11.004>

Sílvia de Moraes, M., & Goldenberg, P. (2001). *Cesáreas: um perfil epidêmico Cesarean incidence rates: an epidemic profile*. 17(3), 509–519.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, January. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003930.pub2>

Smyth, R. M. D., Alldred, S. K., & Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1). Issue 6. Art. NO.: CD006167 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub>. Accessed 30 March 2021

Souza, J., Gulmezoglu, A. M., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carrin, G., Fawole, B., Ruyan, P. (2010) *Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global survey on Maternal and Perinatal Health Research Group*. (2010). *BMC Medicine*, 8(71), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>

Tagliari, I. A., Ferreira, M. B. R., Da Silva, L. R., Pizzi, J., & Leite, N. (2016). *Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção*. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 67–73. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113723>

Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. de A., & Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade*, 10(35), 1–12. [https://doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)

Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: revista de saúde coletiva*, 19(3), 777-796.

Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., Velazco, A., Bataglia, V., Langer, A., Narváez, A., Valladares, E., Shah, A., Campodónico, L., Romero, M., Reynoso, S., De Pádua, K. S., Giordano, D., Kublickas, M., & Acosta, A. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *British Medical Journal*, 335(7628), 1025–1029. <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>

World Health Organization – WHO. (1996a). Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva: Autor. Acesso em 02 de Maio, 2021, em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

Youssef, A., Salsi, G., Cataneo, I., Pacella, G., Azzarone, C., Paganotto, M. C., Krsmanovic, J., Montaguti, E., Cariello, L., Bellussi, F., Rizzo, N., & Pilu, G. (2019). Fundal pressure in second stage of labor (Kristeller maneuver) is associated with increased risk of levator ani muscle avulsion. *Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 53(1), 95–100. <https://doi.org/10.1002/uog.19085>

Zanardo, G. L. de P., Uribe, M. C., Nadal, A. H. R. De, & Habigzang, L. F. (2017). Violência Obstétrica No Brasil: Uma Revisão Narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29(0), 1–11. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Resolução 510/2016 do CNS)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa: Percepção de mulheres sobre práticas de violência no parto e impacto psicológico, a qual objetiva realizar um estudo. Após a leitura e resposta a este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você será convidada a responder o “Questionário de Avaliação de Violência no Parto” a respeito de aspectos concernentes à sua experiência de parto e que podem ou não configurar uma Violência no Parto. O tempo estimado para preenchimento deste questionário é de 20 minutos. A partir da análise das respostas ao questionário, você poderá ser convidada para participar de um grupo – chamado de grupo focal –, no qual estarão presentes a pesquisadora e mulheres que relatam ter vivido experiências de violência obstétrica. Este grupo tem por objetivo envolver identificar e analisar a percepção acerca de práticas violentas no parto e os impactos psicológicos dessa violência em mulheres que relatam ter sofrido tais práticas e, dessa forma, versará sobre a temática obstétrica, parto, violência no parto e as práticas associadas a estas, e terá duração estimada de 90-120 minutos cada encontro virtual, com previsão de 2 encontros (Resolução 510, Artigo 17, I). A partir deste grupo, espera-se que os dados contribuam para conhecimentos a respeito dessa temática, ainda pouco explorada pela literatura científica.

Dessa forma, sua participação nessa pesquisa consistirá, inicialmente, em responder o “Questionário de Avaliação de Violência no Parto”, disponibilizado na plataforma Google Forms, cuja política de privacidade pode ser encontrada no link <https://policies.google.com/privacy?hl=pt-PT>, composto por perguntas a respeito de dados sociodemográficos, nível econômico, escolaridade, renda familiar, bem como questões de caráter clínico, como o local do parto, tipo de parto, se houve ou não complicações na gestação, etc.

A coleta de dados com o grupo focal mencionado acima será realizada de forma online, por vídeo-chamadas realizadas na plataforma Google Meet, cuja política de privacidade pode ser encontrada no link <https://support.google.com/meet/answer/9852160?hl=pt-BR>, a qual será gravada pela pesquisadora, exclusivamente, para fins de transcrição e para que possa ser feita a análise dos dados obtidos.

De forma a garantir o sigilo, os nomes das participantes não serão utilizados em qualquer fase da pesquisa, garantindo anonimato, ademais, esse sigilo também é garantido/estendido às pessoas ou grupo de pessoas que as participantes vierem a mencionar nas sessões de entrevista. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade da participante também será assegurada. Da mesma forma, os resultados divulgados em congressos ou revistas científicas também serão apresentados de forma a não identificá-la. Ainda, cabe esclarecer que as pesquisadoras empregarão todos os esforços e procedimentos para a preservação da confidencialidade de todas as participantes, armazenamento adequado dos dados coletados, bem como solicitar às demais participantes do grupo focal que resguardem a identidade e a confidencialidade das informações prestadas por cada uma. No entanto, por se tratar de atividade coletiva, não se pode assegurar que sua identidade será plenamente resguardada. Ressalta-se que nos relatórios, publicações científicas e demais materiais relacionados à pesquisa, você não será identificada em momento algum. Nesse mesmo sentido, há limitações para assegurar sua total confidencialidade em virtude de riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, isto é,

apesar de remoto, há riscos de violação da confidencialidade dos dados, em função das limitações das tecnologias utilizadas (Orientações para Procedimentos em Pesquisas com qualquer etapa em Ambiente Virtual, CONEP - 24/02/2021). Tendo isso em vista, as pesquisadoras ficarão atentas e zelosas deste risco, buscando evitá-lo através de procedimentos como limpar o histórico do navegador, usar o modo "anônimo" ao acessar a internet para a situação de entrevista remota, entre outros e, dentre os riscos derivados de qualquer acesso à internet, assegura-se que informações não fornecidas por você (por exemplo, endereço de IP) não serão acessadas pela pesquisadora.

Sua participação na pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar desse estudo e retirar o seu consentimento, isto é, é garantida a plena liberdade da participante da pesquisa desistir de responder alguma pergunta/questão/tema do grupo focal e do "Questionário de Avaliação de Violência no Parto" sem que para tanto tenha que apresentar justificativa (Resolução No. 510, Art. 17, III). Se optar por não participar do projeto de pesquisa, sua recusa não trará qualquer tipo de prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a Universidade Federal de São Carlos, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares. A possibilidade de desistência da participação se estende para qualquer momento do estudo, mesmo após a coleta de dados e, para isso, você pode enviar um e-mail à pesquisadora (beatrizbatista@estudante.ufscar.br; chelbrino@yahoo.com.br) informando de sua desistência e, assim, os dados coletados serão descartados.

Sua participação é livre e voluntária e não haverá compensação em dinheiro por esta.

Devido ao tema a ser desenvolvido no estudo tratar de tópicos sensíveis, esse projeto poderá ocasionar danos como desconforto emocional e psicológico aos participantes, por requerer um retorno às memórias afetivas relacionadas às experiências de trabalho de parto e/ou parto; bem como os já supracitados riscos de violação de confidencialidade, sendo estes considerados danos imateriais, de acordo com o No 2o artigo da Resolução No. 510/2016: "VIII - dano imaterial: lesão em direito ou bem da personalidade, tais como integridades físicas e psíquica, saúde, honra, imagem, e privacidade, ilicitamente produzida ao participante da pesquisa por características ou resultados do processo de pesquisa". Caso seja identificado algum problema, desconforto ou crise emocional, você poderá sinalizar para a pesquisadora e será acolhida por uma escuta psicológica especializada e poderá ser encaminhada para serviços competentes de acordo com a demanda. Entretanto, esse grupo focal também dará oportunidade às participantes de falar sobre suas experiências do passado e do presente em um ambiente protegido e sigiloso, ter contato com as experiências de outras mulheres que vivenciaram situações diferentes ou parecidas e poder se expressar e discutir sobre estas, o que pode trazer benefícios como a aquisição de novos conhecimentos a respeito de práticas recomendadas e não recomendadas na obstetrícia, assim como a elaboração psicológica de possíveis situações traumáticas relacionadas à temática.

Os dados coletados para o presente estudo serão armazenados pela pesquisadora em um HD Externo por no máximo 5 anos, isto é, uma forma de armazenamento não dependente do ambiente virtual, buscando amenizar os riscos derivados deste já mencionados acima.

Cumpramos destacar que ao aceitar participar da pesquisa você irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual você poderá fazer o download e impressão a partir do link <https://drive.google.com/file/d/1FHE3c0NkcGPvfMeUjgzTMIKsNMEwbcN9/view?usp=share>

ing ou solicitando à pesquisadora via endereço de email (beatrizbatista@estudante.ufscar.br; chelbrino@yahoo.com.br) se assim o desejar para fins de resguardar o registro de seu consentimento; 2. Responder ao Questionário de Avaliação de Violência no Parto; e 3. Participar do grupo focal descrito acima. Sempre que solicitado, você poderá ter acesso ao registro do consentimento (Resolução No. 510/2016 da CONEP, Art. 17,X) e também será garantido seu direito de acesso aos resultados da pesquisa, caso seja de seu interesse.

Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações relativas às questões éticas, procure o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar - Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351- 9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br.

O Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. É dever deste comitê cuidar dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, tendo como referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

A pesquisadora responsável pela realização do presente estudo é Beatriz De Souza Batista, telefone: (19) 98409-9345, e-mail: beatrizbatista@estudante.ufscar.br, membra do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), localizado na Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____

Email: _____

ANEXO B

Questionário de Avaliação de Violência no Parto

Responda ao questionário com base em sua última gestação

1. Nome completo:
2. Idade:
3. Cidade e Estado onde reside atualmente:
4. Escolaridade:
5. Renda Familiar:
6. Número de gestações anteriores:
7. Teve algum aborto?
 Sim
 Não
8. Teve complicações durante a gestação? Se sim, quais?
9. Data do parto:
10. Quantas semanas/dias de gestação ao nascer?
11. Teve complicações durante o parto/cesárea? Se sim, quais?
12. Que tipo de parto você teve?
 Normal, sem indução;
 Normal, com indução;
 Cesárea, após entrar em trabalho de parto;
 Cesárea agendada;
 Cesárea de emergência.
 Outro.
- 12.1 Preferência no Início da Gestação:
 Parto Normal
 Cesárea
- 12.2 Preferência no Final da Gestação:
 Parto Normal
 Cesárea
- 12.3 Se você fez cesariana:
 Você DESEJOU A CESARIANA já no início da gestação;
 Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR VONTADE PRÓPRIA;
 Você queria PARTO NORMAL, mas mudou de opinião ao longo da gestação, POR INDICAÇÃO MÉDICA;
 Você queria PARTO NORMAL, mas a equipe de saúde fez CESARIANA, mesmo CONTRA A SUA VONTADE;
Outro. Qual?
- 12.4 Se você teve parto normal:
 Você DESEJOU O PARTO NORMAL já no início da gestação;

7. Chamou você por algum apelido desagradável

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

8. Impediu a presença de acompanhante

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

9. Outro? Qual?

B. Durante a internação hospitalar para ter o seu bebê ou no atendimento domiciliar por equipe de saúde, O QUÃO INTENSOS FORAM ESTES SENTIMENTOS:

1. Sentiu-se pouco à vontade para fazer perguntas, porque não te respondiam ou te respondiam mal

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

2. Sentiu-se ameaçada pela atitude ou fala de algum profissional

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

3. Sentiu-se inferior, vulnerável, insegura

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

4. Sentiu-se exposta ou sem privacidade

Assinale a questão, conforme o grau de intensidade do que aconteceu com você, sendo 1 (pouco intenso) e 10 (muito intenso). Caso não tenha vivenciado o que consta na alternativa, marque 0.

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| Não ocorre u | | | | | | | | | | | | Muito Intenso |

5. Outro. Qual?

Clique aqui se você entrou em trabalho de parto

Clique aqui se você NÃO entrou em trabalho de parto e fez cesárea

14. Durante o TRABALHO DE PARTO, você:

Marque APENAS o que ocorreu com você

Foi impossibilitada de caminhar

Foi impossibilitada de procurar posições mais confortáveis segundo as suas necessidades

15. Durante o trabalho de parto e parto foram realizados os seguintes procedimentos médicos SEM QUE TENHAM PEDIDO SEU CONSENTIMENTO OU EXPLICADO POR QUE ERAM NECESSÁRIOS?

Marque APENAS o que ocorreu com você

- Enema (lavagem intestinal)
- Tricotomia (raspagem de pelos)
- Uso de ocitocina ("soro" para acelerar o trabalho de parto)
- Toques vaginais repetitivos
- Toques vaginais realizados por diferentes pessoas
- Proibição para ingerir alimentos ou bebidas
- Rompimento artificial da bolsa (profissional rompeu/estourou sua bolsa)
- Apertaram ou subiram na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer
- Episiotomia (corte no períneo, "pique lá embaixo")
- Cesárea
- Corte imediato do cordão umbilical

15.1 Outros. Quais?

16. Durante o PERÍODO "EXPULSIVO", ou seja, no momento de fazer força para o bebê nascer, você:

Marque APENAS o que ocorreu com você

- Foi privada da possibilidade de adotar a postura mais confortável para você realizar os puxos (fazer força)
- Teve "puxos dirigidos" pelo profissional de saúde, ou seja, ele dizia a frequência e o modo como você devia fazer força, sem respeitar seu ritmo

17. Relembrando sua CESÁREA, marque apenas as situações que aconteceram com você:

- Começar a cortar seu abdômen, sem esperar a anestesia "fazer efeito"
- Apertar ou subir na sua barriga para "ajudar" o bebê a nascer
- Conversas paralelas entre os profissionais sobre outros assuntos
- Manter suas mãos amarradas, impedindo que tocasse seu bebê
- Realização de procedimentos sem seu consentimento ou sem explicar por que eram necessários

17.1 Outros. Quais?

18. Relembrando o MOMENTO LOGO APÓS O NASCIMENTO, ainda na sala de parto/cesárea, antes dos primeiros cuidados com o bebê (pesar, medir, etc.), marque APENAS as situações que aconteceram com você:

- Teve o contato com seu bebê adiado, para que o profissional realizasse procedimentos desnecessários ou que poderiam esperar
- Teve seu bebê levado imediatamente para a sala de procedimentos, sem que nenhum profissional lhe explicasse o que estava acontecendo com ele
- Foi forçada a amamentar ou estabelecer contato com o bebê (pegar no colo, olhar para o bebê, etc...) contra a sua vontade
- Impediram ou dificultaram o aleitamento na 1ª hora de vida do bebê, sem motivos para justificar esta atitude

De uma maneira geral, qual o seu grau de satisfação com o atendimento da equipe de saúde durante seu parto/cesárea?

| | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| Péssimo | | | | | | | | | | | | | Excelente |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|

Informações complementares

- Caso exista alguma situação/acontecimento que você vivenciou em seu parto/cesárea e que não foi contemplado neste questionário, por favor, escreva aqui:
- Caso queira participar da segunda etapa desta pesquisa ou ter acesso aos resultados, por favor, deixe seu e-mail de contato aqui: