

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GEOVÂNIA PEREIRA DOS REIS MACHADO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE A
VIVENCIARAM**

**SÃO CARLOS
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

GEOVÂNIA PEREIRA DOS REIS MACHADO

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUE A
VIVENCIARAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e Saúde da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Cuidado e trabalho em saúde e enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro.

SÃO CARLOS

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M149v Machado, Geovânia Pereira dos Reis
Violência obstétrica sob a percepção das mulheres
que a vivenciaram / Geovânia Pereira dos Reis
Machado. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
153 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2016.

1. Violação dos Direitos Humanos. 2. Violência
contra mulher. 3. Violência de gênero. 4. Violência
obstétrica. 5. Saúde materna. I. Título.

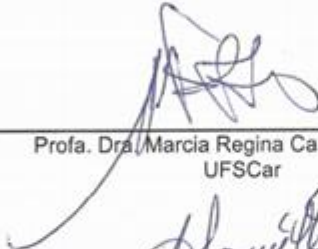


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

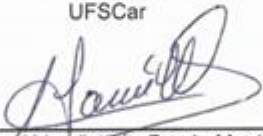
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação


Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Geovânia Pereira dos Reis Machado, realizada em 26/02/2016:



Prof. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar



Prof. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone
UFSCar



Prof. Dra. Vanessa Gabassa
UFG

Dedico este trabalho...

A Deus, por ter me protegido e amparado nas horas difíceis, e ter me dado força, esperança, coragem, garra, determinação, energia e disposição a para realização de mais esta etapa de minha jornada profissional.

Ao meu esposo Paulo pelo apoio, incentivo, compreensão e colaboração em todos os momentos desta jornada de estudos.

Ao/a nosso/a filho/a amada que perdemos, no meio desta jornada, antes de conhecê-lo/lá.

Aos meus pais Juracy e Nicolau, que sempre me apoiaram e incentivaram em todos os momentos de minha vida.

A toda a minha família, em especial, à minha avó Antônia, à tia Sônia, tia Elizabete, ao tio José, que oraram por mim, rogando bênçãos e proteção sobre esta minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças em todos os momentos difíceis desta jornada e de toda minha vida.

Ao meu avô Jurandir (in memorian) e à minha avó Antônia pelo carinho e torcida em tudo em faço.

Ao meu irmão Gilson pelo apoio, carinho e incentivo em mais esta etapa de minha jornada.

À minha amiga, fiel escudeira, Rosimeire Cristina de Carvalho Borges, por estar sempre presente, mesmo que à distância, me apoiando, incentivando e amparando nos momentos difíceis.

À amiga Graziani Izidoro Ferreira pelo apoio, palavras amigas e colaboração.

À minha orientadora Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro por ter me aceitado como orientanda, pelo apoio e amparo nas horas difíceis.

À Profa. Dra. Fabiana Marini Braga que me permitiu a oportunidade de cursar a disciplina Paulo Freire e a educação no Brasil, ampliando meus horizontes de conhecimento e a chance de fazer novos amigos/as.

Às Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone e Profa. Dra. Vanessa Gabassa, por terem composto a minha banca examinadora da qualificação e defesa e pelas riquíssimas contribuições, sem quais não seria possível o resultado final desta dissertação.

E a CAPES, pelo auxílio financeiro no desenvolvimento desta pesquisa.

EPIGRAFE:

O MENEESTREL

Depois de algum tempo você aprende a diferença, a sutil diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma. E você aprende que amar não significa apoiar-se. E que companhia nem sempre significa segurança. Começa a aprender que beijos não são contratos e que presentes não são promessas.

Começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma criança.

Aprende a construir todas as suas estradas no hoje, porque o terreno do amanhã é incerto demais para os planos, e o futuro tem o costume de cair em meio ao vão.

Depois de um tempo você aprende que o sol queima se ficar exposto por muito tempo.

E aprende que, não importa o quanto você se importe, algumas pessoas simplesmente não se importam... E aceita que não importa quão boa seja uma pessoa, ela vai feri-lo de vez em quando e você precisa perdoá-la por isso. Aprende que falar pode aliviar dores emocionais.

Descobre que se levam anos para construir confiança e apenas segundos para destruí-la...

E que você pode fazer coisas em um instante das quais se arrependerá pelo resto da vida. Aprende que verdadeiras amizades continuam a crescer mesmo a longas distâncias.

E o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida.

E que bons amigos são a família que nos permitiram escolher.

Aprende que não temos de mudar de amigos se compreendemos que os amigos mudam...

Percebe que seu melhor amigo e você podem fazer qualquer coisa, ou nada, e terem bons momentos juntos.

Descobre que as pessoas com quem você mais se importa na vida são tomadas de você muito depressa... por isso sempre devemos deixar as pessoas que amamos com palavras amorosas; pode ser a última vez que as vejamos. Aprende que as circunstâncias e os ambientes têm influência sobre nós, mas nós somos responsáveis por nós mesmos. Começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas com o melhor que pode ser.

Descobre que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que quer ser, e que o tempo é curto.

Aprende que não importa aonde já chegou, mas para onde está indo... mas, se você não sabe para onde está indo, qualquer caminho serve.

Aprende que, ou você controla seus atos, ou eles o controlarão... e que ser flexível não significa ser fraco, ou não ter personalidade, pois não importa quão delicada e frágil seja uma situação, sempre existem, pelo menos, dois lados. Aprende que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências. Aprende que paciência requer muita prática.

Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute quando você cai é uma das poucas que o ajudam a levantar-se. Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiência que se teve e o que você aprendeu com elas do que com quantos aniversários você celebrou. Aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha.

Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens...

Poucas coisas são tão humilhantes e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.

Aprende que quando está com raiva tem o direito de estar com raiva, mas isso não te dá o direito de ser cruel. Descobre que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame não significa que esse alguém não o ama com tudo o que pode, pois existem pessoas que nos amam, mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.

Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém...

Algumas vezes você tem de aprender a perdoar a si mesmo.

Aprende que com a mesma severidade com que julga, você será em algum momento condenado.

Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte. Aprende que o tempo não é algo que possa voltar.

Portanto, plante seu jardim e decore sua alma, em vez de esperar que alguém lhe traga flores.

E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida! Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar se não fosse o medo de tentar.

(William Shakespeare)

RESUMO

Violência obstétrica corresponde a uma assistência desumanizada a saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal, e pode ser praticada por todos os profissionais de saúde durante o atendimento. Embasa-se no uso excessivo de medicalização, instrumentalização e intervenções iatrogênicas no processo de parturição, que desencadeiam uma cascata de eventos negativos sobre os corpos das mulheres. Esta dissertação teve como objetivo principal compreender, à luz da perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos, os fatores intervenientes das práticas de assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal, com foco na violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a qual utilizou como referencial metodológico a Metodologia Comunicativa Crítica, e como aportes teóricos principais: Paulo Freire, Jürgen Habermas e como aporte teórico de gênero o Feminismo Dialógico de Lúcia Puigvert. Os participantes da pesquisa foram nove mulheres que passaram pela experiência de parto e nascimento, e tiveram sua assistência financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento de coleta de dados foi roteiro de relato comunicativo. A coleta de dados aconteceu de 19/05/2015 a 15/12/2015. A análise dos dados utilizou o nível básico de análise proposto pela Metodologia Comunicativa Crítica, onde os elementos transformadores e excludores encontrados nos relatos foram analisados nas categorias mundo da vida e sistema. Os resultados mostraram maior quantidade de elementos excludores do que transformadores, sendo que os excludores estão relacionados ao sistema. E indicam maus tratos, procedimentos inadequados no parto, falta de orientação profissional, falta de apoio na amamentação, discriminação de classe e raça, insatisfação com o atendimento. Os elementos transformadores encontrados foram poucos e em sua maioria relacionados ao mundo da vida. Entre eles destacam-se: apoio da família, presença do acompanhante, empoderamento, consciência de luta coletiva. Logo, a pesquisa evidenciou que o sistema pouco tem contribuído para uma assistência digna e de qualidade aos períodos gravídico-puerperal, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). As instituições onde os partos foram realizados ignoram os direitos reprodutivos, enquanto direitos humanos, e deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres que são consideradas pobres, negras e mães solteiras. De maneira geral, esta dissertação anuncia e faz a denúncia de um sistema público de saúde e de um grupo de profissionais que nele atuam na prática de violência obstétrica na assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, como também, destaca a desorganização do sistema

de saúde na assistência materno-infantil, contrariando as propostas de humanização, as recomendações do programa Rede Cegonha e da Organização Mundial de Saúde, violando os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais. E os atendimentos são baseados em relação de poder desiguais entre os gêneros, e também no âmbito socioeconômico, étnico e racial.

Descritores: Violação dos Direitos Humanos, violência contra mulher, violência de gênero, violência obstétrica, saúde materna.

ABSTRACT

Obstetric violence is a dehumanized assistance to women's health during the pregnancy and puerperal period, and all health professionals may be responsible for it during the medical support. It's based on the excessive use of medication, instrumentation and iatrogenic interventions in the delivery process, and starts a group of negative events over women's body. This research aims to understand, under the gender perspective and reproductive rights, the factors that intervene in the assistance practices to women's health during the pregnancy and puerperal period, focusing on obstetric violence. This is a qualitative research based on Jesus Gómez Critical Communicative Methodology (CCM), Paulo Freire and Jürgen Habermas as main theoretical support and, Lídia Puigvert Dialogic Feminism as genre theoretical support. The CCM aims to identify the transformative elements, that is, the ones that promoted a satisfactory experience in the pregnancy and puerperal period assistance, and the elements that exclude, that is, the ones that represents a wall to this experience, relating both to the categories lifeworld and system. The participants were nine (9) women who experienced delivery and birth and had their assistance in the "Sistema Unico de Saude" (SUS), the Brazilian public healthcare system. The data were collected from 05/19/2015 to 12/15/2015, using as instrument the communicative narration script. The data analysis was conducted using the basic level of analysis from the Critical Communicative Methodology, where the transformative and exclusion elements found in the narratives were analyzed in the lifeworld and system categories. The results showed a higher quantity of exclusion elements compared to transformative elements, being the exclusion ones related to the system. They indicate mistreatment, inadequate proceedings during delivery, lack of professional orientation, lack of support during breastfeeding, race and social class discrimination and lack of satisfaction with the service. It was found a few transforming elements and most of them related to the lifeworld category. Among these elements, we can highlight family support, the presence of a companion, empowerment and conscience of a collective fight. This study shows that the "Sistema Unico de Saude" (SUS) has contributed a few to a dignified assistance during the pregnancy and puerperal period. The institutions responsible for the deliveries ignore the reproductive rights as human rights, and delegitimize the sexuality and reproduction of poor, black women and single mothers. In general, this research, at the same time, announces and is a denunciation of a public health system and a group of professionals

who work at it in the practice of obstetric violence in the assistance of women health during the pregnancy and puerperal period. We denounce the lack of organization of the health system in the maternity assistance going against the humanization proposal and recommendations from the “Rede Cegonha”, a Brazilian maternity program and Health World Organization, making a violation against reproductive rights as human rights. The assistance is based in an unequal power relationship between genders, and socioeconomic, ethnics and racial fields. Besides, medical support is based on unequal power relationship between genders and also in socio-economic, ethnic and racial context.

Keywords: Human Rights Violation; Violence against Women, Gender Violence, Obstetric Violence, Maternity Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Quadro exemplo: Vivência da Gestação.....	57
Quadro 2 – Figura 1. Nível básico de análise: categorias e elementos.....	57
Quadro 3 – Vivência da Gestação.....	60
Quadro 4 – Vivência do Trabalho de Parto e Parto.....	71
Quadro 5 – Vivência do Pós-Parto.....	84
Quadro 6 – Matriz Final dos Elementos transformadores.....	97
Quadro 7 - Matriz Final dos Elementos Excluídos.....	97

LISTA DE SIGLAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde.

CAPES: Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

CEP: Conselho de Ética em Pesquisa.

CINAHAL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

CNDM: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

CONEP: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

CONFAPEA: Confederação Estatal de Associações de Pessoas Adultas de diferentes comunidades autônomas da Espanha.

CREA/UB: Centro Especial de Investigação e Ação Social Educativa da Universidade de Barcelona.

CTG: Cardiotocografia.

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

DEAMs: Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulheres.

DIALNET: Base de Dados de teses, dissertações e periódicos em língua espanhola da Universidade de Rioja, Espanha.

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis.

EBESCO: é líder no serviço de fornecimento de periódicos e livros eletrônicos, pacotes de periódicos eletrônicos e assinaturas de impressos, ferramentas de gerenciamento de recursos eletrônicos, bases de dados em texto completo e secundários, e serviços relacionados para todos os tipos de bibliotecas, corporações e organizações de pesquisa.

EDA: Movimento de educação democrática para pessoas adultas, da cidade Barcelona _ Espanha.

ERIC: Education Resources Information Center.

FACEPA: Federação Cultural e Educativa de Pessoas adultas.

FAMERP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

HB: Hospital de Base de São José do Rio Preto.

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana.

IBICTS: Instituto Brasileiro de Informação em Ciências e Tecnologia.

IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

LILACS: Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe.

MCC: Metodologia Comunicativa Crítica.

Medline: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online.

NIASE: Núcleo de Investigação e Ação Social e Educativa da UFSCar.

nv: nascidos vivos.

OEA: Organização dos Estados Americanos.

ONGs: Organizações não Governamentais.

ONU: Organização das Nações Unidas.

PAISM: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PSF: Programa de Saúde da Família.

Pubmed: US National Library of Medicine National Institutes of Health.

SCieLO: Scientific Eletronic Library Online.

Science Direct: é uma plataforma online, que permite acesso a artigos em texto completo escritos pelos mais renomados autores do cenário científico, nas principais áreas do conhecimento.

SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

SIH/SUS: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UB: Universidade de Barcelona.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos.

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

UNFPA: Fundo de População das Nações Unidas.

USF: Unidade de Saúde da Família.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
1 GÊNERO, VIOLÊNCIA DE GÊNERO E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	27
1.1 Um breve histórico sobre o Feminismo.....	27
1.2 Direitos Reprodutivos com Direitos Humanos Fundamentais.....	35
2 METODOLOGIA COMUNICATIVA: CAMINHOS TRILHADOS.....	41
2.1 Metodologia Comunicativa Crítica.....	42
2.2 Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica.....	43
2.3 Aprendizagem Dialógica.....	45
2.4 Desenvolvimento da pesquisa: o local, as mulheres, percurso metodológico e o diálogo com as mulheres.....	47
2.4.1 Participantes da pesquisa e sua caracterização.....	47
2.4.2 Local do Estudo.....	53
2.4.3 Instrumento de Coleta de Dados e Coleta de Dados.....	54
2.4.4 Análise dos Dados.....	56
2.4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	58
3 RESULTADOS e DISCUSSÕES.....	59
3.1 Resultados.....	59
3.2 Matriz Final.....	96
3.3 Discussão da Matriz Final.....	97
3.4 Discussão dos Resultados.....	100
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
4.1 Recomendações.....	111
REFERÊNCIAS.....	114
GLOSSÁRIO.....	122
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
APÊNDICE B – Panfleto informativo sobre Violência Obstétrica.....	129
APÊNDICE C – Cartaz informativo sobre Violência Obstétrica.....	130
APÊNDICE D – Roteiro de Relato Comunicativo.....	131
APÊNDICE E – Transcrição de Relato na Íntegra.....	136
APÊNDICE F – Quadro 1 – Quadro exemplo: Vivência da Gestação.....	144

APÊNDICE G – Quadro 2 - Figura 1. Nível básico de análise: categorias e elementos.	145
APÊNDICE H – Quadro 3 – Vivência da Gestação.....	146
APÊNDICE I – Quadro 4 – Vivência do Trabalho de Parto e Parto.....	147
APÊNDICE J – Quadro 5 – Vivência do Pós-Parto e Amamentação.....	148
APÊNDICE K – Quadro 6 – Matriz Final dos Elementos transformadores.....	149
APÊNDICE L – Quadro 7 - Matriz Final dos Elementos Excluídos.....	150
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	151
ANEXO B – Folha de Aprovação.....	153

INTRODUÇÃO

O meu encontro com a Ginecologia aconteceu no primeiro ano de graduação em Enfermagem na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), quando iniciei meu primeiro projeto de iniciação científica intitulada: “Reabilitação de Mulheres no pós-operatório de Câncer de Mama”; seguido pelo meu projeto de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “Levantamento da Necessidade do Preparo Psicofilático para o Trabalho de Parto e Parto: Dentro da Realidade de dois Grupos de Gestantes”, onde trabalhei com dois grupos gestantes de 2002 a 2005.

Apaixonei-me definitivamente por Ginecologia e Obstetrícia, com apreço especial por Enfermagem em Obstetrícia. Fundei a Liga de Ginecologia e Obstetrícia da FAMERP em Dezembro de 2003, para os cursos de Enfermagem e Medicina e; por meio desta, promovemos a Semana da Mulher em março de 2004, evento este que teve duração de um mês.

Neste evento desenvolvemos atividades de panfletagem orientando sobre prevenção de Câncer de Mama, métodos de contracepção, doenças sexualmente transmissíveis, testagem para HIV, sífilis, hepatite A, B e C no caminhão itinerante do DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis) da Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto, agendamento de exames de Papanicolaou que foram colhidos no ambulatório do Hospital de Base (HB) por todos os alunos que participaram do evento.

A realização deste evento foi possível pela ação conjunta entre FAMERP, Ambulatório e Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB), Santa Casa de Misericórdia de São José do Rio Preto, Secretaria Municipal de Saúde e Centro DST/AIDS de São José do Rio Preto, Unimed São José do Rio Preto, entre outras instituições.

Após a formatura em dezembro de 2004, cursei especialização em Saúde Pública com ênfase em Gerenciamento de PSF, Enfermagem em Obstetrícia e Enfermagem do Trabalho. Paralelamente, trabalhei na área hospitalar com saúde materno-infantil e enfermagem geral até 2012, quando decidi pedir demissão para voltar à vida acadêmica e ingressar no mestrado, com o objetivo de mudar o foco de minha vida profissional para o ensino em enfermagem, já que comecei lecionando no ensino técnico em enfermagem em 2005.

A motivação pelo meu retorno a vida acadêmica deve-se, sobretudo, a realidade vivida dentro de uma instituição hospitalar privada de grande porte, associada a várias dificuldades

e/ou impedimentos, entre elas, a autonomia para conseguir exercer o meu direito do exercício profissional como Enfermeira especialista em Obstetrícia, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). Além do excessivo e desnecessário número de cesáreas eletivas realizadas, o qual podia ser estimado em aproximadamente 98% ao mês neste hospital. Somente as parturientes que eram admitidas no segundo período do trabalho de parto, ou seja, no período expulsivo conseguiam ter os seus filhos por parto normal.

As recomendações de Ministério da Saúde sobre exercício profissional do/a Enfermeiro/a especialista em Obstetrícia encontram-se dispostas na portaria nº 2815, em vigência desde 29 de maio de 1998, que fosse incluída no grupo de procedimentos para o Parto Normal sem distócia realizado por Enfermeiro/a Obstetra, e a Assistência a este tipo de parto pelos profissionais descritos anteriormente, nas Tabelas do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), as duas visam à redução da mortalidade materna perinatal (BRASIL, 1998).

Diante disso, iniciava as minhas buscas na literatura científica sobre a Humanização da Assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, e paralelamente, cursava como aluna especial a disciplina Saúde, gênero e sexualidade, no Departamento de Enfermagem da UFSCar, o que se consolidou na construção do meu projeto de mestrado intitulado: “Humanizando o parto e nascimento por meio de terapia holística (REIKE)”, para concorrer ao processo seletivo de mestrado do Centro de Ciências Biológicas e Saúde da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Logo após minha aprovação no processo seletivo de mestrado, iniciei a elaboração do projeto de mestrado, e percebia que o caminhar metodológico estava se desenvolvendo dentro da perspectiva comunicativa crítica. O tema violência obstétrica, como objeto de pesquisa se concretizou a partir de um debate aberto à comunidade na semana da mulher de 2014, que a pesquisadora participou como ouvinte e observadora, promovido pelo Departamento de Enfermagem, subárea Saúde da Mulher. Neste debate, mulheres que sofreram situações de violência obstétrica foram convidadas a prestar seus depoimentos. A partir daí, fui tomando nota dos relatos das mulheres e organizando a sequência de ideias para construir e estruturar a pergunta de pesquisa, introdução, justificativa, objetivos, revisão de literatura científica, metodologia e resultados esperados da presente pesquisa, ou seja, o projeto foi se delineando à medida que eu entrava em contato com o tema e com as mulheres.

Realizei uma intensa busca na literatura nacional e internacional sobre a temática violência obstétrica. Os resultados encontrados foram poucos artigos que versassem, especificamente, sobre o tema. Pesquisei nas bases de dados da CAPES via biblioteca comunitária UFSCar: Science Direct, Pubmed (US National Library of Medicine National Institutes of Health), MedLine (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) via portal EBESCO, ERIC (Education Resources Information Center) via portal Proquest, LILACS (literatura científica e técnica da América Latina e Caribe) e SCieLO (Scientific Eletronic Library Online) via portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

Além de realizar um levantamento sobre a produção de dissertações e teses na biblioteca digital da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), IBICT (Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia) e DIALNET (Base de dados de teses, dissertações e periódicos em língua espanhola da Universidade de Rioja, Espanha), sendo que não encontrei pesquisas que tivessem como foco central o tema violência obstétrica. Digitando os descritores “violência and obstétrica” apareceram resultados, apenas, no IBICT com duas dissertações e duas teses que traziam em seus textos o termo violência obstétrica, mas este não era o enfoque central destas pesquisas.

Diante do levantamento da literatura científica e a escassez de material científico encontrado, mostrou-se que existem muitas lacunas a serem preenchidas por pesquisas relacionadas ao tema. A ausência de publicação de dissertações e teses que tivessem violência obstétrica como foco central indicou que a pesquisa intitulada: “Violência Obstétrica: sob a percepção de mulheres que a vivenciaram” é inédita no Brasil, até o momento da busca bibliográfica realizada. Destacando a relevância social e acadêmica desta pesquisa e de outras que visem investigar e analisar, e tenham como foco central a violência obstétrica, os fatores intervenientes das práticas de assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto, nascimento e amamentação que influenciem negativamente a vivência e experiência das mulheres. O comprometimento e a implicação dos/as investigadores/as podem possibilitar avanços que colaborem para o fim destas práticas inadequadas na assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Estas práticas inadequadas em obstetrícia têm sido denunciadas pelos movimentos de mulheres nas redes sociais e nas ruas em defesa de partos e nascimentos fisiológicos e humanizados, que visem o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos

humanos (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2011; MATTAR; DINIZ, 2012; SALGADO, 2012, 2013).

Diante do exposto acima, passamos a refletir sobre a sociedade sexista em que vivemos, onde predomina o discurso e a norma heterossexualista, e sob essa ótica, gênero e sexualidade são determinados biologicamente e não construídos social e culturalmente. Além disso, estamos submersos em um panorama de desigualdades de gênero, onde situações como violência de gênero e violência obstétrica são naturalizadas, banalizadas e/ou invisibilizadas pelos atores dessa sociedade (UNFPA, 2007; DINIZ, 2009; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; D'GREGÓRIO, 2011; MATTAR; DINIZ, 2012; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Neste sentido, gênero refere-se ao sexo construído a partir de várias práticas e aprendizagem social, cultural e histórica em um processo inacabado. Isto é, corresponde a forma como as noções de feminino e masculino se constroem ou se destroem nas relações sociais (LOURO, 2008; BUTLER, 2015). Simone Beauvoir (1970), uma das primeiras feministas, já definia em seu livro *O Segundo Sexo*: “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”.

Diante disto, a violência de gênero encontra profundas raízes nas características de uma sociedade patriarcal, em que prevalecem as estruturas de subordinação e discriminação que se consolidam contra as mulheres na formação de conceitos e valores que desqualificam sistematicamente a mulher, em suas atividades e opiniões (UNFPA, 2007, p. 3; D'GREGÓRIO, 2011, p. 73).

Violência de gênero pode ser associada a uma série de restrições relativas ao direito reprodutivo e saúde reprodutiva e sexual das mulheres, caracterizadas pelas dificuldades ou não de acesso a um serviço de saúde durante o período gravídico-puerperal, aos métodos contraceptivos, à licença maternidade, a amamentação para mães presidiárias, e ao direito de trinta minutos de intervalo a cada 6 horas de trabalho para amamentação até o sexto mês de vida da criança, entre outras (VENTURA, 2004).

Neste sentido, a violência obstétrica é um tipo de violência de gênero; e têm por definição:

[...] a apropriação do corpo das mulheres quando em processos reprodutivos, por profissionais da saúde, que prestam assistência desumana, com uso excessivo de

medicalização e intervenções iatrogênicas em processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres [...] (UNFPA, 2007, p. 30; D’GREGÓRIO, 2011, p. 75).

Para Salgado (2012, 2013), a violência obstétrica é uma variação do termo “violência na assistência ao parto”, que engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto e gravidez ectópica.

Diniz; D’Oliveira; Schraiber (2002), ao realizar uma busca pela literatura internacional, encontraram e categorizaram quatro tipos de violência na assistência à saúde da mulher: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. Salgado (2012, 2013) ainda categoriza um quinto tipo: violência psicológica.

As situações de violência institucional também podem se desdobrar em violência obstétrica. De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, violência institucional é a: “violência praticada por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos. É perpetrada por profissionais que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos” (BRASIL, 2011, p. 35).

Vale ainda ressaltar que a violência institucional pode ocorrer: “... em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, classe geracional, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência...” (BRASIL, 2011, p. 35).

De acordo com a UNFPA (2007, p. 52), na Venezuela a violência obstétrica já foi institucionalizada como crime contra a mulher no documento: “Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, do Ministério da Justiça deste país, e em seu artigo 51 estabelece atos constitutivos de violência obstétrica como aqueles executados por profissionais de saúde, que consistam em:

- [...] 1. Não atender de maneira oportuna e eficaz as emergências obstétricas.
- 2. Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo outros meios necessários para a realização do parto vertical.
- 3. Dificultar o contato precoce da/o recém-nascida/o com mãe, sem causa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de carregá-la ou carregá-lo no colo e amamentá-la ou amamentá-lo imediatamente ao nascer.

4. Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante ao uso de técnicas de aceleração do trabalho de parto, sem o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
5. Praticar parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher [...] (UNFPA, 2007, p. 52).

Mediante ao exposto acima, é importante ressaltar que a assistência ao primeiro período do trabalho de parto e parto baseada em evidência científica e na política de humanização contraindicam procedimentos como: jejum, tricotomia, punção venosa, Venóclise, enteroclisma, posições horizontalizadas com pernas levantadas, retirar ou afastar o recém-nascido/a da mãe, impedindo o contato precoce pele a pele e amamentação imediatamente ao nascer, uma vez que esses procedimentos, realizados de rotina, não têm evidências de benefícios para a mulher e só aumentam seu desconforto (UNFPA, 2007, p. 52; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; D’GREGÓRIO, 2011, p. 75; LEAL et al., 2014).

Recomenda-se para o primeiro período do parto a deambulação, a utilização de posições de acordo com a preferência da parturiente e, durante o parto, indica-se posições verticalizadas, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como por exemplo: banhos mornos de aspersão em chuveiros e imersão em banheiras, ofurôs, massagem, hipnose e acupuntura, que levam a redução significativa da necessidade de analgesia. O apoio contínuo também tem sido associado ao aumento da satisfação materna (DINIZ, D’OLIVEIRA, SCHRAIBER, 2002, p. 1681; D’GREGÓRIO, 2011, p.75; LEAL et al., 2014; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; UNFPA, 2007, p. 52).

A analgesia farmacológica do tipo peridural é um direito de toda mulher, seja no SUS ou Saúde Suplementar, é recomendada para o primeiro período do parto e não afeta os desfechos perinatais, porém a decisão por este método deve estar em comum acordo entre a mulher e o médico (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; LEAL et al., 2014; BRASIL, 2014).

Quanto ao manejo ativo do trabalho de parto, a prática de amniotomia de rotina não deve ser recomendada, estando associada ao aumento de cesariana. A infusão rotineira de ocitocina é contraindicada em parturientes saudáveis, sendo que seu uso é desnecessário e pode ser prejudicial. Estes procedimentos ocorrem com maior frequência em mulheres no setor público e de baixa escolaridade (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; LEAL et al., 2014).

Por outro lado, a monitorização intermitente dos batimentos cardio-fetais em parturientes de baixo risco deve ser realizada a cada 15 a 30 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo, durante pelo menos 60 segundos. Em contrapartida, a cardiotocografia (CTG) contínua não é recomendada, pois acarreta o aumento significativo das cesarianas, não melhoram o prognóstico neonatal e aumentam a morbidade materna (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; LEAL et al., 2014).

Já episiotomia de rotina foi incorporada na assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de proteger o assoalho pélvico e o neonato do trauma do parto, porém a consequência de seu uso é aumentar a dor perineal, a dispaurenia, a perda sanguínea, a infecção, a laceração do esfíncter anal, a lesão retal e a incontinência anal, além de não reduzir as taxas de incontinência urinária e nem melhorar os resultados neonatais. Os estudos ainda apontam elevação dos riscos de laceração perineal de terceiro e quarto grau (AMORIM, KATZ, 2008; LEAL et al., 2014).

Neste cenário, ainda destacamos a prática de cesáreas eletivas. Estudos mostram que o desejo da maioria das gestantes é pelo parto vaginal e as razões para mudança ao final da gestação variam. Quando esta iniciativa parte unicamente da mulher, as principais justificativas são não querer sentir a dor do parto, o desejo de laqueadura e histórico de cesárea. No entanto, quando a decisão parte do médico, as justificativas principais são circular de cordão, história de cesárea anterior, bebê grande e presença de complicações na gestação, principalmente, a hipertensão. Fatores psicológicos também são importantes, pois mulheres com história de transtornos ansiosos, depressivos e de abuso solicitam mais a cesárea (HADDAD; CECATTI, 2011).

O Brasil está entre os países campeões nas maratonas de partos por cesáreas, apresentando as taxas mais elevadas que, de acordo com a consolidação dos dados do DATASUS foi de 53,88% (BRASIL, 2012), índices ainda muito acima dos recomendados pela Organização Mundial da Saúde, que são de 10% a 15% (BETRAN et al., 2015). No Brasil, a prática de partos por cesárea é mal regulada nos serviços públicos e não regulada no setor privado, onde alcançou 84,3% dos nascimentos em 2013 (ANS, 2014).

Compreende-se que os partos por cesáreas são excelentes recursos e melhoraram as práticas em obstetrícia com o processo da hospitalização e medicalização do parto e nascimento. Quando as cesáreas são bem indicadas, ou melhor, de acordo com práticas baseadas em evidências científicas, sejam de urgência ou eletiva, é um componente essencial

do cuidado obstétrico e devem estar devidamente disponíveis para conseguir baixar as taxas de mortalidade materna e neonatal (DINIZ, 2009).

No entanto, estudos observacionais sobre cesáreas mostram que as taxas mais elevadas estão associadas ao aumento da morbidade e mortalidade em mães e em recém-nascidos/as. Demonstram um potencial impacto negativo da cesárea por indicações não médicas sobre os bebês, principalmente a epidemia de nascimentos prematuros. Entre os fatores, o principal, seria o uso intensivo da tecnologia sobre as gestantes de baixo risco, “desencadeando intervenções inapropriadas e causando danos iatrogênicos.” (DINIZ, 2009, p. 315).

No Brasil, os dados mais recentes sobre mortalidade materna disponíveis no DATASUS indicam uma razão de 64,8% de mortes por cada 100.000 nascidos vivos (nv) em 2011, já incluindo modelos estatísticos de regressão para a estimativa de mortes maternas entre as mulheres em idades reprodutivas (10-49 anos). Estas mortes estão relacionadas a diversos fatores como morbidade relativa à saúde das mulheres e os desfechos das intervenções no parto (BRASIL, 2012).

Portanto, a ausência de uma assistência de qualidade à saúde materna, desprovida de evidências científicas, de humanização e respeito à mulher e sua família é o modelo predominante de assistência no Brasil, dado que está ultrapassado e imerso em práticas rotineiras, intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico do parto e nascimento (DINIZ, 2009; PORTO; AMORIM; SUOZA, 2010; DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2011; SALGADO, 2012, 2013; LEAL et al., 2014).

Apesar de várias iniciativas do governo em melhorar esse quadro com programas de humanização da assistência hospitalar, programa de humanização do parto e nascimento e da proposta da Rede Cegonha (BRASIL, 2014a, 2014b), estudos apontam uma crescente insatisfação das mulheres em suas experiências relativas ao parto e ao nascimento. Para muitas delas, este evento é descrito como dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres. Elas são consideradas subalternas, especialmente as negras, solteiras e de baixa renda e a maternidade na adolescência é estigmatizada. Desta forma, o direito reprodutivo é transformado em um processo hierarquizado, refletindo a desigualdade de gênero e a iniquidade à assistência (DINIZ, 2009; DINIZ; D’OLIVEIRA; LANSKY, 2011; MATTAR; DINIZ, 2012; SALGADO, 2012, 2013).

Neste sentido, o exercício da maternidade e/ou reprodução e cuidado com os filhos podem ser dificultados pelos aspectos negativos presentes na assistência a saúde, colocando as mulheres mais próximas da base da pirâmide hierárquica e impondo-lhes dificuldades para o exercício de seus direitos reprodutivos, enquanto direitos humanos (DINIZ; D'OLIVEIRA; LANSKY, 2011; MATTAR; DINIZ, 2012).

Dessa forma, o exercício do direito humano, enquanto direito reprodutivo, é privado pela persistência de desigualdades e por práticas assistenciais limitadas, pela escassa atenção às evidências científicas sobre segurança e conforto dos procedimentos na assistência, e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correcional dirigida às mulheres (DINIZ, 2009; MATTAR; DINIZ, 2012). O direito reprodutivo é entendido como:

[...] o reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos [...] (ONU, 1994, apud MATTAR; DINIZ, 2012, p. 110).

Logo, as mulheres deveriam ter opções sobre todas as formas de parto e nascimento, assim como esclarecimento de todas as suas dúvidas sobre esse processo fisiológico e quais as implicações sobre seus corpos e sexualidade (MALACRIDA; BOUTON, 2012).

No entanto, essa realidade está distante de ser alcançada. Um estudo realizado na zona oeste da cidade de São Paulo, sobre experiências de mulheres com a assistência ao parto em maternidades públicas, revelou o uso de práticas discriminatórias e tratamento grosseiro por parte dos profissionais de saúde (médicos ginecologistas e obstetras, enfermeiras e técnicos de enfermagem). Essas experiências acontecem com tal frequência que muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela uma banalização da violência obstétrica (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Outro estudo revelou o reconhecimento pelos profissionais de saúde do uso de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência às gestantes, parturientes e puérperas. São exemplos destas práticas o uso de jargões pejorativos em forma de humor,

ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRABER, 2013).

Diante do exposto, podemos perceber que as mulheres dentro do ciclo gravídico-puerperal ficam expostas às situações de vulnerabilidade. A vulnerabilidade é: “... resultante de um conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atingem um sujeito cujas condições de vida e saúde são influenciadas ou determinadas pelo social e pela história...” (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013, p. 866).

Desse modo, a violência de gênero é uma condição que predispõe à violência obstétrica, e expõe, assim, as mulheres a situações de vulnerabilidade. Segundo Pilecco; Knauth; Vigo (2011), a vulnerabilidade pode ocorrer no plano individual, social e programático. Logo, vulnerabilidade:

[...] no plano individual está relacionada a componentes que implicam na exposição e suscetibilidade do indivíduo e podem variar ao longo do tempo em função dos valores que permitam maior ou menor proteção [...] (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p. 428).

[...] no plano social – é avaliada a coletividade, por intermédio do acesso a informação e aos serviços de saúde, dos indicadores epidemiológicos, de aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos e do grau de liberdade de pensamento e expressão [...] (PILECCO; KNAUTH; VIGO 2011, p. 428).

[...] no plano programático, a vulnerabilidade se relaciona à proposição, ao cumprimento ou não, e à continuidade ou não de políticas, programas, serviços ou ações voltadas à resolução do problema [...] (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011, p. 428).

Com base no exposto acima, nos perguntamos: Quais práticas de assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto, nascimento e amamentação caracterizam violência obstétrica, na percepção de mulheres que a vivenciaram?

Diante do que a literatura nos apresentou, propusemos um estudo de natureza descritivo exploratório de campo, com abordagem qualitativa que pretende, por meio do diálogo com mulheres, compreender, à luz da perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos, os fatores intervenientes das práticas de assistência à saúde da mulher no ciclo

gravídico-puerperal, com foco na violência obstétrica. Analisar a experiência de partos em mulheres, com foco na violência obstétrica. Caracterizar a presença de situações de violência institucional no desenvolvimento das práticas de assistência ao parto e nascimento. Descrever a percepção de mulheres sobre assistência recebida no parto e nascimento.

1 GÊNERO, VIOLÊNCIA DE GÊNERO E DIREITOS REPRODUTIVOS

Mediante este breve panorama apresentado pelo levantamento da literatura sobre a assistência a saúde da mulher no Brasil, nos deparamos com a ausência de uma assistência de qualidade à saúde materna, além dos atendimentos serem realizados de forma hierarquizada, seja no setor público ou privado, de acordo com o maior ou menor nível socioeconômico, cultural e educacional, evidenciando a presença de desigualdade, iniquidade e quebra da integralidade no processo da assistência a saúde, o que mostra a dificuldade de acesso a mulheres pobres aos atendimentos em saúde que pode ser entendido como violência de gênero e, no período gravídico-puerperal tem sido reconhecido como violência obstétrica, nesta análise, do tipo institucional.

Faz-se importante uma retomada de como as relações de gênero se construíram na sociedade ocidental ao longo de nossos processos históricos, políticos, econômicos, sociais, culturais. Buscando entender como as relações de poder entre os gêneros e classes se estabeleceram no decurso histórico da humanidade. Para tanto, mostramos a seguir um breve histórico sobre o feminismo.

1.1 Um breve histórico sobre o Feminismo

O livro "Em defesa das mulheres das calúnias dos homens" de Juan Batista Cubié, lançado em 1727 na cidade de Madrid, provavelmente é um dos primeiros registros públicos sobre situações de desigualdade de gênero, subjugação ao poder masculino e das estruturas sociais vividas pelas mulheres na sociedade do século XVIII, e antecede a eclosão do feminismo no mundo. Nesta época, ainda não era utilizado o termo gênero, porém esta obra divulgou situações de desigualdade de gênero e propôs novas formas de pensar o papel e a figura das mulheres dentro dos contextos domésticos, culturais, religiosos, políticos e sociais, ressaltando as virtudes e potenciais femininos (CUBÍE, 2012).

Esta obra revolucionou ao propor a transformação nas relações entre homens e mulheres no contexto histórico do iluminismo reformista espanhol, pois colocaram em questionamento antigos preceitos, tradições paternalistas e sexistas que desqualificavam sistematicamente a mulher. Esses questionamentos possibilitaram às mulheres algumas conquistas como: maior presença em espaços públicos, acesso a educação e a um protagonismo histórico diferenciado de suas antecessoras, para o setor da nobreza. Nos setores populares aumentou a participação do trabalho feminino nas manufaturas de tecidos e bordados, e as mulheres foram autorizadas a atuar em todos os ofícios “compatíveis com o decoro e força física do seu sexo”. Porém, é necessário ressaltar que as mudanças se mantiveram restritas e não alcançaram a grande maioria da população (CUBIÉ, 2012, p. 12).

Em defesa das calúnias feitas pelos homens dirigidas às mulheres, Cubié utilizou como base de sua argumentação que a perfeição das mulheres é igual a dos homens, que na criação os dois foram dotados de alma racional idêntica, sendo ambos depositários de defeitos e virtudes. Impugnando o que lhes apontavam como imperfeição, arrolava para elas qualidades e virtudes como: constância, capacidade de sigilo, menor inclinação para ira e avareza, capacidades morais e intelectuais, bem como, o espírito alegre, vivo e criativo das damas, além de observar alguns dons desenvolvidos por elas nas ciências e letras (CUBIÉ, 2012).

A eclosão do Movimento Feminista para o mundo aconteceu paralelamente a Revolução Francesa, a qual foi um marco mundial como revolução democrática e firmou como lemas: igualdade, liberdade e fraternidade. Promoveu igualdade entre homens e mulheres em relação aos direitos civis, porém, apesar de pregar a democracia, manteve-se a desigualdade de acesso aos direitos políticos, o qual somente foi concedido pelo Estado Francês às mulheres em 1944 (SOUZA, 2003).

Embora mulheres e homens tenham lutado lado a lado na Revolução pelos mesmos ideais libertários e igualitários, a maioria dos filósofos iluministas conservavam uma mentalidade sexista e paternalista, e pregavam que as mulheres possuíam inferioridade física, intelectual e moral em relação aos homens, o que evidencia uma relação de poder, submissão e subalternidade das mulheres em relação aos homens, perpetrados historicamente nas sociedades ocidentais, caracterizando a histórica desigualdade de gênero e a hierarquia na sociedade (SOUZA, 2003).

O movimento Feminista na França dividia-se em duas frentes: uma aristocrática, sustentado por mulheres ricas, e uma popular, cujas integrantes proviam das camadas subalternas. Um dos maiores expoentes do Movimento Feminista Francês na luta pelos direitos e cidadania política foi Marie Olympe de Gouges, que militou por meio de recursos próprios, defendendo, entre outras coisas, os Direitos Humanos para as mulheres, uma vez que, a Declaração dos Direitos Humanos de 1789 garantia direitos apenas para os homens, o que acabou por conduzi-la a pena de morte na guilhotina (SOUZA, 2003).

No Brasil, podemos observar a partir do livro intitulado: Uma história de feminismo no Brasil, como se desenvolveu a trajetória do Movimento Feminista em nosso país, desde o século XIX até o início do XXI, fazendo uma divisão estrutural histórica, baseando-se no contexto sócio cultural, político e econômico, e nas lutas reivindicatórias. No final do século XIX e início do século XX ocorreu a luta pelo direito ao voto e de ser votada, caracterizando a busca pela cidadania política. Já a segunda metade do século XX é marcada pela rigidez da ditadura pregada pelo regime militar, o qual manteve a população sob o domínio da repressão, opressão e censura. O final do século XX foi marcado pela queda da ditadura militar e o processo de redemocratização do país. Este foi sem dúvida um período de grandes conquistas para as feministas. A virada do milênio foi marcada por outra forma de representação do feminismo, através das Organizações não Governamentais (ONGs) (PINTO, 1996).

O primeiro momento do movimento feminista no Brasil foi marcado por três vertentes ou correntes ideológicas: o sufragismo, o feminismo difuso e o feminismo anarquista. O sufragismo comandado por Bertha Lutz e o feminismo difuso da imprensa feminista, contudo, contavam com a participação de mulheres cultas pertencentes à elite brasileira. Estas vertentes reivindicavam, pacificamente, e conseguiram conquistar a institucionalização de algumas de suas reivindicações, dentre elas, o direito ao voto e de ser votada. A terceira e mais radical, o feminismo anarquista, liderado por Maria Lacerda de Moura, contava com a participação de mulheres trabalhadoras, intelectuais e militantes de esquerda, as quais defendiam a libertação da mulher e seu lema central era contra todas as formas de exploração da mulher no trabalho. Além disso, reivindicava o acesso à educação para as mulheres menos abastadas economicamente, tratavam de temas como divórcio e sexualidade (PINTO, 1996).

Segundo Pinto (1996), durante a ditadura militar, o movimento feminista foi marcado por reuniões limitadas a ambientes domésticos, aonde se processava o estudo das propostas feministas difundidas pelo mundo e ocorria a elaboração de produção científica referente ao

assunto. Entretanto, as manifestações feministas e políticas aconteciam no exílio sob o comando dos grupos de esquerda, assim como, por estudantes brasileiros/as que estudavam no exterior. Paralelamente as ações que aconteciam no exílio, houve denúncias ao Comitê dos Direitos Humanos da ONU do sistema de opressão, repressão e censura exercido pelo regime militar no Brasil. E o ano de 1975, foi decretado o “Ano Internacional da Mulher”, o que inaugurou no cenário político nacional uma queda gradual deste sistema totalitário.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pelo processo de redemocratização e institucionalização de várias demandas feministas, lançadas como propostas nas Conferências Internacionais e Nacionais das Mulheres, dos Direitos Humanos entre outras. Podemos observar uma explosão do feminismo acadêmico nas mais diversas áreas do conhecimento e a profissionalização do feminismo. A partir destas últimas transformações, surgiram, em 1985, às primeiras Delegacias Especializadas no Atendimento as Mulheres (DEAMs) vítimas de violência (PINTO, 1996).

Neste período, tivemos a implementação de vários tipos de políticas públicas de saúde, entre elas o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 2004, que introduziu, pela primeira vez, na assistência a saúde da mulher a abordagem de gênero, por meio da elaboração de ações que colaboraram para o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais (FABBRO; MONTRONE, 2013).

A virada do milênio foi marcada pelo surgimento e expansão das ONGs como novas formas de organização feminista e da sociedade civil de forma profissional, onde estas passaram a ser interlocutoras entre a população e o Estado. Nesse momento, apreciamos o feminismo difuso combatendo os discursos machistas, preconceituosos e discriminatórios sobre a figura da mulher e de outros grupos marginalizados (PINTO, 1996).

Juntamente com a virada do milênio, foi apresentado em 2001 o Feminismo Dialógico no livro intitulado: “Las otras mujeres”, elaborado e proposto por Lidia Puigvert, pesquisadora do Centro Especial em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades (CREA) da Universidade de Barcelona. Esta proposta de feminismo se estrutura dentro da perspectiva de investigação Comunicativa Crítica, e utiliza como aportes teóricos Habermas, com a Teoria da Ação Comunicativa, Freire em sua teoria da Dialogicidade, estabelecendo e solidificando suas bases por meio dos princípios da Aprendizagem Dialógica desenvolvida por Ramón Flecha (PUIGVERT, 2001).

Entretanto, o desenvolvimento do feminismo de “las otras mujeres” teve início na segunda fase da República Espanhola, junto às reivindicações das feministas acadêmicas pelo direito ao voto e de serem votadas. Um grupo de mulheres populares sem titulação acadêmica entrou no Congresso de Deputadas, no ano 1931, apoiando tal reivindicação, solidarizando-se e solicitando a universalização deste direito a todas as mulheres. Contudo, as feministas acadêmicas negaram por considerarem que estas mulheres não possuíam conhecimento e/ou capacidade intelectual para tomarem decisões políticas e representar as demandas próprias de seus grupos. Isso representou a primeira barreira exclusiva a este grupo de mulheres para se representar social, política e culturalmente. No entanto, este ato reivindicatório conferiu legitimidade, resistência e força a este movimento popular de mulheres espanholas (PUIGVERT, 2001).

O principal propósito de “las otras mujeres” era diferenciar-se de outros movimentos feministas considerados burgueses, que fosse capaz de representar a classe trabalhadora e de libertá-las da tripla situação de discriminação que sofriam por serem pobres, mulheres e sem formação. Para tanto, acreditavam ser necessário organizar-se por elas mesmas, e assim responder seus verdadeiros interesses e reivindicações (PUIGVERT, 2001).

“Las otras mujeres” se organizaram e se empenharam em construir seus coletivos em diversos bairros da cidade de Barcelona, realizando sua militância de forma local, e, assim, conseguiram estabelecer suas reais necessidades e de seu entorno, o que repercutiu em transformações sociais locais, de espaços antes marginalizados. Elaboraram propostas de melhoria, dentre estas podemos destacar a criação da “Casa de la Mujer Trabajadora de Catalunya”, espaço de formação educacional, de acordo com suas necessidades, variando desde formação básica com a alfabetização, história, inglês, francês, cursos de mecânica, enfermagem, entre outros. Enquanto buscavam sua formação nos cursos de educação para pessoas adultas, se revezavam em turnos para cuidarem de seus filhos/as, formando redes de solidariedade (PUIGVERT, 2001).

Este movimento feminista constituído majoritariamente por “las otras mujeres” conseguiu aglutinar mais de 20.000 mulheres, que se organizaram por toda a região da Catalunha e a cidade de Barcelona em Federações Regionais e uma Federação Nacional. Em nível local, se organizavam em associações de vizinhos/as. Deste modo, asseguraram sua participação e representação entre os diferentes movimentos de mulheres. Conseguiram várias conquistas que atendiam demandas específicas e gerais dos grupos populares, principalmente,

por meio de movimentos educativos – educação para adultos/as, os quais ainda se encontram vigentes. Além de corroborar para melhorar as Políticas de Gênero e serviços destinados a mulher (PUIGVERT, 2001; PUIGVERT; MUÑOZ, 2012).

Dentre os movimentos de “las otras mujeres” (mulheres populares), os movimentos de educação democrática para pessoas adultas (EDA) são os que elas têm participação mais ativa e em posição de liderança, cujo objetivo é garantir que suas vozes sejam ouvidas em suas reivindicações. Por meio do desenvolvimento de suas ações no EDA, surgiu a Heura, uma organização sem fins lucrativos, administrados por mulheres de um centro de educação para pessoas adultas de um bairro de Barcelona, as quais atuam no sentido de superar as desigualdades e melhorar a qualidade dos serviços dirigidos a elas. A Heura encontra-se representado no Conselho de Mulheres dos Distritos, Conselho de Mulheres de Barcelona e no Conselho de Mulheres da Catalunha. Com este tipo organização, “las otras mujeres” conseguiram incorporar suas vozes nos mesmos espaços de decisões que as mulheres acadêmicas (PUIGVERT, 2001).

As participantes da Heura possuem relações baseadas em um diálogo igualitário, onde as pessoas são valorizadas pela contribuição de seus argumentos no diálogo, ou seja, pela pretensão de validade dos argumentos e não por pretensões de poder, em que se valorizam o status, ou cargo, ou titulações que as pessoas apresentem. Estes tipos de relações de poder ficam evidentes nas relações desenvolvidas por mulheres acadêmicas, profissionais ou técnicos de serviços públicos direcionados a “las otras mujeres”, caracterizando situações de exclusão e crueldade (PUIGVERT, 2001; PUIGVERT; MUÑOZ, 2012).

Outras organizações semelhantes à Heura foram criadas a partir das comunidades da EDA. Entre elas se destacam a FACEPA - Federação Cultural e Educativa de Pessoas Adultas, em 1996 e a CONFAPEA em 2001, uma confederação estatal de associações de pessoas adultas participantes das diferentes comunidades autônomas espanholas, que contaram com o apoio de professores universitários, educadores e educadoras que colocaram seus conhecimentos a serviço de projetos de transformação do movimento de participantes da EDA. Estas duas organizações encontra-se representadas no Conselho de Mulheres dos Distritos, Conselho de Mulheres de Barcelona e no Conselho de Mulheres da Catalunha (PUIGVERT, 2001).

Em 1997, as mulheres do EDA, organizadoras do movimento FACEPA, participaram da Conferência Internacional de Pessoas Adultas organizada pela UNESCO na cidade de

Hamburgo, na Alemanha. Este foi um marco histórico para a luta de “las otras mujeres”, pois conseguiram apoio de delegações de vários países, ganhando assim, visibilidade, respeito e força internacional para fazerem ouvir suas vozes em espaços de decisão onde foram ignoradas e privadas de participar até então. Com isso, angariaram mecanismos de democratização para reivindicar suas demandas específicas como mulheres sem formação acadêmica. Logo após esse evento, foi criada a organização CONFAPEA, que conferiu maior força institucional, bem como visibilidade e representatividade para suas lutas dentro da Espanha (PUIGVERT, 2001; PUIGVERT; MUÑOZ, 2012).

Organizações como a Heura, FACEPA, CONFAPEA foram criadas com o objetivo de garantir uma maior representatividade dos coletivos populares, tradicionalmente excluídos em diferentes espaços e, maior participação cidadã de mulheres pertencentes as “las otras mujeres,” principalmente nos encontros como: congressos, simpósios, fórum de feministas locais, nacionais e internacionais. Desde então, o movimento feminista “Las otras mujeres” vem ganhando força, reconhecimento, representatividade e apoio de educadores, educadoras, professores/as universitários/as, de feministas acadêmicas reconhecidas e citadas internacionalmente como: Judith Butler, Elisabeth Beck-Gernsheim entre outras teóricas. Com o apoio destas teóricas, em particular Lúdia Puigvert e de pesquisadores do Centro Especial em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades (CREA) da Universidade de Barcelona se consolidou o Feminismo Dialógico (PUIGVERT, 2001; PUIGVERT; MUÑOZ, 2012).

O Feminismo Dialógico buscou desenvolver seu conhecimento a partir dos diferentes pontos de vistas das mulheres acadêmicas e não acadêmicas sobre as questões de feminismo e gênero, incluindo, desta maneira, todas as outras mulheres. Neste sentido, suas propostas vão além das perspectivas das feministas acadêmicas (PUIGVERT, 2001).

O Feminismo Dialógico, também é conhecido como feminismo inclusor, uma vez que utiliza para seu desenvolvimento, a argumentação e os conhecimentos práticos das mulheres não acadêmicas. Assim, buscam por meio do diálogo igualitário, desta relação horizontal elevar a autoestima destas mulheres, encontrando formas de participarem ativamente da construção de teorias feministas. Tem como objetivo promover a libertação daquelas mulheres menos abastadas social, política, econômica e culturalmente, de situações opressoras em que possam estar inseridas devido ao gênero e carência cultural. Sejam estas situações

opressoras, como por exemplo, violência de gênero no âmbito doméstico e/ou público (PUIGVERT, 2001).

Esta forma de atuar e trabalhar na sociedade, de acordo com o contexto de cada mulher, confere ao Feminismo Dialógico um caráter peculiar de reconstrução social, por meio da superação das desigualdades existentes entre os diferentes extratos da sociedade.

Todas as lutas e demandas dos movimentos feministas travadas desde a eclosão do feminismo mundial até os dias atuais têm contribuído para redução das situações de submissão, subalternidade das mulheres em relação ao homem, não só em âmbito doméstico, como em todos os setores da sociedade. Apesar de prevalecer nas relações humanas o patriarcado, o sexismo e o padrão heteronormativo, os quais são baseados em relações de poder e autoritarismo masculino, negando-se, na maioria das vezes, ao diálogo, podendo gerar situações conflitantes incidindo de situações de violência gênero (PUIGVERT, 2001; GÓMEZ, 2008).

A partir desta pequena reflexão, somos levados/as a acreditar que estas relações de poder e conflitos se transferem dos espaços domésticos para todos os espaços da sociedade. Com isso, poderíamos ter uma provável explicação de quais causas conduzem à violência obstétrica na assistência a saúde da mulher no período gravídico-puerperal.

No intuito de buscar redução dos riscos de conflitos e da violência de gênero, bem como, a melhoria nas estruturas de relacionamentos entre homes-mulheres, mulheres-mulheres e homens-homens em todos os âmbitos da sociedade, GÓMEZ (2008), propõe trabalhar diversas estratégias baseadas metodologia comunicativa crítica, no feminismo dialógico aportado por Puigvert, na perspectiva das Comunidades de Aprendizagem Dialógica desde o ensino fundamental com crianças, perpassando pelas transformações da adolescência no ensino médio, com intento de construir relações alternativas de gênero mais igualitárias, de maneira que os adolescentes construam suas escolhas baseadas nos seus conhecimentos sobre amor, escolha e atração pautadas na comunicação dialógica, na argumentação pelas pretensões de validade e não nas pretensões de poder.

Faz-se importante ressaltar o estudo realizado por Gómez (2008), em seu livro intitulado: “El amor en la sociedad del riesgo: una tentativa educativa”, onde trabalhou com os temas do amor, da escolha e da atração na construção das relações afetivo-sexuais, e nos foi apresentado que os modelos tradicionais prevalecem na sociedade atual. Uma vez que, este modelo está fortemente embasado nas relações sexistas, heteronormativas, hierárquicas e

antidialógicas que nos conduzem a relações afetivo-sexuais baseada em pretensões de poder, determinando a desigualdade de gênero e elevação dos riscos de conflitos e violência de gênero nos relacionamentos, não só amorosos, como nas relações entre homens e mulheres em outros espaços de convivência na sociedade, pois estas relações desiguais de gênero são transferidas.

Isto pode nos direcionar ao caminho da compreensão em como as relações de gênero hierárquicas e de poder desiguais entre os gêneros se instituem dentro dos estabelecimentos de saúde, primeiro entre os profissionais de saúde, onde, por exemplo, os médicos/as determinam seu poder e status sobre os/as enfermeiros/as, estes/as por sua vez exercem relações de poder sobre os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem e estes/as sobre os/as pacientes que se encontram sobre suas tutelas de cuidados. Porém, esta lógica de relações de poderes não necessariamente deve se estabelecer ou obedecer esta ordem citada, ela pode ocorrer de todos/as os/as profissionais de saúde para os/as pacientes. E este modelo de relação tem sido descrito na atenção a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal como violência obstétrica, tema central e o objeto de investigação desta pesquisa.

Neste sentido, faz-se importante ressaltar os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais com a perspectiva de ações protetivas e mediadoras no combate as situações de violência obstétrica.

1.2 Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos Fundamentais

Ao iniciar uma abordagem sobre direitos reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais, devemos considerar e identificar pontos fundamentais que configuram o marco teórico e histórico desse assunto, a partir de um ponto de vista científico. Para tanto, faz-se necessário retomar as propostas das conferências internacionais como: Conferências Internacionais sobre Direitos Humanos, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Conferência Mundial da Mulher, Conferências Internacionais do Cairo e de Pequim realizadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Entre estas, as mais importantes foram as duas últimas citadas, que definiram o conceito de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva em suas recomendações, de forma que este direito fosse incorporado às agendas de políticas públicas de gênero dos diversos países signatários destes acordos internacionais da ONU (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Na perspectiva de Diaz; Cabral; Santos (2004), os movimentos feministas iniciaram suas lutas no século 19 e intensificaram-se na primeira década do século XX com a luta pela igualdade de gênero, com ênfase nos direitos ao voto e a educação. Contudo, foi a partir da década de 60 e 70 que ganharam força as reivindicações pela igualdade, no sentido de romper com a opressão à mulher e com articulações para desconstruir e reconstruir os papéis de homens e mulheres frente à sociedade. Neste momento, brotavam os pensamentos e reflexões sobre questões relacionadas à vivência da sexualidade, (re)conhecer o próprio corpo e o direito ao prazer sexual pelas mulheres.

Esses movimentos foram difundidos por todo o mundo e fizeram com que a voz das mulheres começasse a ser ouvida em suas demandas por políticas de públicas de gênero, pelos direitos de decidir sobre o seu corpo e fertilidade, até a reivindicação da legalização do aborto, conferindo-lhes o processo de construção de seu empoderamento frente à sociedade (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Analisando o contexto político, social e econômico mundial na década de 60, nos deparamos com as preocupações dos países de primeiro mundo com relação ao crescimento da população mundial, principalmente nos países em desenvolvimento da América Latina, África e Ásia. Os Estados Unidos, interessados em conter o avanço do crescimento demográfico incorporou a sua agenda estratégica de “cooperação” com esses países, a introdução dos métodos contraceptivos de forma massiva (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Apesar de buscar o controle da natalidade de forma autoritária e impositiva, esses programas contribuíram com as reivindicações das mulheres que desejavam o acesso a métodos contraceptivos, a fim de evitar a gravidez indesejada, na busca pela independência social, educacional, econômica, política e cultural. Porém, a responsabilidade pela anticoncepção continuou centrada sobre as mulheres, não ocorreu nenhum movimento de conscientização para o envolvimento dos parceiros no controle da natalidade (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Os verdadeiros avanços em relação às conquistas feministas puderam ser observados à medida que avançavam os debates sobre direitos reprodutivos e sexuais, e estes se afirmavam nas Conferências Internacionais sobre Direitos Humanos, Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Conferência Mundial da Mulher, onde as medidas propostas foram sendo incorporadas as políticas nacionais de vários países, sendo que a cada reunião

internacional deste tipo eram ampliadas as propostas relativas aos direitos reprodutivos e sexuais (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Vale ressaltar que as participações das diversas lideranças feministas em nível mundial nas conferências descritas acima, foram decisivas nas conquistas relativas aos direitos reprodutivos e sexuais. Por meio destas conferências internacionais realizadas desde a década de 60 até os dias atuais, vários direitos humanos fundamentais foram instituídos no Brasil. E cabe destacar que as Conferências do Cairo em 1994 e de Pequim em 1995 são marco teórico na conquista pelos direitos reprodutivos e sexuais (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Em 1979, na convenção de Belém do Pará, na Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou-se: a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra mulher (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Em 1994, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo destacou o reconhecimento do papel central que tem a sexualidade nas relações entre homens e mulheres e suas implicações no que se refere aos direitos reprodutivos, saúde reprodutiva e sexual. Afirmaram que, os homens deveriam assumir responsabilidade pelo seu próprio comportamento sexual, fertilidade, na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e pelo bem estar de suas companheiras, filhos e filhas em idade reprodutiva. Definiu que os serviços de saúde reprodutiva e sexual devem garantir a promoção dos serviços de assistência e de informação integrais com qualidade para todos/as, incluindo os/as adolescentes. Além de garantir, por meio das políticas públicas de gênero e saúde, atendimentos dignos independentes da cor, raça-etnia, classe e orientações sexuais (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Em 1995, a Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim, reconheceu o direito sexual das mulheres, com a finalidade de que as mesmas possam manejar e decidir sobre sua sexualidade, bem como, sobre sua orientação sexual. Com relação ao aborto, houve um acordo e foi recomendado aos governos de países signatários dos acordos da ONU, que revisassem suas legislações que penalizam as mulheres em situações de aborto (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

O termo “direitos reprodutivos” foi criado por feministas norte-americanas que o tornaram público no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã,

Holanda, em 1984 (MATTAR; DINIZ, 2012). Na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (1994) foi definido o conceito de direitos reprodutivos:

[...] se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (ONU, 1994, apud MATTAR; DINIZ, 2012, p. 110).

No ano seguinte, na IV Conferência Mundial de Mulheres de Pequim, na China, em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde reprodutiva:

[...] A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes são sistema reprodutivo e suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que as pessoas possam ter a vida sexual segura e satisfatória e que tenha capacidade de produzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem a mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e propiciem aos casais a melhor chance de ter filhos saudáveis [...] (ONU, 1995, apud MATTAR; DINIZ, 2012, p. 111).

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

homem sobre a mulher nas relações; o que reproduz desigualdade de gênero, e em muitos casos, expõe as mulheres a situações de violência de gênero (ÁVILA, 2003).

Neste sentido, quando trazemos para os discursos públicos questões relativas a direitos não podemos esquecer a relação direta deste com o poder, portanto, o debate e a produção de direitos reprodutivos e sexuais pelos movimentos feministas trazem ou deveriam trazer o empoderamento para as mulheres dentro das sociedades civis, políticas, econômicas e culturais (ÁVILA, 2003).

No campo dos direitos reprodutivos, as políticas públicas devem estar voltadas para a justiça social, levando-se em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça-etnia, de classe geracional e de expressão e orientação sexual. No Brasil, as demandas por políticas sociais na área da saúde constitui um campo de ação estratégico para os sujeitos que defendem os direitos reprodutivos e sexuais (ÁVILA, 2003).

Uma vez que, tais políticas devem tratar a reprodução e sexualidade como áreas específicas de atuação das políticas públicas de saúde, é crucial a discussão da assistência à gravidez, ao parto, ao puerpério, ao aleitamento materno, à concepção e à contracepção, ao aborto, às doenças sexualmente transmissíveis, à violência verbal, à violência física, à violência psicológica, à violência sexual, à morbimortalidade materna e à violência obstétrica.

Estas transformações sociais ocorreram em concomitância com a redemocratização do país e a elaboração e construção da Constituição Nacional de 1988. Nesse cenário, foram criados o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), a Comissão Nacional de Estudos dos Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde e foi formulado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

A implementação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher em 2004 (PAISM) foi um dos exemplos de conquistas do movimento feminista, pois dentre as recomendações deste programa encontramos pela primeira vez a pauta dos direitos reprodutivos na forma de saúde reprodutiva e sexual. Apesar dessa possibilidade de articulação nos direitos relativos à saúde reprodutiva e sexual, ainda temos desafios a vencer em vários níveis como as desigualdades econômicas, sociais, culturais e jurídicas. Para a garantia dos direitos a igualdade de gênero, liberdades reprodutivas e sexuais em todas as esferas. Além de ser importante contar com profissionais devidamente capacitados para o atendimento de todos os tipos de públicos, independente de suas orientações sexuais,

identidades de gênero e condições sociais, preservando assim, a saúde física e mental das pessoas e/ou grupos mais vulneráveis. Dessa forma, possibilita-se a institucionalização da agenda feminista pelo estado (ÁVILA, 2003; DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Faz-se importante lembrar outras conquistas do movimento feminista sobre as reformas em níveis constitucionais, como também, reformas em relação ao código penal, com a garantia ao direito à união civil entre pessoas do mesmo sexo, e em relação a permissão ao aborto em casos de risco a vida materna e gravidez fruto de estupro. Mais adiante, as reivindicações da classe com os avanços tecnológicos criou uma portaria no Tribunal Superior de Justiça ao aborto nos casos de anencefalia. Nestes casos, as mulheres precisam solicitar este ato judicialmente. Na Previdência Social, o direito a benefícios de pensão nos casos de união estável (BERQUÓ, 2003).

Apesar destas conquistas, ainda prevalecem à abordagem biológica e reprodutiva da sexualidade sustentada por preconceitos históricos, sociais, culturais e religiosos, determinando padrões de normalidade e de anormalidade. As quais interferem de modo negativo no comportamento e prática sexual que não seja para reprodução, portanto considerados anormais. Diante disto, até recentemente, do ponto vista médico, as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, a masturbação, identidades de gênero diferente do sexo biológico com o qual nascemos eram considerados como um desvio mental, social, ou seja, uma patologia com necessidade de intervenção, por meio de tratamento e medidas sociais corretivas (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; DINIZ, 2009; MATTAR; DINIZ, 2012).

Além disso, quando utilizamos o conceito de direitos reprodutivos como tradução de direito a saúde (reprodutiva ou da mulher) é necessário considerar não só diferenças de renda, mas também, as disparidades associadas à cor, raça-etnia e classe social. Estudos recentes do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) demonstraram que a condição étnico-racial está diretamente relacionada à pobreza e desigualdades sociais, culturais, econômicas e políticas no Brasil. Esses parâmetros têm consequências diretas sobre os piores desfechos na morbimortalidades e nos indicadores de saúde das mulheres afrodescendentes. Registra-se ainda, uma forte correlação entre raça, níveis de pobreza e incidência de câncer cervical. Outro grupo tão marcado quanto este são os indígenas (BERQUÓ, 2003).

Neste sentido, caracterizam-se em situações de discriminação e opressão que incitaram os movimentos de mulheres, gays, lésbicas, travestis e transgêneros a se organizarem, no sentido de reivindicar mudanças sociais e de comportamento. Estas lutas contaram com

reinvidicações por equidade de gênero, de direitos e oportunidades, para que sexualidade e reprodução sejam tratadas como direitos de cidadania, preservando a autonomia e autodeterminação das mulheres e de pessoas discriminadas sem distinção de cor, raça-etnia, ou credo (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; DINIZ, 2009; MATTAR; DINIZ, 2012).

Vale ressaltar a importância dos direitos reprodutivos e sexuais como ferramenta que garanta a proteção a todas as mulheres de situações de violência obstétrica, visando permitir que o casal, assim como, todos os indivíduos, sejam respeitados quanto aos seus direitos de decidir sobre seus corpos e fertilidade, além de garantir o direito de tomar decisões sobre sua reprodução livre de discriminação, coerção ou violência, conforme as recomendações expressas em documentos sobre direitos humanos.

2 METODOLOGIA COMUNICATIVA CRÍTICA: CAMINHOS TRILHADOS.

Considerando a revisão de literatura sobre a situação atual da saúde da mulher no período gravídico-puerperal, a necessidade de discussão de gênero e de direitos reprodutivos como ferramentas para a elaboração e construção de propostas de políticas públicas que visem a garantia de uma assistência a saúde da mulher digna e de qualidade, baseadas em relações igualitárias e horizontais, foi feita a escolha do percurso metodológico, no qual utilizamos a Metodologia Comunicativa Crítica, elaborada pelo Centro Especial em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades da Universidade de Barcelona (CREA/UB) da Universidade de Barcelona, a qual é utilizada em pesquisas desde a década de 1990 na Europa, e a partir de 2001 no Brasil, pelo Núcleo de Investigação e Ação Social e Educativa (NIASE), da Universidade Federal de São Carlos. Para a construção da metodologia utilizamos como guia o livro: Metodologia Comunicativa Crítica de GÓMEZ et al. (2006). Iniciaremos apresentando um breve panorama do que vem a ser a metodologia comunicativa crítica, perpassando pelos postulados e os princípios da Aprendizagem Dialógica. Na sequência, serão descritos o modelo de investigação, os processos de coleta e análise de dados próprios da perspectiva comunicativa-crítica.

2.1 Metodologia Comunicativa Crítica:

A Metodologia Comunicativa Crítica constitui-se de uma orientação de investigação científica, onde os significados da realidade se constroem através da interação entre as pessoas. Utiliza-se de vários aportes teóricos, sendo os principais Paulo Freire, em especial com o conceito de Dialogicidade e Jürgen Habermas, por meio da Teoria da Ação Comunicativa. Além de utilizar-se das teorias e princípios da Aprendizagem Dialógica, desenvolvida por pesquisadores do CREA/UB, a qual têm como aportes teóricos Habermas e Freire (GÓMEZ et al., 2006).

A presente investigação foi construída pautando-se na Metodologia Comunicativa Crítica e trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória de campo, o qual buscou privilegiar a concepção de sujeitos de pesquisa e não de objetos de pesquisa.

Diante disto, a Metodologia Comunicativa Crítica propõe uma prática de investigação científica onde todos os sujeitos envolvidos nas pesquisas, investigador/a e investigado/a são membros ativos e em processo de coparticipação e colaboração na construção da pesquisa. Busca valorizar o diálogo igualitário, horizontal e intersubjetivo entre os mesmos, desde a estruturação e elaboração do projeto de pesquisa, a formulação da pergunta de pesquisa, da introdução, da justificativa, dos objetivos, perpassando pela fase confecção do instrumento de coleta de dados, estendendo-se até a fase de análise dos dados (GÓMEZ et al., 2006).

Nesta proposta metodológica se reconhece o rompimento com o desnível epistemológico e a hierarquia interpretativa. Desta forma, o conhecimento científico passa a ser construído através de um diálogo horizontal e intersubjetivo, onde desaparecem as expertises e o processo de entendimento passa a ser resultado do conhecimento científico do/a pesquisador/a e do conhecimento de experiência das pessoas investigadas. Desta fusão de conhecimentos, de acordo com a Aprendizagem Dialógica, se reconhece à inteligência cultural, com a qual as pessoas participando como sujeitos ativos dos processos sociais, culturais, políticos e econômicos do meio em que vivem são capazes de transformar sua realidade (FLECHA, 1997; GÓMEZ et al., 2006; GONZÁLEZ; DÍEZ-PALOMAR, 2009; SANMAMED, 2013).

A perspectiva comunicativa crítica integra a dualidade sujeito/objeto, por meio da intersubjetividade e da capacidade de ação-reflexão-ação (reflexão e autorreflexão), que permitem as pessoas transformar o seu entorno e o mundo. O diálogo é a ferramenta para a

construção do conhecimento e das relações, por meio do qual os seres humanos fazem a pronúncia da palavra verdadeira. E o diálogo se dá na interação entre as pessoas e/ou grupos de pessoas, mediatizados pelo mundo, com o mundo e com os outros no mundo. Estabelecendo-se assim, a dialogicidade nas relações humanas, no processo dinâmico da comunicação, a partir das pretensões de validade do argumento e não por suas posições de poder (FREIRE, 1987; FREIRE, 2005; GÓMEZ et al., 2006).

A relação dialógica que se estabelece em toda construção da pesquisa busca por meio do diálogo todas as contribuições possíveis das pessoas. Neste sentido, pesquisador/a e pesquisado/a vão compartilhando seus conhecimentos sobre seu mundo da vida e sistema, procurando orientação e sentido para a transformação da realidade social investigada, que necessita superar as desigualdades sociais existentes, referentes ao problema pesquisado (GÓMEZ et al., 2006).

Logo, a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas nos diz que o mundo da vida refere-se a todos os conhecimentos e experiências de cada sujeito adquiridas ao longo do percurso de suas vidas. E o sistema se refere às instituições, sistema de organizações, assim como diretrizes reguladoras entre outras (FIELDER, 2006; DUPEYRIX, 2012; HABERMAS, 2012).

Este aporte metodológico trabalha a investigação científica a fim de identificar, analisar, interpretar, compreender a realidade social investigada com a intenção de propor a transformação social dos problemas estudados, no sentido da superação das desigualdades, seja nas pesquisas de raça e etnia, inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais, gênero, entre outras causas que se refere a grupos minoritários e historicamente excluídos e/ou marginalizados socialmente.

Sob esse olhar, a investigação comunicativa crítica tem como objetivo central a transformação da realidade social dos indivíduos e coletivos pesquisados. Pautando-se na construção da igualdade e superação das desigualdades existentes entre os diversos grupos sociais espalhados em diferentes sociedades, que atravessam a história da humanidade e se encontram na subjugação de povos considerados inferiores, incapazes e subalternos aos mundos chamados desenvolvidos (GÓMEZ et al., 2006).

2.2 Postulados da Metodologia Comunicativa Crítica:

Antes de avançarmos na construção do processo de investigação comunicativo crítico, faz-se necessário ressaltar seus postulados, que são:

- **Universalidade da linguagem e da ação:** qualquer pessoa possui capacidade para comunicar-se e interagir com outras, uma vez que a linguagem e ação são capacidades inerentes dos seres humanos, portanto universais (GÓMEZ et al., 2006, p. 41-42).
- **As pessoas como agentes sociais transformadores:** afirma que as pessoas são capazes de interpretar a realidade social, criar conhecimento e transformar suas estruturas. A orientação comunicativa postula que, através do diálogo, todas as pessoas se constituem em agentes transformadores de seus contextos (GÓMEZ et al., 2006, p. 42).
- **Racionalidade Comunicativa:** baseia-se na universalidade da capacidade de linguagem e ação que cada pessoa possui e no diálogo igualitário para o entendimento (GÓMEZ et al., 2006, p. 43).
- **Sentido Comum:** depende do conhecimento de experiência de vida e da consciência das pessoas e, normalmente se forma dentro do próprio contexto social (GÓMEZ et al., 2006, p. 43).
- **Sem Hierarquia Interpretativa:** no papel de intérprete todos os indivíduos e as sociedades tem capacidade de interpretar e compreender o mundo social, não existem expertises (GÓMEZ et al., 2006, p. 43-44).
- **Igual Nível Epistemológico:** o enfoque comunicativo crítico elimina o desnível epistemológico na investigação social, uma vez que, tanto os investigadores/as, quanto os investigados/as situam-se no mesmo nível, tanto no processo de investigação como no de interpretação (GÓMEZ et al., 2006, p. 44).
- **Conhecimento Dialógico:** suas bases são o diálogo e a comunicação, que integra a dualidade entre sujeito/objeto por meio da intersubjetividade e da capacidade de reflexão e autorreflexão, tendo como base a interação entre as pessoas, um conhecimento construído a partir das pretensões de validade, sustentadas no argumento e não nas posições de poder (GÓMEZ et al., 2006, p. 44-45).

Os postulados da metodologia comunicativa crítica se completam com os princípios da aprendizagem dialógica, estes em conjunto são indispensáveis para todo o processo de construção de investigações comunicativas críticas, as quais aportem o diálogo, a dialogicidade, a capacidade de linguagem e ação como capacidades inerentes dos/as investigadores/as e dos/das investigados/as. Os/as investigadores/as e os/as investigados/as

em conjunto possuem a capacidade para fazerem suas leituras de mundo científico, mundo da vida e sistema, orientando-se pelo consenso na pesquisa, por meio do diálogo igualitário e horizontal e contribuem igualmente para a construção da inteligência cultural dentro da igualdade de diferença e da unidade na diversidade.

Os conceitos de igualdade de diferença, assim como inteligência cultural, fazem parte dos sete princípios da aprendizagem dialógica e serão abordados logo a seguir. E unidade na diversidade é um dos conceitos trabalho por Freire, um exemplo de suas obras, em que se encontra tal conceito é o livro *Política e Educação*.

2.3 Aprendizagem Dialógica:

A Metodologia Comunicativa Crítica também utiliza como referência em suas análises investigativas os princípios da aprendizagem dialógica (GÓMEZ et al., 2006), a qual teve seu conceito desenvolvido por pesquisadores do Centro Especial de Investigação em Teorias e Práticas Superadoras de Desigualdades (CREA). A aprendizagem dialógica foi construída pautando-se nos pressupostos teóricos da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e no conceito ampliado de dialogicidade de Freire (FLECHA, 1997).

A aprendizagem dialógica pode ser definida como resultado:

[...] das interações que se produzem no diálogo igualitário, ou seja, um diálogo em que diferentes pessoas aportam argumentos em condições de igualdade, para chegar ao consenso, partindo de que queremos nos entender falando com base em pretensões de validez [...] (ELBOJ SASO et al., 2002 apud BRAGA, GABASSA, MELLO, 2010, p, 60).

Logo, o diálogo é a ferramenta fundamental para a comunicação e interação entre as pessoas como possibilidade de transformação da realidade social das minorias e a fim de lutar pela superação das desigualdades enfrentadas por estes grupos minoritários. Assim, foram elaborados os princípios da aprendizagem dialógica:

➤ **Diálogo Igualitário:** se concretiza quando se considera todas as contribuições possíveis das pessoas em função da validade de seus argumentos, e não se embasam em suas

posições de poder. Contribuindo para que as relações humanas se embasem no diálogo e consenso (FLECHA, 197, p. 14).

➤ **Inteligência cultural:** se dá na fusão entre a inteligência acadêmica e prática, e as demais capacidades de linguagem e ação entre os seres humanos que tornam possíveis acordos em diferentes âmbitos sociais. Ambas as inteligências (acadêmica e prática) pressupõe atores solitários propondo alguns objetivos e escolhendo os meios para alcançá-los. A inteligência cultural pressupõe uma interação onde diferentes pessoas estabeleçam relações por meios verbais e não verbais. Assim, chegam a entendimentos nos âmbitos cognitivos, ético, estético e afetivo (FLECHA, 197, p. 20-21).

➤ A **transformação:** a aprendizagem dialógica transforma as relações entre as pessoas e seus em torno. E na perspectiva dialógica se define a possibilidade e conveniência das transformações igualitárias que sejam resultado do diálogo, sem o qual nada se impõe sobre suas próprias ideias e das demais pessoas e coletivos (FLECHA, 197, p. 28-32).

➤ A **dimensão instrumental:** trabalhada na perspectiva do diálogo, e se intensifica e se aprofunda quando se situa em um determinado marco dialógico. A capacidade de seleção e processamento cognitivo para desenvolvê-la na sociedade atual. O diálogo e reflexão fomentam o desenvolvimento dessa capacidade (FLECHA, 197, p. 32-35).

➤ A **criação de sentido:** surge da interação entre as pessoas a partir de seus sonhos e sentimentos, e são conduzidas por elas mesmas. Representa o compromisso pessoal de homens e mulheres uns para com os outros, que se concretiza a partir da solidariedade e igualdade, com respeito e transformação (FLECHA, 197, p. 35-37).

➤ A **solidariedade:** significa oferecer para todas as pessoas as mesmas oportunidades, com os mesmos direitos e resultados. Quando esses direitos não são respeitados, devemos agir no coletivo, por exemplo, sociedade civil organizada ou grupos de mulheres, entre outros. Para isso, se faz necessário que homens e mulheres busquem a união em prol de suas causas comunitárias e de outras instâncias (FLECHA, 197, p. 38-41).

➤ A **igualdade de diferenças:** na aprendizagem dialógica se destaca que, embora diferentes, os grupos que sofrem exclusão têm muitas lutas em comum a travar. Por isso, podem ser diferentes, devendo ser respeitados em suas diferenças, mas também pode e devem formar uma unidade, ou melhor, redes de solidariedade a fim ampliar forças em prol de seus ideais e objetivos (FLECHA, 197, p. 41-46).

2.4 Desenvolvimento da pesquisa: o local, as mulheres, percurso metodológico e o diálogo com as mulheres.

2.4.1 Participantes da pesquisa e sua caracterização:

O estudo de campo foi desenvolvido com mulheres, cujos nascimentos de filhos/as tenham ocorrido em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, onde foram coletados os dados.

Os critérios de inclusão das participantes na pesquisa foram: mulheres maiores de dezoito (18) anos de idade, residentes da zona urbana e usuárias do Sistema Único de Saúde, que aceitassem fazer parte da pesquisa.

Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, a determinação da amostragem utilizou a saturação do tema como critério para o número total de relatos comunicativos, o que conduziu ao término da coleta de dados (FONTANELLA, 2011). Nesta abordagem não há preocupação em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. A pesquisa qualitativa trabalha com a vivência, com a experiência, com a cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultadas da ação humana objetivada (MINAYO, 2014, 2013).

A partir dos nove (9) relatos comunicativos, podemos caracterizar as participantes da pesquisa. Foi observado que a idade está variando entre 23 a 37 anos, 2 mulheres estavam em união estável, 1 solteira, 1 separada e 6 casadas. A renda familiar de 6 mulheres está entre 1 a 3 salários mínimos e 3 mulheres com renda está entre 3 a 5 salários mínimos. O nível de escolaridade de 4 é o ensino médio completo, 4 com ensino superior completo e de 1 com ensino superior incompleto.

Quanto aos antecedentes obstétricos: 1 mulher teve duas gestações, 2 tiveram 3 gestações e 6 tiveram 1 gestação. Dos partos, 9 foram por cesarianas e 3 por partos normais. Dos filhos vivos: 1 mulher possui 2 filhos vivos, 1 mulher possui 3 filhos vivos, 4 mulheres possuem 1 filho vivo cada uma e uma não possui nenhum filho vivo. E com relação ao local do parto, 100% (9) foram realizados em ambientes hospitalares e todos foram financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Todas as mulheres participantes da pesquisa trabalham fora e possuem duplas ou triplas jornadas de trabalho, com exceção de 3 delas se encontravam desempregadas. Não possuem meios de transporte próprios 4 das participantes e 5 possuem meios de transporte próprios. Das participantes, 6 apresentam baixa renda salarial e pertencem a camadas sociais baixas, e 3 apresentaram média renda salarial e pertencem a camada média baixa da sociedade. Logo, podemos inferir que estão mais vulneráveis socialmente, economicamente, politicamente e com pouco poder para entoar suas vozes reivindicando seus direitos.

Os nomes das participantes foram alterados a fim de preservar suas identidades e garantir seu anonimato. Todos os nomes foram substituídos por nomes de pedras preciosas, mediante a escolha deste nome fictício pelas próprias mulheres. Escolhemos o nome de pedras preciosas pela sua beleza, dureza e resistência, que representam com estes atributos o tema violência obstétrica. A escolha também perpassou por propriedades como, coragem, garra, determinação, esforço, resistência, resiliência, fortalecimento espiritual, emocional e físico, para superação de sofrimentos, traumas, decepções, medos, entre outros sentimentos, provocados pelas situações de violência obstétrica.

A seguir, apresentamos o significado de cada pedra preciosa escolhida pelas mulheres e um breve resumo das narrativas.

OPALA:

É o nome de uma pedra preciosa nacional da Austrália. Apresenta propriedade peculiar, pois a mesma pedra se mostra com cores diferentes de acordo com o ângulo em que é vista, esta propriedade é determinada de opalescência. Sua composição química é $\text{SiO}_2\text{NH}_2\text{O}$ e em sua constituição apresenta certo teor de água, é aconselhável guardá-la em algodão umedecido em água ou óleo, a fim de conservar sua integridade e beleza (BRASIL, 2005). Este nome foi escolhido por esta participante da pesquisa, devido à sensibilidade e fragilidade em que se encontrava após os eventos de sofrimento que viveu no parto e nascimento de seu último filho.

Opala é casada, estava com 24 anos de idade, trabalhadora, atua como auxiliar de limpeza, seus dois filhos ficam na creche em período integral, tem dupla jornada de trabalho, não possui meio de transporte próprio, têm baixa renda. Possui a seguinte história obstétrica: duas gestações, dois partos por cesariana, dois filhos vivos, nenhum aborto e todos os seus partos foram realizados em ambiente hospitalar por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu relato, narra, principalmente, os fatos ocorridos no parto do segundo filho. Em

diversos momentos do relato comunicativo percebe-se que ela não recebeu orientação sobre a gravidez e os procedimentos relacionados a esta, submetendo-se a eles sem fazer qualquer questionamento.

DIAMANTE:

É a pedra preciosa com maior resistência e dureza, sua composição é de Carbono apenas. Só pode ser cortado por outro diamante. Apenas uma pequena porcentagem do diamante extraído é utilizado na confecção de joias, a maior parte de sua produção é destinado a indústria como material cortante e perfurante (BRASIL, 2005). Diamante escolheu esta pedra preciosa para identificá-la, uma vez que, conseguiu resignificar os eventos dolorosos vividos no parto de sua filha, em consciência de luta e empoderamento.

Diamante é solteira, estava com 26 anos de idade. Engravidou enquanto cursava engenharia geológica em uma universidade pública do estado de Minas Gerais. Possuía estrutura corporal muito magra e fazia uso de contraceptivo hormonal via oral. Só descobriu que estava grávida após 24^a semana de gestação, quando começou a sentir movimentos internos na região abdominal. Neste momento, procurou um médico obstetra para constatar a gravidez e iniciou o pré-natal. No entanto, decidiu que não contaria nada para ninguém e assim conduziu sua gravidez até o final. Possui em sua história obstétrica: uma gestação, nenhum aborto, um parto vaginal, uma filha viva. Diz não ter recebido ou procurado informação sobre as modificações gravídicas, trabalho de parto, parto e pós-parto, pois negou a si mesma até o dia do parto que estava grávida. Também comentou que imaginava que o parto seria algo que seu corpo faria naturalmente.

Logo após o nascimento de sua filha, voltou para a casa de seus pais em uma cidade do interior do estado de São Paulo, passando a trabalhar administrando negócios de sua família, alternando com os cuidados à sua filha de 4 anos. Após sua experiência traumatizante no parto de sua primeira e única filha, começou a estudar sobre outras formas de parir e nascer, assim como se engajou em alguns movimentos sociais de luta coletiva pela defesa das mulheres, em especial das mulheres negras.

RUBI:

É uma pedra preciosa que apresenta composição química semelhante à safira, diferindo desta apenas pela presença de cromo em sua composição que lhe confere a coloração vermelha e sua composição química Al_2O_3 . É extremamente raro na natureza. Depois do diamante é a pedra de maior dureza e resistência (BRASIL, 2005).

Rubi escolheu esta pedra preciosa para sua identificação, pois se relaciona com a sua personalidade. Relatou ser uma mulher forte, geniosa, de temperamento difícil, mas ao mesmo tempo dócil.

Está com 26 anos de idade, vive em um relacionamento estável com o pai de seu terceiro filho, é mãe de três filhos, passou pela experiência de três gestações, três cesáreas, nenhum aborto, todos os partos foram hospitalares e financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É uma mulher trabalhadora e no momento está desempregada. Não planejou nenhuma das três gestações. Não possui meio de transporte próprio e casa própria, paga aluguel. Possui baixa renda e ensino médio completo.

BRILHANTE:

O brilhante não é propriamente uma pedra, pois se origina da lapidação de outras pedras como: diamante, rubi, zircão, esmeralda entre outras. O seu grau de dureza vai variar de acordo com o da pedra lapidada que lhe deu origem (BRASIL, 2005).

Brilhante escolheu esta pedra preciosa para representá-la pela variedade de sua beleza, resistência e dureza. Considera-se uma mulher guerreira, batalhadora e humilde. Está com 37 anos de idade. Considera-se esposa dedicada e brava, além de ser uma profissional competente e responsável.

É casada, possui casa própria financiada por projetos do governo, é pedagoga e atua com crianças portadoras de necessidades especiais mentais, entre outras, mas no momento dos diálogos estava desempregada. A renda familiar varia em torno de quatro salários mínimos, possui meios de locomoção próprios. Sua história obstétrica passou por três gestações, dois abortos, um nati-morto. A primeira gravidez passou por aborto espontâneo no estágio inicial da gestação (8 semanas). A segunda gestação estava de 20 semanas, um bebê nasceu de parto normal sem vida e pesou 500 gramas. A terceira gestação estava de 24 semanas o bebê nasceu com vida e sobreviveu por 46 horas. Segundo ela, estas situações a traumatizaram e marcaram definitivamente sua vida. Seus atendimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal foram financiados pelo SUS.

AMETISTA:

A ametista é uma variedade do quartzo roxo. Possui grande resistência a fatores físicos e químicos, seu grau de dureza e resistência situa-se em 7,0. Compõe-se de cristais de sílica (SiO₂). Esta é encontrada na natureza na forma de geodos ou druzas. Geodos são pedras ocas revestidas internamente por cristais de quartzo ou ametista. Drusas são agrupamentos

irregulares de cristais sobre uma matriz. O Brasil, Uruguai e Madagascar são grandes produtores mundiais de jazidas de ametista (BRASIL, 2005).

Ametista escolheu esta pedra preciosa para representa-la, especialmente, por considerar a beleza desta peculiar, além das características de dureza e resistência. Estava com 33 anos de idade. Relatou ser uma mulher sonhadora que batalha para realizar seus sonhos, profissionalmente atua como técnica de enfermagem e diz gostar de desafios, com o intuito de auto testar seus limites. Enquanto casada, diz ter abrido mão de muitas coisas para ver a família unida. Atualmente, seu estado civil é separada e diz buscar sua felicidade sem atrapalhar a vida de ninguém. Em sua história obstétrica, passou por uma gestação, um parto por cesárea, um filho vivo, nenhum aborto e diz não ter planejado engravidar. Relatou que sentia muito medo do parto normal, porém o parto por cesárea lhe deixou traumatizada de tantas dores que sentiu. Seus atendimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal foram financiados pelo SUS.

ÁGUA MARINHA:

A água-marinha é a variedade azul do berilo. Composição química da água marinha $\text{Be}_3\text{Al}_2\text{Si}_6\text{O}_{18}$, encontra-se entre as pedras de maior grau de dureza e resistência da natureza. É encontrada nos Estados Unidos, no México, na União Soviética, no Brasil e na Índia (BRASIL, 2005).

Água marinha escolheu esta pedra preciosa para representa-la por ser a pedra do que o seu signo do zodíaco, como também por suas características de beleza e resistência. Estava com 23 anos. Considera-se uma mulher determinada em seus objetivos, esposa companheira e fiel. Como profissional educadora esportiva, gosta de se atualizar periodicamente e de inovar sua prática profissional diária. Relatou ter dificuldades em lidar com falsas promessas e falsos amigos.

Água Marinha é casada, não possui casa própria, mora de aluguel com seu filho e seu marido, no momento está desempregada. Sua renda mensal varia de 2 a 3 salários mínimos. E sua história obstétrica passou por uma gestação, uma parto normal, nenhum aborto e tem um filho vivo de 1 ano de idade; todo o atendimento durante seu ciclo gravídico-puerperal foi financiado pelo SUS. Diz ter sofrido no início de gestação, pois não foi planejada e se julgava nova demais para ser mãe aos 23 anos, mas, no decorrer do desenvolvimento gestacional, foi se envolvendo e aceitando a gravidez e seu bebê.

SAFIRA:

O nome safira vem do hebraico *Sapir*. Possui a mesma composição do rubi, diferenciando-se apenas pela coloração, e está entre as pedras de maior grau de dureza e resistência, só o diamante é mais resistente que estas duas pedras preciosas. Pode ser de várias cores, mas predomina a variedade azul. O maior produtor mundial é o Sri Lanka.

Safira escolheu esta pedra para representa-la pelas características de resistência e beleza. Estava com 37 anos de idade. Considera-se uma boa filha, boa esposa, uma mãe maravilhosa, afetuosa, muito carinhosa, compreensiva, positiva, amigável, de confiança e fiel. Profissionalmente, se considera muito dedicada ao trabalho, é formada como Educadora Física. Possui apartamento próprio adquirido por meio de financiamento do governo, o qual ainda está pagando pelas parcelas. Tem meio de locomoção próprio.

É casada com o pai de seu filho. Relatou que sua gravidez não foi planejada e nunca tinha almejado ser mãe. Demorou em aceitar a sua gestação e segundo ela a aceitação aconteceu após o nascimento de seu filho. Sua história obstétrica passou por uma gestação, um parto por cesárea, nenhum aborto, e tem um filho vivo. Seus atendimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal foram financiados pelo SUS.

ESMERALDA:

A esmeralda é uma das pedras mais valiosas, junto com o diamante e o rubi. É uma variedade verde do berilo e sua composição química é $\text{Be}_3\text{Al}_2\text{Si}_6\text{O}_{18}$. O principal produtor mundial é a Colômbia, encontra-se entre as pedras de maior grau de dureza e resistência da natureza.

Esmeralda escolheu esta pedra para representa-la pelas características de resistência e beleza. Estava com 33 anos de idade. Considera-se uma boa esposa, uma ótima mãe, compreensiva, carinhosa e fiel. Profissionalmente, se considera muito dedicada e trabalha como vendedora. Possui casa própria e tem meio de locomoção próprio.

É casada com o pai de sua filha. Relatou que sua gravidez não foi planejada, mas queria ser mãe. Aceitou a sua gestação desde que ficou sabendo da gravidez. Sua história obstétrica passou por uma gestação, um parto por cesárea, nenhum aborto e tem uma filha viva. Seus atendimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal foram financiados pelo SUS.

TOPÁZIO:

O nome topázio vem do grego Topaz, que era o nome de uma ilha no mar Vermelho da qual se extraía uma pedra amarela. Ao longo da idade Média, se chamava de topázio toda

pedra preciosa amarela. Atualmente, se considera topázio somente a pedra com a composição $\text{Al}_2(\text{F},\text{OH})_2\text{SiO}_4$. Sua coloração pode variar entre amarelo, alaranjado e marrom; está entre as pedras de maior grau de dureza e resistência, situando-se logo abaixo da resistência do diamante.

Topázio escolheu esta pedra para representa-la pelas características de resistência e beleza. Disse que uma de suas características marcantes é lutar por sua família (mãe e irmãos). E após o nascimento de sua filha falou que sua vida ganhou novo significado, pois antes não tinha objetivos de futuro para sua vida e hoje todas as suas metas e objetivos estão voltados para proporcionar o melhor futuro possível para sua bebê. Possui formação como Educadora Física, mas, no momento, estava desempregada e faz artesanatos para vender como autônoma; não possui renda fixa e nem meios de locomoção próprios.

Estava com 36 anos, vive um relacionamento estável com pai de sua filha. Relatou que sua gravidez não foi planejada e nunca tinha almejado ser mãe. Demorou em aceitar a sua gestação e, segundo ela, a aceitação veio através do apoio que recebeu de seu companheiro, sua família e seus amigos. Sua história obstétrica passou por uma gestação, um parto por cesárea, nenhum aborto, e tem uma filha viva. Seus atendimentos durante todo o ciclo gravídico puerperal foram financiados pelo SUS.

2.4.2 Local do Estudo:

O estudo foi realizado em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Em um primeiro momento, a coleta iria se concentrar numa cidade do estado de São Paulo. Então, buscamos nos aproximar do campo de pesquisa por meio de visitas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Estratégia da Família (USF), desta cidade, com o intuito de divulgar e esclarecer que a pesquisadora estaria conversando com mulheres e homens nas salas de espera das mesmas, com o objetivo de divulgar e dialogar sobre o tema violência obstétrica. Neste momento, verificamos carência de informação sobre o tema entre os profissionais de saúde, além das pessoas da comunidade.

Devido às dificuldades encontradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) em minha primeira aproximação do campo de pesquisa, elaborei outra estratégia para coleta dados.

Diante disso, elaboramos um folder e um cartaz explicativo sobre violência obstétrica (APÊNDICES B e C) buscando fornecer instrumentos de orientação e informação para a comunidade e profissionais de saúde. Este material informativo foi distribuído em locais estratégicos como salão de cabeleireira/o, pousadas, entre outros locais públicos e também para amigos e parentes. As pessoas responsáveis por estes estabelecimentos descritos acima fizeram o primeiro contato com as mesmas, com o intuito de evitar viés em pesquisa.

Após isso, foi feito o convite para participar da pesquisa às mulheres que referiram ter passado por algum tipo de sofrimento ou violência na atenção à gestação, ao parto, nascimento e amamentação. Mediante a coleta dos nomes das mulheres e contato telefônico e/ou endereços foram convidadas a participar da pesquisa.

Os locais dos encontros foram sendo definidos a partir das escolhas das mulheres, variando desde suas residências, a casa da pesquisadora, um salão de cabeleireiro ou café próximo a seus locais de trabalho, com o objetivo de facilitar os encontros, uma vez que a maioria das participantes são mulheres trabalhadoras de baixa renda.

Os contatos com as duas primeiras participantes da pesquisa aconteceram da forma descrita acima. Logo, na coleta destes dois primeiros relatos, as participantes começaram a indicar outras colegas que tiveram filhos/as pelo SUS e estavam dentro dos critérios de inclusão, caracterizando a técnica de coleta de dados em sistema de “Bola de Neve” (Snow Ball). Esta técnica de coleta de dados pelo sistema de “Bola de Neve” permite uma amostra por referência (PEDERNEIRAS et al., 2011). As participantes faziam o primeiro contato com as colegas e conhecidas explicando sobre a pesquisa e, se as mesmas concordassem, era feito o contato pela pesquisadora. Deste modo, a coleta de dados foi se processando, naturalmente, pelo sistema de “Bola de Neve” (Snow Ball) e de forma dialógica, a partir da interação das mulheres, umas com as outras, no mundo da vida.

2.4.3 Instrumento de Coleta de Dados e a Coleta de Dados:

Foi utilizada uma entrevista baseada na modalidade de relato comunicativo que, segundo Gomez et al. (2006, p. 80), corresponde a um diálogo entre o/a investigador/a e o/a investigado/a, o qual tem a intenção de refletir, interpretar, compreender a vida cotidiana desta última. Este relato foi conduzido por meio de um roteiro semiestruturado, o qual tem a finalidade de identificar dados referentes à experiência e satisfação em relação aos

atendimentos, procedimentos e suporte técnicos realizados na assistência à saúde da mulher na gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação.

Para a confecção do roteiro de relato comunicativo, a pesquisadora contou com um conselho assessor. Este conselho assessor é formado por pessoas representativas de coletivo, grupos e/ou comunidades que estejam de alguma maneira envolvida com os problemas investigados. Estas pessoas com seus conhecimentos, argumentos e maneiras de entender a realidade pesquisada a enriquecem com seu o olhar o tema investigado. Entre suas funções, podem ser destacadas: aporte de conhecimentos, revisão crítica de documentos, orientação sobre o processo desenvolvido pelo projeto, de modo comunicativo. Podem pertencer ou não aos sujeitos da investigação (GÓMEZ et al., 2006, p. 48).

O conselho assessor de minha pesquisa foi composto por três mulheres da comunidade local, mas não fazem parte amostra das participantes da investigação, uma vez que estas mulheres se identificavam tendo sofrido violência obstétrica. Coletei seus relatos, por meio de gravador de áudio digital, transcrevi os relatos na íntegra e com fidelidade, fiz leituras reflexivas e interpretativas. A partir destes diálogos, emergiram três temas gerais: período da gestação, período do trabalho de parto e parto e período do pós-parto e amamentação.

Ainda, utilizando-se como base os relatos do conselho assessor, elaborei as perguntas abertas do roteiro de relato comunicativo. A validação do roteiro se deu por meio da coleta de um relato comunicativo piloto, prestado por uma mulher participante da pesquisa que sofreu este tipo de violência.

A coleta de dados ocorreu individualmente, em dois momentos distintos. No primeiro momento, foi solicitada a autorização mediante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), sendo que uma cópia deste permaneceu com as mulheres e a outra com a pesquisadora. Em seguida, dialogávamos sobre o tema a fim esclarecer possíveis dúvidas e tínhamos o roteiro de relato comunicativo, a partir deste se estabelecia o diálogo.

Como ferramenta para coleta de dados, utilizei um gravador de áudio digital. Após, a gravação, realizei a transcrição do relato na íntegra, fiz uma sistematização e classificação dos recortes de narrativas. Posteriormente, ocorria o segundo encontro, com a finalidade de consensuar com as mulheres quais trechos de seus relatos haviam sido elementos transformadores ou excludores em suas experiências de gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação.

Todos os encontros foram gravados em áudio com a finalidade de proporcionar maior liberdade e fluência para o diálogo entre a participante e a investigadora, de forma que fosse possível aproveitar a maior quantidade e riqueza de detalhes dos diálogos na transcrição e posterior análise dos resultados.

2.4.4 Análise dos dados:

Para Gómez et al. (2006, p. 93), na abordagem comunicativa crítica, a análise qualitativa dos dados se constitui em um processo de analisar as unidades do conhecimento cultural que os sujeitos participantes possuem. Procedendo a análise a partir de fragmentos dos relatos comunicativos coletados em unidades de sentido ou de significado, com o objetivo de sistematizar e organizar os dados.

A classificação e sistematização dos dados coletados se deu a partir do método de interpretação de sentidos, que consiste em uma leitura compreensiva ou várias leituras de cada relato, exploração do material e elaboração da síntese interpretativa (MINAYO, 2013).

Na fase de leitura compreensiva do material coletado e transcrito, inicia-se a montagem da estrutura de análise envolvendo sucessivas classificações temáticas a partir de recortes das narrativas, de forma que vários tipos de agrupamentos podem existir numa mesma estrutura de análise (MINAYO, 2013, p. 100-101).

A fase da exploração do material é de extrema importância para identificar e problematizar as ideias explícitas e implícitas nas narrativas, buscar sentidos mais amplos (socioculturais) atribuídos às ideias, dialogar com as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto, como por exemplo, os conhecimentos adquiridos pelo/a investigador/a em seus levantamentos bibliográfico sobre o tema pesquisado (MINAYO, 2013, p. 101).

A fase da elaboração de síntese interpretativa é a interpretação propriamente dita, a qual se faz possível quando trabalhamos com os sentidos mais amplos que traduzem a lógica do conjunto do material. Deste modo, é importante traçar uma articulação entre os objetos de estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos (MINAYO, 2013, p. 101).

A partir desta sequência descrita acima, foi realizada a primeira etapa de organização e classificação dos recortes dos relatos em temas específicos, separando-os em temas gerais, já pré-estabelecidos no roteiro de relato comunicativo utilizado, que foi descrito em três

quadros: violência obstétrica na gestação, violência obstétrica no trabalho de parto e parto e violência obstétrica no pós-parto e amamentação, como mostra o quadro exemplo abaixo:

Quadro 1: Quadro exemplo: Vivência da Gestação.

Vivência da Gestação	<i>Elementos Transformadores</i>	<i>Elementos Excluídos</i>
Opala		
Diamante		
Rubi		

FONTE: Autoria própria.

Esta organização inicial dos dados coletados forneceu suporte e ampliação do campo de visão da pesquisadora para a construção de elementos transformadores e elementos excluídos, os quais foram elaborados a partir temas específicos.

Para finalizar a organização e sistematização dos dados, foi construído o quadro da Matriz Final dos resultados, nível básico de análise da Metodologia Comunicativa Crítica, com a elaboração de um quadro de análise, conforme a Figura 1.

Quadro 2: Figura 1. Nível básico de análise: categorias e elementos.

	Sistema	Mundo da vida
Elementos excluídos	n1	n2
Elementos transformadores	n3	n4

FONTE: (GOMEZ et al., 2006, p. 103).

As categorias são classificadas em dois tipos: sistema e mundo da vida (GOMEZ et al., 2006, p. 103-104). O sistema se caracteriza pelo desenvolvimento do mundo instrumental e organização estratégica econômica e política, onde impera a não linguagem, a não discussão, ou seja, é a macroestrutura. O mundo da vida é onde o processo comunicativo, as problematizações e discussões de valores morais acontecem, podendo os indivíduos, nesta perspectiva, se “descolonizar” do sistema (HABERMAS, 2012).

Ambas as categorias foram baseadas na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e podem ser ampliadas, subtraídas ou modificadas de acordo com os objetivos da pesquisa e com os relatos que surgem. Portanto, n1 configura os elementos excluídos e n3 os elementos transformadores relacionados à categoria sistema e n2 os elementos excluídos e n4 os

elementos transformadores relacionados à categoria mundo da vida (GÓMEZ et al., 2006, p.104).

Para Gómez et al. (2006, p. 95), os elementos excludores correspondem as barreiras que algumas pessoas ou coletivos encontram e que os impedem de usufruir de práticas e/ou de benefícios sociais. Contribuem para exacerbar as desigualdades sociais.

Os elementos transformadores são as que contribuem para a superação das barreiras que impedem as pessoas e/ou coletivos excluídos de práticas e/ou benefícios sociais. Contribuem para transformação social e superação das desigualdades (GÓMEZ et al., 2006, p. 96).

Na Matriz Final dos resultados se encontram apresentados os números de elementos e de menções. Os elementos referem-se ao número de elementos transformadores e excludores encontrados nos recortes de narrativas por parágrafos e/ou frases nos relatos comunicativos. Já o número de menções refere-se à quantidade de vezes que o elemento transformador ou excludor se repete nos relatos comunicativos.

2.4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Respeitando-se as definições da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012), sobre ética em pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos (CONEP), para análise e aprovação. O projeto de mestrado intitulado: “Violência Obstétrica: sob a perspectiva de mulheres que a vivenciaram” e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) foram aprovados pelo CEP sob o parecer de nº 1.067.336 (APÊNDICE A). Diante disto, iniciamos a pesquisa de campo para realizar a coleta de dados, que se deu de 18/05/2015 até 15/12/2015.

No TCLE constam informações sobre a pesquisa e a garantia as possíveis participantes do sigilo das informações prestadas e da possibilidade de desistência a qualquer momento. Informações adicionais puderam ser fornecidas sempre que necessário, quando ocorriam dúvidas pela entrevistada.

3 RESULTADOS e DISCUSSÕES:

Neste capítulo, encontra-se a apresentação da análise de todos os relatos coletados. Para organização e categorização dos resultados da pesquisa, foram identificados inicialmente temas gerais que perpassaram as histórias de todas as mulheres participantes da pesquisa. Estes foram divididos em: violência obstétrica na gestação, violência obstétrica no trabalho de parto e parto e violência obstétrica no pós-parto e amamentação. Cada tema geral está apresentado em um quadro síntese contendo os elementos transformadores e excludores obtidos a partir da análise dos relatos comunicativos de cada mulher. Após cada quadro síntese, apresenta-se a classificação em elementos transformadores e excludores a partir dos recortes de narrativas de cada mulher, seguido pelas respectivas discussões de acordo com a literatura científica, a luz da perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos. No quarto e último quadro, encontra-se a matriz final dos resultados e sua discussão.

3.1 Resultados:

Nesta primeira etapa, os diálogos foram organizados, sistematizados e classificados em temas gerais e elementos excludores e transformadores. Os temas gerais foram classificados em: período da gestação, período do trabalho de parto e período do pós-parto e amamentação. Cada tema geral será apresentado em um quadro síntese contendo os elementos transformadores e excludores obtidos a partir da análise dos relatos comunicativos de cada mulher, ou seja, teremos a representação da classificação dos resultados de todas as mulheres no quadro síntese de cada tema geral. Estes quadros foram construídos de acordo com as orientações de análise da Metodologia Comunicativa Crítica (GÓMEZ et al., 2006). Após cada quadro síntese, apresenta-se a classificação em elementos transformadores e excludores por meio dos recortes de narrativas de cada mulher, seguido pelas respectivas discussões de acordo com a literatura científica, a luz da perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos.

Quadros de Análise dos Relatos Comunicativos

Quadro 3: Vivência da Gestação.

Vivência da Gestação	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
<i>OPALA</i>		* Falta de orientação profissional
<i>DIAMANTE</i>		* Falta de orientação profissional * Isolamento
<i>RUBI</i>	* Busca pessoal por informações	* Falta de orientação profissional * Insatisfação com o atendimento
<i>BRILHANTE</i>	* Apoio profissional	* Falta de orientação profissional * Insatisfação com o atendimento
<i>AMETISTA</i>	* Satisfação com o atendimento. * Segurança com o atendimento.	* Maus tratos
<i>ÁGUA MARINHA</i>		* Frustração
<i>SAFIRA</i>	* Apoio	* Insatisfação com o atendimento * Frustração
<i>ESMERALDA</i>	* Apoio	* Falta de orientação profissional. * Maus tratos * Insatisfação com o atendimento
<i>TOPÁZIO</i>	* Apoio	* Insatisfação com atendimento

FONTE: Autoria própria.

OPALA:

A falta de orientação profissional no pré-natal em relação ao parto se apresentou como um elemento exclutor em várias histórias. Na percepção de *Opala*, ocorreu a falta de orientação profissional, dado que as consultas de pré-natal se limitavam a procedimentos técnicos e, no decorrer deste não recebeu informações que lhe trouxessem segurança para tomar a decisão sobre que tipo de parto queria para si. O atendimento era centrado no médico, com pouca participação de outros profissionais, sendo este o modelo de assistência pré-natal que predomina na maioria das UBS, como demonstram os recortes de narrativas a seguir:

[...] nem na minha primeira filha e nem no segundo ninguém me explicou como seria, nem nada. [...] fui ter informação na hora do parto, que aí a médica (falou) [...] fui eu que perguntei para ela o que ela achava melhor (cesárea ou parto normal), eu não tinha noção de nada. [...] (OPALA).

Opala referindo-se às consultas de pré-natal:

[...] Foram bem rápidas. [...] Era porque eu ia e ele (médico) perguntava se estava tudo bem, acabou. [...] Não media a barriga sempre. O coração do nenê, não era todas as vezes que ouvia o coração dele, isso era coisa de 15 ou 20 minutos no máximo. [...] (OPALA).

DIAMANTE:

Para *Diamante*, a falta de orientação profissional no pré-natal foi um elemento exclutor para sua vivência e experiência de todo seu período gravídico-puerperal. Relatou que, se o médico do pré-natal tivesse sido mais acolhedor, conversando sobre as modificações gravídicas na mãe e no bebê, sobre parto, entre outros, talvez ela tivesse conseguido superar a negação da gravidez e o isolamento aos quais se submeteu.

[...] Não, eles nem assim, ameaçavam compartilhar qualquer tipo de informação, mas eu também não perguntava. [...] Eu não tinha uma ideia formada sobre o que era o parto, eu estava em tamanha alienação, tamanha negação, que eu não cheguei a me ater a isso, só que eu imaginava que era algo que o seu corpo faria naturalmente, era essa a imagem que eu tinha de um parto [...] (DIAMANTE).

Esse elemento Isolamento foi exclutor para *Diamante* em sua vivência e experiência com sua gestação, pois não havia planejado engravidar. Relatou que nesse período viveu em completo estado de alienação e negação, o que trouxe muito sofrimento na gestação. Diz ter feito seu pré-natal "no automático", só para ver se estava tudo bem com o bebê. Ainda relatou que provavelmente esse foi o período mais difícil de sua vida.

[...] A minha gravidez não foi planejada, eu descobri que estava grávida já entrando no 6º mês de gestação e eu tinha acabado de trocar de curso na Faculdade, então como eu morava fora de casa, eu decidi que aquela gestação seria minha, eu não compartilharia com ninguém, então ninguém ficou sabendo de minha gravidez [...] (DIAMANTE).

[...] Ninguém. Ninguém ficou sabendo da minha gravidez; eu levei minha gravidez sozinha. [...] (DIAMANTE).

[...] Foi, acho que a etapa mais difícil da minha vida inteira, porque eu não queria, não era o momento, eu não sabia como lidar com aquilo, então eu preferi assim me isolar [...] (DIAMANTE).

RUBI:

Rubi realizou todo seu o atendimento de pré-natal em uma UBS próximo de sua residência. O modelo de assistência desta unidade do SUS, bem como da grande maioria, como apontado acima, é centrado no médico com baixa participação de outros profissionais de saúde. Em suas consultas de pré-natal refere não ter recebido informações que sanassem suas dúvidas e lhe trouxessem segurança sobre a gravidez, parto e pós-parto.

Para **Rubi**, a falta de orientação profissional foi um fator exclutor na experiência do nascimento de seu primeiro filho. Na primeira gestação não recebeu orientação sobre os tipos de partos e o processo de nascimento, e na sua terceira gestação, por apresentar uma complicação, buscou informações, mas não foi bem acolhida pelo médico em relação às suas dúvidas. Portanto, o desconhecimento por falta de informação lhe causou medo e ansiedade.

[...] era a minha primeira gravidez, eles não explicaram muita coisa. Você vai saber na hora o que é, eles só falam do desenvolvimento da criança [...] (RUBI).

[...] A gente não tem muita orientação de como vai ser, do que é um parto normal, do que é a cesárea, a gente ouve falar, mas não que tenha um médico que orienta a gente não [...] (RUBI).

[...] do meu terceiro filho, porque foi a gravidez que eu tive uma complicação, tive polidrâmnio, e o médico não me explicou muita coisa, na verdade ele não me explicou nada. Eu fui descobrir porque pesquisei e comecei a questionar ele, mas acho que foi isto assim, eu tinha muita dor e não sabia de onde era, e para eles tudo era normal. [...] ele (o médico) não gostava que ficasse perguntando, ele dava o mínimo de informação possível [...] (RUBI).

[...] quando eu cheguei para ganhar nenê, eu não entendia nada, não sabia nada, então do meu primeiro filho foi um pouco difícil [...] (RUBI).

[...] Eu acho que são os profissionais que não são bem orientados, que não dão orientação certa, que não se preocupam muito, eu acho, não estão preparados [...] (RUBI).

Este elemento Insatisfação com o atendimento foi exclusor na experiência e vivência da gravidez para Rubi. Diz ter lhe causado medo de perder o bebê, sofrimento e ansiedade.

[...] o primeiro ultrassom que eu fiz nele (nenê), eu fiz pelo SUS e deu que o nenê tinha um sopro no coração, que o coração dele demorava muito para bater. E estava fraco. Só que lá no ultrassom eles me falaram isso, então eu achei que eles foram meio que despreparados para falar, porque eu acho que quem tinha que ter dado este diagnóstico era o médico, e não um técnico de imagem, não era um médico que fez [...] (RUBI).

Quando recebeu a informação de que seu bebê tinha algum problema cardíaco, Rubi foi conferir esta informação com outro profissional. Este processo de buscar por outro exame, com custos financeiros à família, causou desconforto emocional e econômico com gastos desnecessários.

[...] saiu de lá e fomos para uma clínica, para fazer um exame particular, eu fui e me informaram que não, que estava tudo bem com o nenê, depois disso eu levei esse exame para o meu médico e ele me falou o mesmo, que os dois exames estavam iguais [...] (RUBI).

O elemento busca pessoal por informações foi transformador para **Rubi**. Diferentemente da postura mais passiva na primeira gestação, na terceira gestação **Rubi** foi em busca de informações sobre o diagnóstico de polidrâmnio desta última gravidez, o que lhe trouxe o esclarecimento de suas dúvidas. Esses esclarecimentos lhe trouxeram conforto e segurança. Relata que, conforme conseguia ler um pouco sobre a complicação que teve em sua gravidez, se sentia mais segura, porque compreendeu que aquilo não significava risco de morte nem para ela ou para o bebê.

[...] do meu terceiro filho, porque foi a gravidez que eu tive uma complicação, tive polidrâmnio, e o médico não me explicou muita coisa, na verdade ele não me explicou nada, eu fui descobrir porque pesquisei e comecei a questionar ele [...] (RUBI).

[...] eu tinha aquele livrinho crescendo com saúde, e eu que começava a ler, porque lá eu tenho algumas informações, mas que o médico pára, para te dizer o que é um parto normal, o que é uma cesárea, nada, eles não explicavam nada. [...] (RUBI).

BRILHANTE:

Na história de *Brilhante*, a falta de orientação profissional também significou negação do médico ao diálogo durante suas consultas de pré-natal, e foi um elemento exclusor que lhe causou insegurança e frustração.

[...] Não recebia informações do médico, eu tinha que perguntar no cursinho de gestante, por isso que eu estava fazendo cursinho [...] (BRILHANTE).

[...] A segunda vez que eu engravidei, estava super feliz, comecei a fazer o tratamento, acompanhamento, o pré-natal com o Dr. M., no ARE (Ambulatório Regional de Especialidades), ele foi assim, ele nem olhava na minha cara na verdade, então eu tentei mudar de médico, não consegui pelo SUS (Sistema Único de Saúde), era aquele que tinha e eu tinha que ser atendida por ele [...] eu passava pelas enfermeiras, fiz até aquele cursinho de gestante, mas eu passava pelo Dr. M., só que ele era assim, muito ausente. Passava por ele, mas ele era ausente em todos os aspectos. [...] (BRILHANTE).

[...] Em relação aos meus exames ele olhava [...] olha está tudo bem, está normal, era o que sempre me falava, está tudo normal, [...] não tinha um diálogo com ele [...] (BRILHANTE).

O elemento exclusor insatisfação com o atendimento também foi recorrente na história de Brilhante. Em várias situações, relatou ter sido atendida com descaso, negligência e desrespeito. Conforme relatou, sentia-se indignada e humilhada pela forma como era atendida, o que lhe causou frustração e sofrimento. Brilhante, como muitas mulheres, creem que no convênio o atendimento seria melhor.

[...] eu lembro que ia para as consultas bem animada, querendo saber, querendo escutar, querendo que me trouxessem mais informações. E não tinha nada disso, ele (médico) mal olhava na cara da gente, mal se dirigia a gente, então era assim. Eu saía de lá muito decepcionada, porque eu queria mais. Eu lembro que pensava “meu Deus, eu tinha que ter um convênio”, só que também quando eu tive um convênio (na última gravidez, em 2005), deixou a desejar como aconteceu no SUS. Mas assim, foi muito triste, muito triste você querer ter as coisas, fazer as coisas e não tem nada assim. Eu lembro que eu perguntei para uma enfermeira e fiquei sabendo que ele atende lá no Hospital A., e disse que queria ver se eu pagasse uma consulta lá, se ele pelo menos olharia para mim. A enfermeira ficou muito sem graça, ainda falei assim, eu vou juntar dinheiro e vou pagar uma consulta para ver qual a diferença dos atendimentos lá, não é possível esse médico fazer o que e faz (BRILHANTE).

[...] no ultrassom que ele pediu, a moça (médica) do ultrassom falou que eu estava com pouco líquido, que era para procurar meu médico. [...] Eu já estava de 5 meses.

Fui até o ARE (Ambulatório Regional de Especialidades), procurei, ele estava em atendimento [...] entrei na sala dele, falei para ele que a moça do ultrassom falou, ele simplesmente olhou para minha cara, deu risada e falou – vai embora para sua casa, ela não sabe de nada [...] Nada, não colocou a mão em minha barriga, nem levantou a cabeça praticamente para olhar para mim [...] (BRILHANTE).

[...] vivi situação constrangedora, que me causou sofrimento durante a gestação [...] Com certeza. Quando eu ia no ARE, eu já sabia que aquilo ali. Era tipo bater o ponto, era essa a sensação que a gente tinha, vou lá bater o ponto e já volto, porque ele não falava, ele não conversava, ele não era um médico presente, ele estava ali cumprindo o papel dele para o dia dele passar. Então assim, a gente perguntava e ele não respondia, ele não dava resposta, ele não era uma pessoa que dialogava com a paciente, nunca houve este diálogo. [...] Causou sofrimento, constrangimento, a gente fica triste, a gente vai com uma expectativa para escutar, para saber mais e a gente volta com uma decepção, frustração [...] (BRILHANTE).

Para **Brilhante**, apoio profissional das enfermeiras, por meio do curso de gestantes, representou um elemento transformador na vivência do pré-natal. Neste espaço, sentiu-se acolhida.

[...] Pelas enfermeiras, pelo curso de gestante que eu fiz, aprendi bastante. Eu tinha dúvidas e elas eram esclarecidas, mas pela equipe de fora (enfermagem) e não pelo médico [...] O único momento do pré-natal que me sentia bem acolhida era no cursinho de gestante. [...] Com certeza, o grupo de gestante me trazia satisfação. Pois lá eu aprendia e adquiria conhecimento, elas ensinavam a gente, conversavam com a gente [...] (BRILHANTE).

AMETISTA:

Para **Ametista**, o elemento maus-tratos também foi exclusor e ocorreu durante consulta na emergência clínica de obstetrícia. Disse que este atendimento lhe trouxe constrangimento, sofrimento desnecessário, desrespeito e abuso profissional.

[...] Passei por uma situação constrangedora durante toda a minha gravidez. Uma vez porque eu tive uma íngua na virilha, eu estava de 7 meses, eu não estava conseguindo nem andar, eu fui para o Hospital B., na emergência. Chegando lá, tinha três residentes, eu estava com a íngua na virilha e os três residentes fizeram o toque, não entendi porque do toque se estava com uma íngua, parecia um pelo inflamado, mas era uma íngua. Eles (residentes) disseram: “gestante tem íngua, é normal”, mas aí os três residentes fizeram o toque em mim, eu achei meio chato aquilo, acho que não era necessário três [...] (AMETISTA).

[...] Os três rapazes, um fez, aí o outro foi lá e fez, e outro foi e fez também. Achei que era desnecessário três homens fazerem toque em mim ao mesmo tempo [...] (AMETISTA).

Ametista, referindo-se à situação que lhe trouxe satisfação e segurança com o atendimento, apresentou um elemento transformador para sua experiência gestacional:

[...] Foi ótimo o meu atendimento de pré-natal, meu médico foi excepcional, explicava tudo todo mês nas consultas. Toda consulta ele me tranquilizava, examinava, colocava para ouvir o coração do nenê, ele foi muito atencioso, então o meu atendimento foi muito bom [...] (AMETISTA).

[...] Foi marcante, muito marcante, ele me passou muita confiança. Segurava na minha mão e falava fica calma, você é jovem, vai dar tudo certo, seu nenê vai nascer bem, ele foi um pai durante a minha gestação [...] (AMETISTA).

ÁGUA MARINHA:

A frustração na gestação foi um elemento exclutor para *Água Marinha*, pois não havia planejado a gravidez e considerava-se muito jovem para ser mãe. No início da gestação, esses fatores lhe causaram sofrimento.

[...] Da minha família foi que todo mundo sempre me apoiou, só que a gravidez não foi planejada, no começo eu sofri muito porque não aceitava a gestação, conforme o tempo foi passando eu fui aceitando, mas no começo foi um susto mesmo, para todo mundo, porque não era esperado, não foi planejado, teve que se reorganizar tudo para incluir o meu nenê [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] Foi um trauma, [...] morava com minha mãe, tive que ir atrás de uma casa para morar eu e o pai do meu filho. É bem diferente se você for organizando, lógico que você vai ter um filho só depois que tiver a sua casa, um emprego estável, tudo. Mas eu não, eu estava começando em um emprego e logo descobri que estava grávida, eu morava com minha mãe, não tinha uma casa, não tinha móveis, então teve que comprar tudo, teve que ir atrás de tudo, em cima da hora foi meio frustrante [...] (ÁGUA MARINHA).

SAFIRA:

A história de *Safira* agrega outro aspecto decorrente da insatisfação com atendimento, o qual foi um elemento exclutor para sua experiência gestacional. Ao ser interrogada sobre os antecedentes obstétricos, o médico duvidou de sua palavra quando relatou que não tinha feito nenhum aborto. Isso foi muito violento na opinião de Safira.

[...] eu tinha 26 anos e o médico nem olhou na minha cara, eu entrei e ele falou assim: “SAFIRA quantos anos você tem?” 26. Quantas gravidezes você já teve? 1. Quantos abortos você já fez? Nenhum. Ele parou e olhou para a minha cara e disse: “nenhum?” Não nenhum. Com 26 anos você não fez nenhum aborto? Não. Ele duvidou e como eu tinha 26 anos, e hoje o mundo está do jeito que está. [...] isso é violência. Eu falei: não, eu não fiz nenhum. Eu achei um absurdo ele falar daquele jeito comigo. Eu estava contando que não tinha e ele estava: como que você não teve? Ele achou que eu estava mentindo [...] (SAFIRA).

Para *Safira*, o elemento excludor frustração na gestação teve início com a descoberta da gravidez não esperada, que foi muito assustadora, pois soube que estava grávida com 21 semanas de gestação. Safira também nunca havia cultivado o desejo de ser mãe.

[...] Olha, a minha gravidez foi muito assustadora, porque eu descobri que estava grávida com 21 semanas e meia, porque eu menstruei normal, eu sentia. Eu dava aula na piscina e quando entrava na piscina, sentia alguma coisa mexer embaixo na minha barriga, e eu comecei a ter uma barriga, embora eu seja gordinha, eu não tinha barriga, e eu falava que estava acontecendo alguma coisa errada comigo. Fui na médica – M. H., e ela fez exame de toque, fez papanicolaou, tudo em mim, está tudo certo, eu comecei...[...] (SAFIRA).

Safira refere que a médica não solicitou nenhum tipo de exame para confirmar ou descartar a hipótese de gravidez. Logo em seguida, procurou outro médico que, por meio do toque vaginal e de um ultrassom, confirmou a gestação. Mesmo diante da notícia da gravidez, Safira simbolicamente negou a gestação e não comprou nada para o bebê. Diz que desde o enxoval, aos móveis e demais utensílios foram todos providenciados por familiares.

[...] Tudo bem, passou no outro mês, nada também, eu não menstruei, aí resolvi ir em outro médico, aí o Dr. L. F., ele fez o exame de toque em mim e disse: “eu acho que você está grávida, eu falei: de jeito nenhum” [...] eu fui fazer o ultrassom, [...] brinquei com ele: moço (médico), se por acaso eu estiver grávida, acontecer alguma coisa, dá para ver aí tudo. Ele falou: “dá para ver sim”. Eu fui fazer o ultrassom intravaginal. Ele colocou já e falou assim: olha, você está grávida sim e seu nenê já está grande. E eu: como assim?! Eu não sabia se ria ou se chorava, estava sozinha e eu nunca pensei em ser mãe, nada. Vi o desespero da minha irmã (sua irmã gêmea perdeu 3 gestações de forma traumática). Ele falou: olha, você está de 21 semanas e meia, seu nenê já está grande, aí foi embora, aí eu vim e avisei o R. (esposo). Quer dizer, eu fiquei grávida, assim que eu soube, foram mais 3 meses de gestação, e nisso eu chorei muito, chorava muito, porque eu não queria [...] (SAFIRA).

Para *Safira*, o apoio da família foi essencial para que ela superasse o sofrimento e negação da gestação.

[...] A parte da minha família, minha mãe, meu pai foi até tranquilo, minha mãe me dava a maior força. O R.(esposo) dava, mas ele não era muito presente. Não ia ao médico comigo, eu ia, porque eu sempre fui muito eu, sozinha para resolver as coisas e só. O R. (esposo) nunca foi comigo não, no médico [...] (SAFIRA).

ESMERALDA:

Para *Esmeralda*, a falta de orientação profissional foi exclusor em sua experiência gestacional e, segundo sua percepção, este elemento colocou o bebê e ela a riscos desnecessários, pois sua filha acabou nascendo prematura. No entanto, nos atendimentos de pré-natal, os profissionais diziam que estava tudo bem com a gestação.

[...] Houve intercorrência, o que eu soube só no final de minha gestação. Durante todo o período de gestação, eu não sabia o que estava ocorrendo. Só soube da intercorrência no final da gravidez, com 7 meses, quando eu fui a uma médica e paguei uma consulta particular, e ela me disse nesse dia que alguma coisa estava errado com a minha gestação. A partir deste momento, ela já me internou para descobrir o que acontecia [...] (ESMERALDA).

[...] Disse que eu estava com o colo do útero muito baixo e que meu nenê poderia nascer a qualquer momento. Fui internada comecei a tomar alguns remédios para segurar a gestação. [...] Eu tomei injeção para amadurecer o pulmão do nenê internada. Quando eles me internaram, ela me deu esta injeção. Acho que ela já sabia que o nenê poderia nascer a qualquer momento. [...] Ela conseguiu que eu fizesse um ultrassom lá pelo SUS, porque particular ele era muito caro, eu não tinha como pagar. Ela conseguiu este ultrassom para mim, através deste exame ela viu que eu não tinha líquido mais, então ela me transferiu para um hospital aqui da cidade de R. P., onde tivesse UTI neonatal [...] (ESMERALDA).

Para *Esmeralda*, a insatisfação com o atendimento:

[...] Eu não gostei do meu atendimento de pré-natal, na verdade, desde o início, porque eu ia às consultas num Posto de Saúde, na UBS e o médico que me atendeu de início, logo na 1ª consulta eu não me senti à vontade, não gostei da maneira que ele falava, do jeito que fui atendida, só que eu não podia trocar, por que era um Posto de Saúde [...] (ESMERALDA).

[...] Considero que vivi situações constrangedoras, pois não recebi atendimento adequado durante minha gestação. Nos momentos em que eu sentia dor, às vezes muito forte, eu ia para o hospital [...] chegava lá, ele me deitava, fazia exame de

toque, me machucava, e me falava que estava tudo bem. Raramente eu ficava lá tomando soro, que eu não sei nem para que, porque eu perguntava e ninguém falava nada, está normal e eles explicavam assim: você está sentindo dor porque toda mulher grávida sente dor, era isso [...] (ESMERALDA).

Para *Esmeralda*, o elemento maus-tratos foi exclusor, pois durante uma internação por intercorrência na gestação houve manipulação excessiva de sua genitália (toques vaginais repetitivos), o que significou constrangimento, sofrimento desnecessário, desrespeito e abuso profissional.

[...] estava internada, e em um determinado momento eles me colocaram em outra sala para me fazer um exame de toque, eu não via necessidade daquilo. Eu particularmente pensei naquele momento, que eles estavam fazendo aquilo comigo porque havia estudantes naquele local, naquele momento, que eles precisavam fazer isso, não sei, ver alguma coisa, não entendo, e foi uma situação desagradável, porque fiquei deitada lá bastante tempo, foi um rapaz e uma outra moça que veio fazer o exame de toque em mim, e eu achando que eles estavam ali brincando, estavam fazendo algo sem necessidade, eles conversando o tempo todo, falando entre eles sobre a vida particular, em momento algum falaram comigo, só simplesmente eu estava deitada ali e eles vinham fazer o exame de toque em mim. Não se identificaram para mim [...] (ESMERALDA).

[...] Não. Eram 4 pessoas, 3 meninas e 1 rapaz, e eles estavam ali naquela sala conversando, dando risada, brincando, ela veio, a 1ª moça e fez o exame de toque, ela saiu e foi para o balcão, anotou alguma coisa em alguma caderneta, e depois veio esse rapaz, que também fez exame de toque, e eu estava deitada naquela posição ingrata, tão constrangedora, e ele sentado na minha frente e olhando lá dentro, pondo a mão lá e eu fiquei sem entender para que era aquilo. Na realidade, essa foi uma parte bem traumatizante, que eu não consigo esquecer. Acho que foi frustrante, foi frustrante na verdade [...] (ESMERALDA).

Para *Esmeralda*, o elemento transformador apoio da família foi muito importante em sua experiência com a gestação.

[...] Em relação à família eu sempre tive muito apoio e quando soube da minha gravidez fiquei muito feliz, na verdade, eu não esperava no momento, mas fiquei muito feliz. E eu tinha expectativa que seria assim, uma coisa mágica, que eu ouvia das pessoas contando como que era, a barriga crescendo então tinha que ser maravilhoso, desde o início até o final [...] (ESMERALDA).

TOPÁZIO:

Para *Topázio* a insatisfação com o atendimento foi um elemento exclutor na experiência gestacional. As situações representadas no recorte de narrativa abaixo ficaram marcadas para ela como desrespeito, negligência, tristeza e sofrimento na gestação.

[...] Foi uma loucura meu atendimento pré-natal, eu tive dois médicos loucos, o primeiro me dava informações contraditórios, uma hora eu estava com 4 meses, outra eu estava com 3 meses... E exame ele não passava, falava que ia pedir no próximo mês, e não passava. Tinha exame que eu tinha que fazer, e eu tive que fazer exame particular... O outro médico que eu fui continuei com ele até o final da gravidez, ele era doido. Porque ele fazia tudo muito rápido, eu não tinha tempo nem de perguntar, ele falava que ele tinha muita gente para atender. Ele falava rápido demais, tudo de uma vez, eu ficava perdida. Mas foi melhor que o primeiro, esse eu sabia pelo menos de quantos meses eu estava [...] (TOPÁZIO).

[...] Sim, vivi situação constrangedora que me causou sofrimento durante a gestação. Foi nos 2 primeiros meses que eu tive muita cólica, eu tive sangramento.... Isso foi na emergência do Hospital S. C. aqui da cidade que eu moro. A médica chegou me disse que gravidez não era doença... Eu estava com cólica, com sangramento e ela olhou e disse: “você está ótima, gravidez não é doença.”. Era 23h 30min de uma terça-feira e eu tinha que trabalhar na quarta-feira a partir das 07h00min horas da manhã. E a segunda situação, o médico estava me induzindo a fazer cesariana, eu estava decidida a ter parto normal e ele queria me induzir, só que como eu estava decidida ele não conseguiu me convencer [...] (TOPÁZIO).

Para *Topázio*, o elemento transformador apoio da família e dos amigos foi importante para sua vivência da gestação, assim como para aceitar esse período de sua vida.

[...] A gestação não foi planejada, eu tive muito medo, quase entrei em depressão, porque eu não queria ser mãe. Eu tive muitas dúvidas, eu tive apoio da família, da minha mãe, do namorado, o problema foi comigo porque eu demorei muito para aceitar, só [...] (TOPÁZIO).

[...] situação positiva durante o pré-natal, acho que foi o apoio dos amigos, da minha família, povo falando que ia correr tudo bem, que ia ser uma benção de Deus... essa princesa [...] (TOPÁZIO).

Quadro 4 - Vivência do Trabalho de Parto e Parto.

Vivência do Trabalho de Parto e Parto	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
<i>OPALA</i>	* Apoio * Apoio profissional	* Peregrinação pela assistência * Frustração * Cultura da dor do parto.
<i>DIAMANTE</i>		* Maus-tratos * Procedimentos inadequados no parto * Frustração
<i>RUBI</i>	* Presença do acompanhante	* Maus-tratos * Procedimentos inadequados no parto * Frustração * Cultura da dor do parto
<i>BRILHANTE</i>	* Empoderamento	* Maus-tratos * Frustração
<i>AMETISTA</i>	* Satisfação com o atendimento * Segurança com o atendimento	* Frustração * Cultura dor do parto
<i>ÁGUA.MARINHA</i>	* Empoderamento	* Maus-tratos * Procedimentos Inadequados no parto
<i>SAFIRA</i>	* Satisfação com atendimento * Segurança com o atendimento	
<i>ESMERALDA</i>		* Frustração
<i>TOPÁZIO</i>	* Busca pessoal por informações	* Falta de orientação profissional * Privação do acompanhante

FONTE: Autoria própria.

OPALA:

Este elemento peregrinação pela assistência foi um fator exclutor na experiência de parto para Opala. Relata que estava com idade gestacional entre 40/41 semanas quando os primeiros sinais e sintomas do trabalho de parto iniciaram, já tinha perdido o tampão mucoso havia 5 dias, estava sentindo muitas contrações, sangramento vaginal, perdendo líquido amniótico, e então foi em busca de atendimento médico. Ela foi três vezes ao primeiro hospital, e após avaliação pelo médico obstetra, que a informou de que estava com 4 cm de dilatação, foi dispensada. Neste momento, decidiu buscar auxílio em um segundo hospital que atendia Sistema Único de Saúde (SUS). Relata que se sentiu humilhada, desamparada, abandonada a própria sorte. As narrativas seguintes ilustram estes sentimentos e também caracterizam violência obstétrica do tipo negligência e psicológica.

[...] eu me senti mal mesmo, foi na hora de ter o meu filho, porque eu já tinha ido três vezes ao primeiro hospital, e eles não quiseram fazer mesmo eu tendo sangramento e estava vazando líquido, sentindo muita dor, porque eu já estava em trabalho de parto, e eles não quiseram, só isso que eu me sinto assim, sozinha, largada, me senti ninguém. [...] Eu estava com quatro dedos de dilatação uterina (= 4 cm) e já estava perdendo líquido e, a médica falou que era normal. [...] Estava com 40 à 41 semanas, já no finalzinho mesmo [...] (OPALA).

A frustração com as situações vivenciadas no parto foi um elemento exclutor recorrente na experiência de parturição para **Opala**, pois ocorreu uma intercorrência no seu parto. Relatou que durante a evolução de seu trabalho de parto, estava com 8 centímetros de dilatação uterina quando foi solicitado analgesia de parto pela médica obstetra de plantão. E durante procedimento de analgesia, ocorreu uma intercorrência, e ela teve uma parada cardiorrespiratória, que a colocou em risco iminente de morte. Opala diz ter ficado profundamente frustrada por ter passado por quase todas as fases do trabalho de parto e ter sido submetida a uma cesariana, como demonstram os recortes de narrativas a seguir:

[...] Me deu uma parada cardiorrespiratória mediante a analgesia [...] aplicou, eu já senti o corpo formigar e senti muito sono, aí eu já apaguei, aí foi a hora que começou a fazer tudo correndo, mas eles não estavam bem preparados para fazer naquela hora [...] (OPALA).

Opala referindo-se que ao parto de seu segundo filho:

[...] Traumático, traumático mesmo [...] Péssimo, horrível. [...] Foi péssimo, foi horrível, pelo menos desta gravidez. Da minha filha eu amei, agora desse não sei se é porque eu sofri muito [...] depois do ocorrido tudo (intercorrência), eu me senti

praticamente abandonada, porque me deixaram lá e nem um médico foi me ver [...] (OPALA).

A cultura da dor do parto foi um elemento exclutor para *Opala* em sua percepção sobre a experiência do parto e nascimento. Não foi orientada sobre as modificações gravídicas e todo o ciclo gravídico-puerperal. O que sabia sobre esses assuntos havia ouvido de outra mulher, familiares, amigas, colegas de trabalho, entre outras. Somente possuía informações sobre o péssimo atendimento ao parto normal, narrados no trecho a seguir:

[...] Eu imaginava que seria como da minha filha, que seria uma coisa rápida, porque de início eu queria que fosse cesárea, porque assim, eu não sentiria dor nenhuma. Foi assim, eu fiquei acordada todo o tempo da minha filha, foi uma coisa bem rápida, e eu não senti dor. O meu medo do parto normal era esse, sentir muita dor, era sentir dor, e não foi bem assim [...] (OPALA).

Sobre o parto normal refere ter ouvido de sua família e amigas:

[...] Que ia sofrer horrores. [...] Demais. [...] falava que era por causa desse soro, que a hora que colocava ia aumentar muito mais a dor e as contrações [...] (OPALA).

Este elemento apoio da família foi um fator transformador para *Opala*. Refere que sua mãe a acompanhou na maternidade e que somente não entrou para o parto porque *Opala* apresentou uma intercorrência, explicitada anteriormente. Outro momento em que se sentiu apoiada pela família, foi quando encontrou sua mãe no quarto no momento em que acordou e que, a presença dela, foi uma das únicas coisas positivas de que se lembra, como demonstra o próximo recorte de narrativa:

[...] estava eu e minha mãe, minha mãe escolheu, ela ficou do meu lado. [...] se não tivesse ocorrido tudo, ela ia poder entrar, a médica tinha autorizado. [...] se não tivesse ocorrido tudo (intercorrência), ela (mãe) ia poder entrar, a médica tinha autorizado [...] (OPALA).

Este elemento apoio profissional transformador significou muito para *Opala*. Relatou que um único profissional de enfermagem lhe atendeu com atenção, respeito, carinho e a apoiou na experiência do parto e nascimento de seu segundo filho. Relata ter se sentido protegida e amparada. Isto está evidenciado nos recortes de narrativas a seguir:

[...] só a enfermeira que vinha até mim, e então até mesmo a hora, a primeira vez que eu levantei para tomar banho, eu dei uma bambeada e a enfermeira que estava do meu lado me ajudou a tomar banho, [...]. Teve uma enfermeira, ela estava passando nos quartos e explicando, dando o primeiro banho do nenê e explicando [...] (OPALA).

DIAMANTE:

Diamante entrou em trabalho parto num final de domingo à tarde. Estava com aproximadamente 41 semanas de gestação, começou a sentir fortes dores na região lombar, baixo ventre e tinha perdido o tampão mucoso havia três dias, mas desconhecia que estes sinais e sintomas se tratavam do início do trabalho de parto. Chamou um táxi e foi para o hospital apenas com sua bolsa de documentos e da forma como se encontrava vestida em casa: uma bata, minissaia e sandália rasteira. Após chegar ao hospital mais próximo de sua república (morava com amigas), teve sequência vários eventos agressivos e violentos durante a assistência prestada ao seu trabalho de parto e parto, marcando de forma traumática sua experiência com o parto e nascimento de sua primeira filha.

O elemento maus-tratos e discriminação de raça foi exclusor em sua vivência e experiência do parto para *Diamante*, pois não levou a carteira de pré-natal e sentiu que a equipe pré-concebeu uma imagem de negligência materna, por supor que ela não havia feito o pré-natal. A partir daí, todo o atendimento, segundo suas percepções, foram baseados na ideia de que estava sendo punida por esse "pecado". Sentiu-se desrespeitada, punida e desamparada, o que somente lhe trouxe tristeza, sofrimento e trauma. Isto é confirmado nas narrativas seguintes:

[...] eu cheguei na maternidade em trabalho de parto. Cheguei no hospital e fui encaminhada para um Clínico Geral. A minha bolsa estourou e o Clínico perguntou se eu estava grávida; eu fui novamente encaminhada para a recepção, onde eles fizeram uma guia para Obstetrícia. A enfermeira veio me buscar e eu subi 3 andares de rampa, andando com as dores, contrações [...] É basicamente isto, eles estavam me punindo o tempo todo, estavam me punindo o tempo todo. [...] (DIAMANTE).

[...] Cheguei sozinha, cheguei sem todos os documentos do pré-natal, baseado nisso eles pré-conceberam uma imagem de mim e a partir disto eles definiram o tratamento que eu merecia, e eu tenho plena consciência que isso contou demais. Se eu fosse uma mulher branca, loira, e chegasse vestida do mesmo jeito, eu teria um tratamento diferente. [...] (DIAMANTE).

Esse elemento maus-tratos foi exclusor e recorrente na experiência parto de *Diamante*, que refere ter sofrido abuso físico, verbal e psicológico. *Diamante* também se sentiu ofendida, punida, agredida verbalmente e emocionalmente. Nos recortes de narrativas que se seguem, encontramos a caracterização de vários tipos de violência obstétrica como: abuso físico, verbal e psicológico.

[...] chegando na sala do exame, um obstetra fez o exame de toque, viu que eu estava com 8 cm de dilatação, pediu os documentos do pré-natal; eu não tinha os documentos do pré-natal comigo e eles começaram a me chamar de irresponsável [...] (DIAMANTE).

[...] me encaminharam para uma sala de pré-parto, onde eu tomei um banho, me colocaram um avental, me colocaram em uma cama, onde eles pediram para que eu ficasse sempre de barriga para cima, a cada contração eu tinha que fazer força e eu não podia gritar, sempre que eu gritava, a enfermeira que ficou responsável por aquela sala, ela me mandava calar a boca, que quando eu fiz eu não gritei, e já que agora eu fiz, tinha que aguentar, porque na hora foi bom, então agora eu tenho que aguentar [...] (DIAMANTE).

[...] o tempo todo eu era chamada atenção porque eu queria mudar de posição, porque aquela posição não era confortável para mim, não era confortável para o meu corpo, e a enfermeira me falava que se eu fizesse isto eu ia matar a criança, eu não podia mudar de posição que eu ia matar a criança, pois a criança já estava no canal vaginal [...] (DIAMANTE).

Procedimentos inadequados no parto e maus-tratos foram excluídos para *Diamante*, ao relatar sobre seu trabalho de parto, revela que quando entravam para fazer toque vaginal e outros procedimentos ninguém se identificava, não sabia se era médico/a ou enfermeira/o, simplesmente chegavam e diziam que ia fazer o toque. Não tinha uma cortina ou outro tipo de divisória para separar as camas. Refere que se sentiu muito invadida, desrespeitada, desamparada e triste. Neste próximo trecho, vemos um exemplo de narrativa de violência obstétrica do tipo abuso físico (restrição de movimentos), abuso psicológico e desrespeito.

[...] o obstetra entrava na sala, a cada determinado espaço de tempo para fazer exame de toque e verificar a dilatação. [...] Não sei, eu perdi a noção de tempo. Eu lembro que era mais de uma pessoa, eu acho que era um homem e uma mulher [...] (DIAMANTE).

Na sala de parto, sentiu-se maltratada pelo médico que a atendeu, e que, segundo ela, impedia que ela fizesse qualquer movimentação, com ameaças de que ia machucar o bebê, então teve suas pernas amarradas, o que limitou seus movimentos. Além disso, o médico realizou a episiotomia e a episiorrafia sem anestesia local.

[...] Daí quando deu 10 cm de dilatação eu fui para a sala de parto, eu fiquei em posição ginecológica e a cada contração, eu tinha que fazer força, e eu segurava nos meus joelhos para fazer força, e elas disseram que eu não podia fazer isto também, que eu ia machucar a criança, então amarraram minhas pernas, eu tinha que apoiar minha mão no ferrinho que tinha na maca, eu me lembro de fazer muita força, e aí o

médico só me avisou que ele estava cortando, eu nem entendi o que ele quis dizer na hora, ele estava cortando e aí a nenê saiu, eles me mostraram a criança, levaram para fazer os procedimentos de lá e ele me cortou sem anestesia e ele me costurou sem anestesia, fez episiotomia. [...] (DIAMANTE).

Para *Diamante*, esse elemento frustração com todas as situações vivenciadas no parto foi exclusor, mesmo tendo superado todo o trauma que viveu no trabalho de parto, parto, as lembranças destes momentos a seguirão pelo resto de sua vida.

[...] Traumatizante. Meu parto foi traumatizante. [...]. Foi traumatizante. Foi bem pesado, por tudo que eu ouvi [...] Traumatizante. [...] (DIAMANTE).

[...] é um negócio que a gente acaba carregando para o resto da vida. Nunca vai ser um assunto fácil. [...] Você passa a si culpabilizar, fica pensando o que poderia ter feito de diferente, para evitar passar por esta situação, por exemplo, se eu tivesse planejado minha gravidez, se eu tivesse compartilhado minha gravidez com as pessoas, eu tinha convênio médico, eu podia estar em um outro hospital, estar em outro lugar, isso ia me evitar de sofrer violência? Não, mas é uma outra possibilidade, entendeu? Pode ser que eu sofresse violência, pode ser que não, pode ser que meu tratamento fosse diferente, e foi no momento em que eles souberam que eu era universitária [...] (DIAMANTE).

RUBI:

Para *Rubi*, os Procedimentos inadequados e maus-tratos foram elementos excluídos para sua experiência de parto, relatou que durante o seu trabalho de parto foi usado soro com ocitocina, o que aumentou ainda mais as contrações e as dores. Não recebeu nenhum método de alívio da dor, o que foi percebido por ela como um ato negligente. Isso gerou sentimentos de sofrimento e tristeza com a assistência recebida no trabalho de parto do seu primeiro filho. Relata ter se sentido invadida, desrespeitada, insegura e triste com seu atendimento. Temos caracterização de violência obstétrica pela utilização de procedimentos inadequados (medicalização do parto, intervenções iatrogênicas).

[...] eu estava de 42 semanas. Eu estava tendo muita contração e não tinha dilatação. Eles estouraram minha bolsa, colocaram soro para ver se dava mais contração, eu continuei com muita contração, mas não tinha dilatação, e aí depois de bastante tempo (quinze horas), eles viram que não tinha mesmo dilatação, só dilatei 2 dedos, aí eles resolveram fazer cesárea [...] (RUBI).

[...] estouraram minha bolsa (amniotomia), eu esperei muito tempo, eles fizeram muitos toques, porque tinha que ver se estava tendo dilatação ainda e cada hora

entrava uma pessoa que a gente nunca tinha visto na vida, eu não sabia se era médico, se era enfermeiro, o que era simplesmente eles falavam assim, eu vou fazer o toque e já começavam a fazer, acho que era um pouquinho invasivo [...] (RUBI).

Para **Rubi**, a frustração com as situações vivenciadas e experimentadas no parto também foi um elemento exclutor. Relatou que as situações que vivenciou no parto lhe causaram medo, sofrimento, tristeza e insegurança, uma vez que os/as profissionais entravam e faziam todos os procedimentos e nada lhe explicavam.

[...] Foi triste, porque eu tive de esperar muito uma coisa que podia ser mais rápido e podia ter sofrido menos [...] (RUBI).

[...] acho que sim, estouraram minha bolsa, eu esperei muito tempo, eles fizeram muitos toques, porque tinha que ver se estava tendo dilatação ainda e cada hora entrava uma pessoa que a gente nunca tinha visto na vida, eu não sabia se era médico, se era enfermeiro, o que era simplesmente eles falavam assim, eu vou fazer o toque e já começavam a fazer, acho que era um pouquinho invasivo [...] (RUBI).

[...] por eu ser nova, eu tinha que sofrer? Será que eu não dava mais conta. Eu tinha que sofrer mais que os outros, eu não entendi também por que isso. Porque com 17 anos eu não podia ter uma cesárea, meu filho não estava encaixado, não tinha condição de ter, e mesmo assim eles tentaram até o fim [...] (RUBI).

Este elemento cultura da dor do parto foi um fator exclutor para a vivência e experiência do parto de **Rubi**. As únicas informações que possuía a respeito do parto normal é que era muito doloroso e só lhe causaria mais sofrimento. Havia adquirido estas informações com familiares e amigas.

[...] A dor do parto normal, que a gente escutava que eles deixam lá sentindo dor até ganhar o nenê, eu não queria sentir dor de jeito nenhum [...] (RUBI).

[...] É que no parto normal a gente sentia muita dor e que a cesárea, o difícil era o pós-parto, mas eu preferia e sempre quis fazer cesárea, por não ter informação como que era na verdade [...] (RUBI).

O elemento presença do acompanhante foi um fator transformador para **Rubi**, relatou que a participação de uma pessoa no trabalho de parto foi muito importante, pois quando estava sozinha, normalmente era atendida de forma rude pelo médico e quando estava acompanhada o seu tratamento melhorava. Nos dois primeiros partos, seu companheiro não pode acompanhar, porém sua participação no terceiro foi um diferencial na sua experiência.

[...] Na última gestação sim, porque a gente foi atendido muito bem eu acho. Meu marido pode assistir meu parto, nos outros dois não, eu tive o nenê sozinha. Ele pode

assistir o parto, pode ficar comigo durante as horas que eu fiquei lá no hospital, foi tudo bem [...] (RUBI).

BRILHANTE:

Para **Brilhante**, maus-tratos representou um elemento exclusor na sua experiência de parto, na qual narra fatos que ocorreram em sua segunda gestação, em que estava com vinte e duas (22) semanas, entrou em trabalho de parto e o bebê nasceu no banheiro do hospital, caiu no vaso sanitário, e foi diagnosticado aborto espontâneo. Na sequência relata sua percepção e descreve como foi todo o atendimento de trabalho de parto e parto.

[...] Acho que sofri violência obstétrica, eu me senti como um objeto que tinha que ser limpo ali na hora, que fez a limpeza do jeito que ele (médico) quis e me deixou de lado. Foi o que senti em nenhum momento ele ou alguém se preocupou com o que eu estava passando, o que estava acontecendo, em nenhum momento. Sabe quando você é jogada tipo na pia que está suja de louça, é isso [...] (BRILHANTE).

[...] Toda situação me causou o sofrimento, a perda do bebê e a forma como fui atendida Tudo, um pacote completo. Com certeza, desde o início até o final. Eu me fechei, eu não falava com ninguém, eu não queria falar, eu senti sozinha a dor, em silêncio, foi assim que eu fiz [...] (BRILHANTE).

A frustração com todas as situações vividas no parto foi um elemento exclusor para **Brilhante**, estava com aproximadamente 20 semanas quando entrou em trabalho de parto e foi atendida pelo serviço de urgência obstétrica de um hospital de sua cidade. Seu relato demarca o trauma e sofrimento ao ver seu bebê nascer no banheiro.

[...] e eu falava (para a enfermeira) – pelo amor de Deus, eu estava com muita dor, que eu queria fazer xixi, [...] me lembro de que peguei no braço dela com força para levantar da cadeira, abaixei a minha calça e o nenê caiu dentro da privada. Ali foi uma experiência que nunca vai apagar da minha vida, naquele momento, que abaixei e o nenê caiu. Eu fiquei em estado de choque, eu só me recordo que eles me colocaram na cadeira de rodas, vi enrolarem o nenê no lençol, muitos/as enfermeiros/as entraram no banheiro, que era minúsculo, não sei como coube tanta gente lá dentro. Eles não me deram (o nenê), minha mãe me conta que eles pediram para ela (nenê) para ficar para estudo (serviço de verificação de óbito), então eu não sei te falar o que aconteceu. E eu fui para o centro-cirúrgico, já me levaram e fizeram a curetagem e fiquei no hospital uns dois dias. Eu não sei te explicar assim, o estado de choque que eu acho que fiquei, porque eu não me recordo de muitas coisas, eu fiquei passada e vim para casa. Não me deu medicamento e falou (médico) que em 40 dias era para eu voltar e fazer o retorno. [...] Não descobri que

era menina antes, depois que eu voltei para consulta de pós-parto é que fiquei sabendo o sexo da nenê. [...] fiquei sabendo que era uma menina que eu ia ter. Era uma menina. Se nasceu com vida, automaticamente ela morreu na hora que bateu no vaso. Na hora que ela caiu... [...] (BRILHANTE).

O elemento empoderamento foi transformador *Brilhante* relatando sobre sua postura e decisão pelo parto normal.

[...] A ideia que eu tinha sobre o parto era que doía e que no final ia dar tudo certo. Isso era a coisa concreta que a gente tem você vai ter dor, mas vai passar, vai dar tudo certo, pensa no resultado final, que é teu filho/a no seu braço, era isso que eu tinha em mente Eu já tinha decidido pelo tipo de parto, e mesmo que eu não tivesse decidido, eu tenho dilatação, então ia dar certo mesmo, o parto normal. Pelo normal sempre. Sempre que eu posso e às vezes a gente pergunta para as amigas, olha gente, vai pelo parto normal. A dor é naquela hora e depois já era, passa rápido. A dor da contração foi uma dor muito forte, mas eu consegui suportar. Minha mãe teve todos os partos normais, mesmo eu e minha irmã que fomos gêmeas [...] (BRILHANTE).

AMETISTA:

O elemento exclusor frustração no parto para *Ametista* se manifestou na forma de medo, solidão, sofrimento e insegurança, apesar de ter dito que recebeu orientação de seu médico no pré-natal. A narrativa a seguir denota esse fato.

[...] Mesmo com as orientações e informações que o Dr. me passou no pré-natal, eu senti muito medo, muito medo do lugar, uma coisa é a pessoa estar falando com você, outra coisa é ver como é, aquele lugar gelado, sem roupa, ninguém do seu lado, porque meu marido tinha ido embora [...] (AMETISTA).

[...] Permitiram o acompanhante, mas quando o Dr. decidiu fazer a cesariana, meu ex-marido tinha acabado de ir embora, não tinha celular naquela época para ligar e ele voltar, então não teve ninguém ali comigo, fiquei sozinha, tive pânico terrível [...] (AMETISTA).

Para *Ametista*, o elemento cultura da dor do parto foi exclusor. Relata ter escutado de suas amigas e familiares muitas coisas negativas sobre o parto.

[...] Tinha medo do parto normal pelo que a gente houve, pela violência que, geralmente, todo mundo sofre, pela dor, pela incompreensão do momento, pelas pessoas que eu tive contato. Tive amiga que fez parto normal pelo fórceps, a criança saiu com a nuca e a testa marcada de ferro, eu conheço muita gente que teve o parto normal e conta que não foi uma experiência boa, eu tinha esse medo [...] (AMETISTA).

O elemento satisfação e segurança com o atendimento foram transformadores para Ametista relatando que se sentiu satisfeita e segura com seu atendimento no parto, e para ela significou um evento transformador.

[...] E foi assim que aconteceu, eu fui para o Hospital B. e ele (o médico do pré-natal) estava lá, ele já estava saindo quando me viu, ele veio e conversou comigo, fez o toque e aí decidi pela cesariana, ele falou, está vendo, vamos fazer cesariana pelo SUS, você não vai precisar pagar nada, você não tem condições de ter o parto normal, porque durante todo o dia até as seis horas da tarde você dilatou um (1) dedo (=1 cm) só, você já está de 40 semanas, então vamos optar pela cesariana [...] (AMETISTA).

[...] O atendimento durante o trabalho de parto e parto foi tranquilo. As técnicas (técnica de enfermagem) me trataram muito bem, me orientaram o que eu poderia estar comendo, me orientaram a ficar calma, fui muito bem atendida por todo mundo que estava ali no dia, mesmo tendo sido um dia muito tumultuado, porque naquele dia nasceram onze (11) crianças, um dia que tinha muita criança nascendo, as técnicas para lá e para cá, sempre vinha alguém perguntar se eu estava bem, se eu precisava de alguma coisa, fica calma que daqui a pouco o médico passa, fui bem atendida [...] (AMETISTA).

ÁGUA MARINHA:

Água Marinha destaca na narrativa que sua a bolsa foi rompida artificialmente e foi induzida a puxos dirigidos (fazer força sem estar com vontade). Estes procedimentos são considerados procedimentos inadequados e maus-tratos e representou para ela elementos excludores em sua vivência e experiência com o trabalho de parto e parto. E em sua percepção, a colocação do soro representou um procedimento inadequado, pois ela já estava em trabalho de parto. Segundo ela, isso lhe causou uma dor quase que insuportável.

[...] Na hora do parto, não sei se é um erro, porque eu não entendo muito de medicina, mas eu já estava toda dilatada, tive que ficar esperando um bom tempo, pois tiveram de fazer uma cesárea para depois me atender. A doutora falou assim que eu já estava toda dilatada, o nenê já estava nascendo, como ele não era grande, poderia ter nascido em casa. Em seguida, ela me levou, estourou a bolsa com uma agulha, porque minha bolsa não tinha estourado, tanto é que ralou/raspou a cabecinha dele, que eu não sei se foi da agulha ou da mão dela, mas ficou uma marquinha na cabeça dele, de um arranhãozinho. Na hora do parto ela colocou um soro com remédio para eu sentir contração e dilatar, mas eu já estava toda dilatada. Eu já estava toda dilatada, aí eu sofri muito, porque dói e você sente uma contração

louca do remédio. Aí ela (médica) falou assim depois de tempo já sofrendo – “não está dando certo, coloca o ar porque esse remédio não está dando certo, coloca o ar”, depois que colocou o ar, depois de duas forcinhas, o D. (bebê) nasceu [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] quase caí da maca, porque na hora da dor eu virei assim e a perna subiu e quase relou nela, aí ela falou assim: “desse jeito eu não vou te ajudar, você vai ficar sozinha.” Aí depois ela tentou mais um pouco, e ela virou para a enfermeira e falou: “não está dando certo, coloca o ar” [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] Como eu estava com muita dor e a médica disse que não ia me ajudar, eu queria dar uns tapas nela (médica). Eu fiquei brava, muito brava, muito nervosa, porque eu estava lá me matando, sentindo dor, e ela falava: “você tem que se controlar, tem que fazer força, você não está fazendo força”. Aí eu falei assim: eu estou fazendo força. Ela falou: “você está fazendo força no pescoço”. Está doendo e não sei onde eu estou fazendo força, não consigo localizar onde que eu tenho que fazer força, está doendo muito. Ela falou: “se você não me ajudar, eu também não vou te ajudar” [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] Na hora do parto eu sofri bastante, porque eu acho que não deveria ter colocado o soro, porque antes quando foi medir a minha contração, ela (a médica) me falou que eu não estava com contração, a dor que estava sentindo era o nenê encaixando [...]. Quando ela voltou e ela foi fazer o toque, ela falou assim: “mas você já está toda dilatada, seu filho não nasceu porque sua bolsa só não estourou, se bobeasse era para seu filho nascer em casa do jeito que você está”. Então ela já me levou e estourou a bolsa, troquei de roupa e me levou para a sala. Ela colocou o soro com remédio, foi aonde que eu senti muita dor mesmo, eu gritava porque estava doendo muito [...] só que depois que ela colocou o soro estava insuportável. [...] (ÁGUA MARINHA).

O elemento empoderamento para parto foi um fator transformador para *Água Marinha*, que relatava se sentir forte e predisposta a ter seu bebê de parto normal pelo histórico deste tipo de parto em sua família e o que havia se informado a respeito.

[...] Eu sempre tive a cabeça feita que queria o parto normal, tanto é que o Dr. falava que ia ser cesárea e eu não aceitava, vai ser normal. Mas ele está sentado, mas eu quero normal. Só que não é você querer, depende do nenê, se na hora resolver nascer normal, vai nascer normal, se na hora ele resolver ficar sentado, não tem o que fazer, vai ser cesárea, mas eu sempre quis o normal [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] eu queria o parto normal porque todas as mulheres da minha família tiveram parto normal. E eu tinha receio porque como eu fiz educação física, às vezes a gente ia assistir as aulas de anatomia, então a gente chegou a ver algumas coisas sobre

gestação e sempre enfatizou que quando você tem um parto normal, a criança nasce saudável, é melhor a recuperação para a mãe. Já a cesárea é mais demorada para recuperar, o nenê nasce dopado, eu não queria isso para o meu filho pelas pesquisas que eu já tinha feito [...] (ÁGUA MARINHA).

SAFIRA:

Na experiência de Safira, o elemento satisfação e segurança com o atendimento foi um fator transformador.

[...] Foi bom o parto. O médico pediatra veio para pegar o bebê na hora do parto, e ainda brincava comigo, perguntando se era menino ou menina. E eu falava que não sabia o que era, porque eu fiz 3 ultrassons e não mostrou, mas eu tinha certeza que era um menino que ele podia tirar. Médico: “Mas será?” Eu não sei, não deu para ver, mas pode tirar que é um menino. Aí ele (médico) brincou, é realmente está vindo um saquinho por aí, você está certa, é um menino mesmo [...] (SAFIRA).

[...] Foi tranquilo, porque todo mundo me tratou super bem, não sei se é porque a pressão estava alta, eles queriam me deixar tranquila, e eles conseguiram porque eu estava muito tranquila, correu tudo bem graças a Deus [...] (SAFIRA).

ESMERALDA:

O elemento exclusor frustração foi um fator negativo para a vivência e experiência no parto para Esmeralda, que relatou ter sentido medo e insegurança.

[...] Acho que foi meio traumatizante o meu parto, no final e durante a gravidez toda eu sentia muita dor, não tinha explicação de nada, nenhuma, então acho que ficou meio traumatizante, na verdade. [...] (ESMERALDA).

TOPÁZIO:

O elemento exclusor falta de orientação profissional foi um fator negativo para *Topázio*, a qual disse que os médicos plantonistas não explicaram sobre a evolução de seu trabalho de parto, e após 14 horas de sua internação e em indução do parto, decidiram que ela necessitava passar por uma cesárea.

[...] Então fui para o hospital no mesmo dia. Aí lá o médico me deu remédio e fui para casa, voltei no outro dia. Mas não estava sentindo nada, ele colocou o remédio na vagina. Colocou 2 vezes. Cheguei às 8h da manhã. Fiquei lá dia todo. Eu não senti nada. Aí quando foi 10 horas da noite ele decidiu fazer a cesárea, porque segundo as contas eu estava de 40 semanas [...] (TOPÁZIO).

[...] Ele (médico) fez os exames de toque não me disse se eu tinha alguma dilatação
 [...] (TOPÁZIO).

De acordo com a percepção de Topázio, o elemento excludor privação do acompanhante submeteu a parturiente e sua família à situação constrangedora.

[...] situação constrangedora, tem em uma é que eles (funcionários da enfermagem) não queriam deixar meu namorado entrar na sala de parto, porque estava faltando funcionário e a enfermeira não queria assumir essa responsabilidade. Aí meu namorado ficou brigando lá fora para ele entrar, aí ele entrou... [...] (TOPÁZIO).

Para *Topázio*, o elemento busca pessoal por informações foi transformador, pois apesar de tudo o que escutou sobre as histórias negativas de parto, ela buscou informações sobre o mesmo e decidiu por si mesma qual era o melhor tipo de parto.

[...] Então, tudo que eu ouvia falar sobre o trabalho de parto é que era terrível. Eram dores insuportáveis, que era mais fácil ter cesárea, eu já cheguei a ouvir de uma colega de trabalho que se a mulher soubesse como era a dor do parto ela não teria filhos. Sei lá, mas eu já estava decidida a ter parto normal, eu li muita coisa, procurei na internet, procurei saber com amigos que tiveram filhos, e eu não achei uma coisa assim tão ruim [...] (TOPÁZIO).

[...] Na verdade, foi o conhecimento de que o parto por cesariana teria sido pior que o parto normal, eu teria um duplo trabalho. Porque além de cuidar de minha filha, também, teria que cuidar de mim. Pois teria pontos, eu ficaria de cama, não poderia fazer as atividades básicas [...] (TOPÁZIO).

Quadro 5 - Vivência do Pós-parto e Amamentação.

Vivência do Pós-parto e Amamentação	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
OPALA	* Apoio profissional	* Maus-tratos * Falta de orientação * Peregrinação pela assistência
DIAMANTE	* Satisfação com o atendimento * Apoio * Consciência de luta coletiva * Empoderamento	* Maus tratos * Discriminação de raça * Frustração * Insatisfação com o atendimento * Discriminação de classe
BRILHANTE	* Apoio	* Maus-tratos
AMEJISTA		* Maus-tratos * Frustração
ÁGUA MARINHA	* Apoio profissional	* Frustração * Falta de apoio na amamentação
SAFIRA	* Apoio na amamentação * Vínculo mãe-bebê	* Falta de orientação
ESMERALDA		* Falta de apoio na amamentação
TOPÁZIO	* Apoio profissional	* Maus-tratos * Falta de apoio na amamentação

FONTE: Autoria própria.

OPALA:

Maus-tratos e falta de orientação foram elementos exclusores para *Opala*, que mais uma vez relata ter se sentindo sozinha, perdida e abandonada, sem assistência médica, mesmo estando internada em um hospital. Os/as profissionais de saúde (médicos/as) instituíram o silêncio a puérpera desaparecendo no atendimento ao pós-parto, o que em sua percepção, significou negligência, descaso, desrespeito, como nos mostra os recortes de narrativas a seguir:

[...] eu fiquei sabendo depois que tinha tido uma parada cardiorrespiratória através do meu ginecologista que trabalha no hospital e lá dentro eu fiquei sabendo só que tinha dado uma complicação, só isso [...] (OPALA).

[...] O que aconteceu comigo, ninguém queria falar. [...] O atendimento antes do que tinha ocorrido comigo foi bom, depois foi péssimo. [...] Depois do parto foi péssimo, porque todo mundo sumiu [...] (OPALA).

[...] Depois, todo mundo sumiu, eu procurava, perguntava para as enfermeiras, elas diziam que não podiam me responder que eu tinha de falar com o médico de plantão. O médico de plantão nunca estava, quando ele aparecia, que eu ia atrás para perguntar, ele falava que não podia falar comigo naquela hora, então ninguém nunca me dava a resposta. Tudo que eu tive de informação, foi na segunda vez que eu estive internada, aí uma enfermeira falou para mim, eu vou te contar o que eu sei, mas você não fala que foi eu que te contei, e foi ela e depois que o meu médico me relatou, que até ele me falou, se você quiser saber certinho o que aconteceu, você pode pegar o prontuário [...] (OPALA).

O elemento exclusor falta de orientação reaparece quando *Opala* disse que só conseguiu segurar seu filho no colo, após aproximadamente quatro horas decorridas de seu nascimento, devido à intercorrência no parto ficou sedada após o término do procedimento. Quando acordou, relatou ter ficado muito apreensiva, entristecida quando viu uma cicatriz no braço de seu filho. Ninguém soube lhe explicar qual era a origem daquela cicatriz. E somente conseguiu segurar seu bebê no colo e amamentar pela primeira vez, aproximadamente, seis horas após seu nascimento.

[...] ele nasceu quinze para uma da tarde, que eu me lembre, eu estava 100% consciente mais ou menos umas cinco da tarde. Eu estava consciente e já lembro que estava no quarto, porque antes disso eu acordava, dormia, acordava, dormia, eu me lembro disto, mas aí quando eu já estava cem por cento (100%) consciente, eu já estava no quarto, era umas cinco da tarde [...] (OPALA).

[...] Eu não tive nenhum contato (com o bebê), porque eu só conheci ele no quarto, só conheci ele no quarto, então se tivessem sumido com meu filho ou acontecido alguma coisa.... tanto é que ele tem uma cicatriz no braço, que foi feita mediante o procedimento (da cesárea) e que eu não tinha visto, só vi depois que elas (técnica de enfermagem) viram, e me perguntaram o que era, eu também não sabia o que tinha sido [...] (OPALA).

Opala disse ter recebido alta hospitalar no pós-parto apresentando sintomas como sudorese excessiva, frio, mal-estar e não recebeu visita médica para sair de alta. Ao chegar em casa, continuou com os mesmos sintomas, verificou sua temperatura que estava 38,5°C. Procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu bairro para atendimento, mas recusaram atendê-la alegando que os sintomas apresentados por ela eram consequências dos procedimentos realizados no hospital durante o parto. Esta situação foi exclusora em experiência com o pós-parto, pois passou novamente por situação de peregrinação por assistência, o que lhe causou mais peregrinação pela assistência. A narrativa a seguir refere-se ao atendimento no período pós-parto:

[...] Eu estava com febre, eu saí com febre do hospital e eles falaram que era normal, as enfermeiras falaram que era normal. Eu estava suando muito e a febre muito alta, aí eu voltei para lá, na verdade eu procurei a UBS e eles não iam pôr a mão, pois era um erro médico, que tinha que procurar o hospital onde tinha sido atendida, e aí eu procurei o hospital, cheguei e fiquei por causa da febre [...] (OPALA).

Opala relatou que antes de receber alta hospitalar não estava passando bem, mas recebeu alta. Chegou a sua casa continuou com sintomas e sinais de febre alta, sudorese excessiva, dores por todo o corpo e mal-estar geral. Procurou a UBS de seu bairro para atendimento, mas não conseguiu. Voltou ao hospital onde foi realizado o seu parto e ficou internada. E reencontrou a profissional de enfermagem que havia lhe prestando um bom atendimento na primeira internação e este evento foi transformador e representou apoio profissional para ela, como ressalta o recorte de narrativa a seguir:

[...] Eu não sei o nome dessa enfermeira, foi essa moça, foi à única que me falou mais ou menos do que ela sabia, e que falou o que tinha acontecido comigo, da segunda vez que eu internei, ela estava lá também, ela foi muita acolhedora, porque eu chorava muito, ela ficou ali do meu lado, então eu gostei muito dela, dessa pessoa. Foi à única coisa positiva que eu tenho daquele hospital, aquela moça [...] (OPALA).

DIAMANTE:

Os elementos maus-tratos e discriminação de raça foram fatores excludores para a vivência e experiência do pós-parto e amamentação, como relata *Diamante*, que se sentiu desamparada no momento de amamentar seu bebê, foi agredida verbalmente com gritos e desqualificada, ao mencionarem que não sabia amamentar. Todas estas situações desagradáveis lhe trouxeram muito sofrimento e trauma. O recorte de narrativa abaixo também comprova uma situação de violência obstétrica do tipo abuso verbal e psicológico.

[...] trouxeram a R. (nenê), e eu tentava amamentar, estava com o seio muito cheio, e eu tentava amamentar e eu não sabia amamentar, eu nunca tinha amamentado uma criança, e ela chorava muito de fome, e as enfermeiras iam até a porta do quarto gritar comigo, falando que eu tinha que dar um jeito na minha filha, pois ela estava acordando o corredor todo, eu tinha que fazer ela ficar quieta, aí eu expliquei que eu nunca tinha tido um filho, não sabia como tinha que lidar, e aí ela falou, então dá essa criança aqui, levou ela para o berçário, eles alimentaram ela, depois eles me trouxeram ela dormindo [...] (DIAMANTE).

[...] nas primeiras horas eu não tive assistência no pós-parto, quando eu tive foi essa senhora gritando comigo, porque minha filha estava chorando, mas orientação eu não tive nenhuma, e eles já tinham uma ideia pré-concebida do que eu era, e do tratamento que eu merecia, baseado na minha figura. [...] Baseado na cor da minha pele, baseado na forma que eu estava vestida [...] (DIAMANTE).

Diamante relatou que no pós-parto não permitiram a ela segurar sua filha no colo imediatamente após o nascimento. Retiraram a recém-nascida de perto dela e não lhe explicaram se seria realizado ou não algum procedimento com o bebê. Só conseguiu segurar sua filha quando foi encaminhada ao quarto, depois de ter permanecido abandonada em um corredor. E os maus-tratos no atendimento continuaram até que suas amigas de república chegaram à maternidade para visitá-la.

No pós-parto de Diamante a percepção de abandono lhe trouxe frustração e foi um elemento excludor que causou sofrimento, relata ter se sentido abandonada, desprezada e por mais de uma vez maltratada, além de não ter conseguido segurar ou tocar sua filha logo após nascimento. Sentiu-se assustada e com medo por não saber o que ia acontecer daquele momento em diante.

[...] eu fiquei num corredor mais ou menos meia hora a 40 minutos, sozinha, suja, dali eles me levaram até o quarto, eu não lembro se eu tomei banho ou não, sei que eles me levaram para o quarto [...] (DIAMANTE).

[...] eles tiraram ela de perto de mim. Eu só vi quando ela nasceu, a enfermeira me mostrou de longe, a aproximadamente 2 metros de distância e depois já tiraram ela de perto de mim. Eu nem vi pesando, medindo, nada disto [...] (DIAMANTE).

O elemento insatisfação com o atendimento foi um fator exclutor na vivência de seu período de puerpério tardio. Relatou que pagou uma consulta para filha recém-nascida com intenção de conseguir melhor atendimento, porque acreditava que sua filha tinha sido muito mal avaliada na maternidade em que fez seu parto. Porém, o resultado ao final da consulta pediátrica foi péssimo. Diz ter chegado à conclusão de que a qualidade de atendimento não está ligada a instituição pública ou privada e sim a profissionais que estão comprometidos com suas habilidades técnicas e o respeito ao ser humano.

[...] na verdade a R. (bebê) não foi avaliada cem por cento logo que nasceu, então quando eu fui aqui na minha cidade no primeiro pediatra, paguei mais de trezentos reais numa consulta e em quinze minutos ele me botou para fora, ele pesou e mediu minha filha só [...] (DIAMANTE).

Elemento transformador: Apoio.

A visita e presença das amigas foi um fator transformador para Diamante. Ela relata que o único momento do nascimento de sua filha que sentiu amparada e protegida.

Elemento exclutor: Discriminação de classe.

Diamante relatou que se sentiu discriminada desde o início de sua entrada no hospital e que observou a confirmação disto em relação às outras pacientes mais humildes que estavam no quarto, após ter recebido a visita de suas amigas universitárias. Desde o momento de sua internação até a chegada de suas amigas, teve a percepção de que os profissionais a tratavam e a julgavam como sendo prostituta.

[...] as meninas que moravam comigo foram de madrugada atrás de mim no hospital; chegaram lá, ficaram sabendo que eu tinha parido, e aí as enfermeiras e os médicos entenderam que eu era uma universitária, que eu era uma pessoa com certo grau de instrução, e que eu tinha uma certa renda e a partir daí, eu passei a ter assistência dentro do hospital, daí veio uma enfermeira me auxiliar na amamentação, veio uma fisioterapeuta para ver se eu tinha inchaço, veio um pediatra para me explicar sobre a nenê, veio um outro médico para me falar sobre os pontos e quais os cuidados que eu tinha que ter com os pontos. Eu tinha direito a ter mais visitantes que as outras pessoas que dividiam o quarto comigo, que eram de famílias mais humildes [...].

O elemento satisfação com atendimento foi transformador para Diamante. Relatou que foram os primeiros momentos após o nascimento de sua filha que ela se sentiu acolhida, amparada, protegida e com segurança por um profissional de saúde.

[...] no segundo pediatra que foi numa Unidade Básica de Saúde (UBS), ele ficou mais ou menos quarenta minutos comigo na sala, me explicando tudo, explicando sobre amamentação, me explicando sobre o sono do bebê, me explicando sobre esta fase que ele falou que seria muito difícil para mim, que eu ia ficar sozinha, foi o único momento que me senti amparada, numa UBS de uma COHAB da minha cidade [...] (DIAMANTE).

O elemento consciência de luta coletiva foi transformador para Diamante. Relatou que logo após o parto e a chegada à casa de seus pais, começou a estudar sobre o assunto e outras formas de parir e nascer, além buscar informações em movimentos sociais que lutam e defendem as causas das mulheres negras, assim como grupos de apoio materno virtual. Diamante relatou que participa do Movimento de Mulheres em Luta (MML) e de um Núcleo de Mulheres Negras.

[...] São momentos que a gente precisa lembrar, para que as coisas não se repitam. [...] Só que eu estou pensando em outras mulheres negras, periféricas, que estão espalhadas pelo Brasil inteiro, não tem voz, para que elas não sofram isto, e elas sofrem, morre nos corredores, é isto que não quero. [...] É por elas que eu estou lutando, porque elas não tem voz, pela minha mãe, pela sua mãe, pelas suas tias, sua avó, minhas primas [...] (DIAMANTE).

O elemento empoderamento foi transformador para Diamante e representou superação de todo o processo de violência obstétrica vivenciada e experimentada. Relatou ter tomado consciência do que passou no processo do nascimento de sua filha e de alguma forma se blindou para se proteger. Além disso, alegou que não pretende parir outros filhos em ambiente hospitalar.

[...] Exatamente, comigo eu sei que dificilmente ela vai se repetir, porque a gente acaba criando uma certa proteção, então hoje em dia eu sei que não teria um filho em um hospital. [...] Exato, eu só vou ter um filho o dia em que eu tiver condição de parir em minha casa, com os profissionais que eu confio [...] (DIAMANTE).

BRILHANTE:

O elemento maus-tratos foi exclusor na experiência do pós-parto para Brilhante, em sua percepção significou descaso, sofrimento, trauma, desrespeito, negligência, privação do

direito ao acompanhante, falta de orientação e frustração, associando-se a dor da perda do bebê com idade gestacional de 20 semanas, conforme constatamos com os recortes de narrativas que se seguem:

[...] Vivi situação constrangedora, que me causou sofrimento no pós-parto pelo fato de não poder estar com a minha filha, pelo fato e jeito de passar por tudo e da forma como aconteceu, não ter um respaldo, não ter ninguém ali para me dar apoio. Não pude ficar com acompanhante após a perda da minha filha [...] (BRILHANTE).

[...] Após 40 dias do aborto na consulta pós-parto foi que eles me falaram que era uma menina, que infelizmente o que tinha acontecido era uma fatalidade que eu tinha passado. Não me encaminharam para um psicólogo, não me encaminharam para conversar com ninguém, simplesmente – pode ir embora para a sua casa, e foi assim [...] (BRILHANTE).

[...] O que mais me causou constrangimento foi o fato do banheiro. Foi a hora que fui ao banheiro. Antes disso, a enfermeira tinha feito o toque, e provavelmente tinha visto que o nenê estava nascendo. Mandou-me colocar a calça de novo e fazer o ultrassom, para ver como é que estava. Ela viu que o nenê ia nascer ela poderia ter me segurado lá na maca e feito o parto, ou me levado direto para o centro-cirúrgico na maca. Não precisava ter passado por isso, às vezes [...] (BRILHANTE).

[...] Com relação ao atendimento no pós-parto o descaso dos profissionais me incomodou muito. Você está ali como se nada estivesse acontecendo, como se nada tivesse acontecido e você está ali. Você fique deitada aí que daqui a pouco você tem alta para ir embora. Fique quietinha, é isso, o descaso [...] (BRILHANTE).

[...] Nenhum. Não teve nenhum momento durante os meus atendimentos como gestante, parturiente e puérpera que me trouxessem satisfação. Só no particular quando eu fiz o ultrassom e descobri que era uma menina. Isso me deixou muito feliz, agora do resto, não tem nada de felicidade [...] (BRILHANTE).

Para *Brilhante*, o apoio que recebeu de sua família foi um elemento transformador uma das poucas lembranças positivas que consegue se recordar, diante do desfecho traumático de seu parto, o qual foi prematuro e o bebê acabou morrendo.

[...] Da família recebi muito apoio, minha mãe ajudava muito, ela conversava, ela até não gostava muito que eu conversasse desse assunto com outras pessoas, ela sempre me recriminou neste aspecto. Porque quando eu falava, ela achava que aumentava meu sofrimento, pelo contrário, quando eu conversava, parece que aliviava meu sofrimento. Então eu me calava, não conversava com ninguém sobre o assunto, porque ela não queria, ela achava que isso me fazia muito mal, e para mim não fazia mal, fazia bem [...] (BRILHANTE).

AMETISTA:

O elemento maus tratos foi exclusor para *Ametista* em sua experiência com a amamentação e os cuidados com o recém-nascido no pós-parto imediato. Relatou que ainda estava com as pernas adormecidas devido a anestesia, e se sentindo constrangida, triste, desamparada, abandonada, com medo e sem apoio ao chegar a seu quarto após sua saída da sala de recuperação pós-anestésica. Como demonstra o recorte de narrativa a seguir:

[...] Teve uma técnica de enfermagem muito grossa que me atendeu, estava comigo no quarto, tanto é que ela demorou a vir colocar remédio, eu sentia muita dor. Aí quando ela trouxe o nenê de madrugada, foi bem de madrugada mesmo, ela falou assim: “mãe você pode dar mama e trocar seu filho.” Eu falei assim, eu não dou conta, ela falou assim: “você dá conta sim!” Ela pegou o nenê e entregou nos meus braços, eu estava com muita dor, e falou assim: “pode dar de mamar”. E eu falei: eu não sei, eu não sabia dar de mama, eu não tive curiosidade de perguntar como era dar de mama, achava que era só colocar no peito, tem toda uma técnica, um jeito. Ela falou assim: “vou te explicar só uma vez”. [...] e colocou o nenê para mamar e disse: “vou te ensinar só uma vez”. E foi só uma vez mesmo, aí depois ele acabou de mamar, ficou no meu braço e ela não voltava para colocar ele no bercinho e eu com dor, com ele no braço, com o bercinho do lado, eu queria colocar ele no bercinho com medo de derrubar ele [...] (AMETISTA).

A frustração com a dor da cesariana foi um elemento exclusor para *Ametista* em sua vivência e experiência no pós-parto, relatou que sabia que sentiria dor, mas não imaginava o quanto isso lhe traria de sofrimento. Disse, ainda, que toda a dor pós-cesárea lhe deixou traumatizada; de modo, que ela não quis mais ter filhos.

[...] Na incisão cirúrgica da cesárea. Eu senti muita dor, uma dor insuportável, sentia dor da barriga aberta mesmo, parecia que estava aberta, tinha a sensação que estava aberta ainda, e a moça demorou muito para vir colocar remédio, então ali eu peguei um pouco de trauma daquela dor que eu senti, porque era uma dor muito grande [...] (AMETISTA).

[...] Eu achava que não teria dor com a cesárea, achava que seria tranquilo depois que acontecesse eu ia tomar remédio, ia ficar bem, mas não, o corte doer demais [...] O Dr. falou que depois do parto, eu ia sentir um pouco de dor, que era normal, mas teria um pouco de dor, a dor que senti foi imensa, foi demais, tanto é que não tive mais filho, lembro até hoje da dor da cesariana, eu fiquei muito debilitada, muito depois da cesariana. [...] Fiquei traumatizada, a dor da cesariana me traumatizou, eu não tenho vontade de ter filhos pelo fato de pensar, se for parto normal vai doer se for cesariana vai doer mais ainda. [...] (AMETISTA).

Ametista relatou outra situação que lhe causou frustração foi à privação do acompanhante e a mudança brusca de sua aparência física, e atuou como mais um elemento exclutor em sua experiência de pós-parto.

[...] Não ligaram para ninguém voltar, acho que de repente poderiam ter ligado, olha vai ter nenê volta e espera no quarto para ajudar ela, eu fiquei sozinha até na hora do almoço, que era a hora da visita, e ainda estava com dor, mas era muita dor mesmo, tanto é que quando sai de lá e cheguei em casa, fiquei assustada com a minha situação, fiquei totalmente esquelética, minha barriga afundou, ficou todas as minhas costelas aparente, fiquei muito debilitada depois do parto, fiquei horrível, não conseguia erguer o corpo de jeito nenhum [...] (AMETISTA).

ÁGUA MARINHA:

Para Água Marinha significou frustração a privação do acompanhante e a falta de informações, além de lhe causaram dificuldades nos cuidados com seu bebê e com ela mesma, pois segundo seu relato estava com anemia; isto representou um elemento exclutor em sua experiência com o pós-parto.

[...] Só uma pessoa e só os dois primeiros dias. No terceiro eu tive que ficar sozinha, tanto é que, como eu tenho anemia, teve uma hora que eu fui levantar, tive tontura, aí os enfermeiros me colocaram deitada e falou que ia fazer exame de sangue, pegaram meu sangue e até hoje não vi este exame de sangue. Eu sei que eles pegaram para ver, mas porque eu tive tontura, eles acharam que eu estava com anemia porque eu perdi muito sangue [...] (ÁGUA MARINHA).

[...] Não me deram retorno sobre o exame de sangue. Eles falaram: “a gente vai tirar seu sangue para ver como está sua anemia, porque você teve tontura, e assim que sair o exame, a gente te comunica, está bom?” Mas até hoje estou esperando este exame [...] (ÁGUA MARINHA).

A falta de apoio na amamentação foi um fator exclutor na experiência com amamentação para *Água Marinha*, e em sua percepção significou constrangimento, sofrimento e desrespeito.

[...] Teve uma situação constrangedora, uma vez a noite, que o meu filho estava chorando muito, eu estava sozinha, foi no último dia, eu tentava dar o peito e começou a sangrar. Aí eu falei para a enfermeira, está sangrando, por quê? Ela falou assim: “as vezes acontece nas primeiras mamadas”. Ela foi, limpou e ele tentava sugar, só que não saía o leite ainda. Aí eu pedi leite para a enfermeira, e ela falou:

“eu não posso te dar um complemento agora, tenta mais um pouco” [...] (ÁGUA MARINHA).

O elemento apoio profissional foi transformador na experiência de pós-parto de *Água Marinha*, em sua percepção se sentiu amparada e respeitada com o gesto de uma profissional da enfermagem que a orientou.

[...] Aí trocou de enfermagem, eu falei para moça, o nenê está chorando, eu estou sozinha, não sei o que faço, ele não está mamando direito, está saindo sangue, não está saindo leite. E ela falou assim: “dá aqui ele que eu vou dar o complemento, depois que trocou o plantão. Ele continuou chorando, uma enfermeira, uma senhorinha chegou em mim e falou: “mãe, ele está com muita roupa, tira e deixe ele mais peladinho, que ele está com calor agora, até então eu não sabia, porque ninguém me explicou, eu estava sozinha. Então, o que tinha ali de roupa eu coloquei, ela falou: “não, ele está com calor, tira”. E aí ela me ajudou a dar o complemento para ele e tirar a roupinha dele, só a senhorinha lá que deu atenção, porque até então, antes de trocar o turno, a outra mulher falou para mim tentar mais o peito, não era para dar o complemento no caso [...] (ÁGUA MARINHA).

SAFIRA:

O elemento falta de orientação foi exclusor na experiência do pós-parto para Safira. Relatou que a comunicação ineficaz de uma profissional de enfermagem lhe causou aflição e sofrimento. Seu bebê ficou internado na UTI neonatal e ela internada no quarto para controlar a pressão arterial sistólica, pois teve a eclampsia na hora do parto. A profissional chegou ao seu quarto e lhe disse que o doutor queria falar com ela e seu marido naquele momento. Com isso, a primeira coisa que passou pela cabeça do casal era de que o bebê havia morrido.

[...] Uma coisa que aconteceu, foi quando o M.(bebê) estava na UTI, uma enfermeira da noite chegou lá no meu quarto, pois eu estava em um quarto sozinha, estava eu e o R. (esposo) conversando, devia ser umas 9:00 ou 10:00 horas da noite, ela chegou lá e falou assim: o doutor está chamando vocês dois lá na sala da UTI. Quando cheguei na UTI, o bercinho do M.(bebê) estava coberto. Aí eu falei: “morreu né, o nenê morreu, aí a gente chegou lá meio assim, eu lembro que minha perna tremeu, aí ela tirou, puxou o pano, o cueiro do bercinho, ele estava sem nada mais, não estava entubado, não estava com banho de luz, não estava mais lá, estava bonzinho, ele já ia partir para o berçário normal. [...] Nossa, eu gelei. Falei: nossa morreu, cheguei lá, o berço do moleque tampado. Mas foi uma situação... [...] (SAFIRA).

O elemento apoio na amamentação foi uma situação positiva e transformador para *Safira*.

[...] É auxiliar de enfermagem veio. Eu lembro de ter vindo muitos estudantes de enfermagem, para fazer ordenha, um monte de gente vendo, e a enfermeira perguntou se podia, eu falei que podia, não tinha problema nenhum [...] (SAFIRA).

O elemento vínculo mãe-bebê foi transformador e fundamental, pois na percepção de Safira o vínculo entre ela e seu filho somente se estabeleceu após tê-lo pegado no colo, o que contribuiu para que ela aceitasse o filho, uma vez que passou toda a gravidez em negação, dizendo que não queria o filho, e que de forma alguma queria ser mãe.

[...] A moça (enfermeira) falou: “você tem que falar com ele, por a mãozinha nele”, aí eu comecei até a amamentar um pouquinho. Antes disso, de eu amamentar, uma enfermeira que estava na UTI me chamou para eu ir lá ver no horário de dar banho nele, aí eu ah está bom né, vou ver, e nisso eu não tinha pego ele ainda no colo, aí a enfermeira falou para mim: “...olha você não quer pegar, me ajuda...” Falei: não, não quero, pode dar. Ela falou: não, senta aqui, aí ela colocou coisa canguru, aquele camisão, e me colocou ele no meu peito, assim, pertinho de mim, aquela coisinha. Daí em diante, cresceu o amor, nossa, eu não saía de perto dele, ia toda hora na UTI, ia toda hora para ver ele, a enfermeira: saí daqui, tanto que [...] Mas aí foi amor assim, eu peguei amor nele, muito engraçado, muito, é uma coisa, a natureza [...] (SAFIRA).

ESMERALDA:

O elemento falta de apoio na amamentação foi exclusor para Esmeralda. As orientações sobre amamentação foram equivocadas o que lhe causou fissura mamilar e sofrimento com a amamentação.

[...] Teve uma enfermeira que veio me ajudar, me orientou como colocar a criança deitada no meu colo, a melhor posição que ficaria para mim e para a criança também, me falou sobre se eu sentisse dor no início da amamentação, era normal um pouquinho de dor, às vezes machucava também, ela me falou que isso era normal, e que isso acabou acontecendo depois. Eu fiquei no hospital com a nenê durante 7 dias, desde que ela nasceu, que eu precisei ficar lá com ela. Então eu amamentava ela toda hora, e realmente, me machuquei, machucou meu peito e ela me falou para eu não parar, não desistir e continuar dando mama para ela, que ia parar de machucar [...] (ESMERALDA).

TOPÁZIO:

O elemento maus-tratos esteve presente na história de parto de Topázio e foi exclusor em sua vivência e experiência de pós-parto e amamentação. Relatou que esse elemento significou negligência, sofrimento, desrespeito, descaso, indiferença a ela.

[...] Teve uma situação constrangedora, um dia de madrugada, a minha nenê acordou chorando e eu fui para o corredor porque os outros nenês no quarto estavam dormindo. Aí eu fui até a enfermeira e perguntei se tinha leite. Porque eu não tinha leite e a minha nenê estava chorando. Aí ela olhou para minha cara, não respondeu e saiu andando. Aí a moça da faxina falou para mim: “fique calma, eu te ajudo...”. Ai ela chamou uma outra pessoa que trouxe um pouquinho de leite, deu para ela [...]
(TOPÁZIO)

O elemento falta de apoio na amamentação foi exclusor na vivência e experiência de pós-parto para **Topázio**. Relatou não ter recebido apoio e orientação da equipe de enfermagem para amamentar. Os recortes de narrativas a seguir demonstram situações de negligência e sofrimento para a puérpera.

[...] Como eu tive cesárea, eu demorei muito para ter leite. Eu fiquei quase 24h para ter leite [...] Aí que eu tive problema com as enfermeiras que eram de outro plantão. Elas não davam muita atenção não. Eu estava no quarto com mais três (3) meninas. Elas tiveram parto normal. Só eu que tive cesárea. Quando ela (bebê) chorava muito, eu sabia que era fome, eu perguntava e ninguém respondia, só quando a fonoaudióloga chegou que ela me explicou que a falta do leite foi por conta da cesárea. Que ia demorar um pouco para descer o leite e aí que ela colocou a seringa com o leite [...] (TOPÁZIO).

Para **Topázio**, o apoio profissional foi transformador em sua vivência e experiência de pós-parto.

[...] Teve uma situação positiva quando eu voltei da sala de parto, que a enfermeira me orientou e falou que eu estava um pouco tonta por causa dos remédios, mas ia passar e que me ajudaria a tomar banho, me limpar. Porque eu estava toda suja de sangue, que quando minha filha chegou colocou do meu lado, foi a mesma enfermeira que estava no dia anterior quando eu cheguei para ter a nenê [...]
(TOPÁZIO).

3.2 Matriz Final:

A matriz final representa o nível básico de análise recomendado por Gómez et al. (2006), por meio deste articulamos os elementos transformadores e obstaculizadores dentro das categorias mundo da vida e do sistema. Os quadros abaixo representam a matriz final desta pesquisa com os elementos transformadores e obstaculizadores, categorizados no mundo da vida ou sistema.

Veja na página seguinte a síntese dos resultados analisados nos quadros da matriz final dos elementos transformadores e excludores.

Quadro 6 - Matriz Final Elementos Transformadores.

E T L R E A M N E S N F T O O R S M A D O R E S	Mundo da Vida	Nº de Menções	Sistema	Nº de Menções
	Busca pessoal por informações	2	Presença do acompanhante	1
	Apoio	6	Apoio profissional	4
	Vínculo mãe-bebê	1	Satisfação com atendimento	3
	Empoderamento	3	Segurança com atendimento	2
	Consciência de luta coletiva	1	Apoio na amamentação	1
Total	5	13	5	11

FONTE: Autoria própria.

Quadro 7 – Matriz Final Elementos Excluídos.

E E L X E C M L E U N S T O O R S E S	Mundo da Vida	Nº de Menções	Sistema	Nº de Menções
	Isolamento	1	Falta de orientação profissional	7
	Cultura da dor do parto	3	Insatisfação com o atendimento	6
	Frustração	1	Maus Tratos	8
			Frustração	8
			Procedimentos inadequados no parto	3
			Falta de apoio na amamentação	3
			Privação do acompanhante	1
			Discriminação de classe	1
			Discriminação de raça	1
			Peregrinação pela assistência	1
Total	3	5	10	39

FONTE: Autoria própria.

3.3 Discussão da Matriz Final:

Ao analisar a matriz final por meio da vivência, experiência e percepção das mulheres sobre a assistência recebida na gravidez, parto e nascimento, identificamos, praticamente, a mesma quantidade de elementos transformadores ligados ao **mundo vida** e ao **sistema**, que juntos totalizaram 10 elementos. Entretanto, os elementos transformadores ligados ao **mundo vida** somam o total de 5 e obtiveram 13 menções¹ e os elementos transformadores relacionados ao **sistema** somaram o total de 5 e obtiveram 11 menções. E os elementos transformadores, tanto ligados ao **mundo da vida** como ao **sistema** totalizaram 24 menções.

Os elementos excludores ligados ao **sistema** somam um total de 10, com total de 39 menções. Já os excludores ligados ao **mundo da vida** somam o total de 3 e apresentaram 5 menções. Os elementos excludores, tanto ligados ao **mundo da vida** como ao **sistema** totalizaram 13, porém, o total de suas menções somadas é de 44. Contudo, faz-se importante ressaltar, que já esperávamos encontrar um número maior número de elementos excludores do que transformadores, uma vez que o tema da pesquisa, por si só, delimitou-se a investigar situações de violência obstétrica na assistência ao período gravídico-puerperal. Portanto, contava-se com a hipótese de maior número elementos excludores e maior número de suas menções.

Isto nos mostra que o **sistema** não tem contribuído para que a assistência à saúde da mulher seja respeitosa, digna e de qualidade pelo Sistema Único de Saúde nesta cidade onde foram coletados os dados. Ainda prevalece uma assistência dirigida por práticas obsoletas, não guiadas pelas evidências científicas, prestadas sob ameaças de maus-tratos, dentre outras práticas que obtivemos em nossa matriz final, na qual pudemos descrever: falta de orientação profissional, insatisfação com atendimento, maus-tratos, frustração, procedimentos inadequados no parto, falta de apoio na amamentação, privação do acompanhante, discriminação de classe, discriminação de raça, peregrinação pela assistência. Faz-se necessário também salientar que cada um desses elementos excludores caracterizam-se em violência obstétrica dentro sua tipificação específica.

É importante lembrar que isso pode variar de cidade para cidade, e dependerá do município ter aderido ou não ao Programa Rede Cegonha, e do investimento que tem feito na

¹ Corresponde ao número de vezes que cada elemento transformador ou excludor é mencionado por relato comunicativo. O mesmo elemento pode aparecer mais de uma vez na classificação do relato, porém será contado apenas 1 menção por relato.

qualificação de profissionais, de maternidades e da assistência pré-natal e pós-parto (BRASIL, 2014a, 2014b).

Dos elementos excludores relacionados ao **sistema**, os mais mencionados foram: maus-tratos e frustração. Acompanhado em segundo lugar pelos elementos: falta de orientação profissional, insatisfação com atendimento. Na sequência, com menor número de menções aparecem: procedimentos inadequados no parto, falta de apoio na amamentação, privação do acompanhante, discriminação de classe e discriminação da raça. Relacionados ao **mundo vida**, encontramos os seguintes elementos excludores: cultura da dor do parto, seguido por isolamento e frustração.

Os elementos transformadores elencados pelas mulheres estão mais relacionados ao **mundo da vida**. Podemos destacar os elementos mais mencionados: apoio, seguido por empoderamento e busca pessoal por informações. Na sequência, com aproximadamente o mesmo número de menções aparecem: vínculo mãe-bebê, consciência de luta coletiva. Relacionados ao **sistema** encontramos na mesma quantidade de menções: apoio profissional, satisfação com atendimento, seguidos por: segurança com o atendimento, presença do acompanhante e apoio na amamentação. Com isso, observamos as práticas assistenciais em obstetrícia interferindo de forma prejudicial na vivência, na experiência e na percepção das mulheres sobre suas gestações, seus partos e nascimentos de seus filho/as.

Com o panorama apontado pela matriz final, evidenciamos o anúncio e a denúncia de situações de violência obstétrica que se materializam, de forma naturalizada, no cotidiano das unidades básicas de saúde e das maternidades das cidades onde foram realizadas as coletas de dados. Portanto, podemos inferir que o sistema está prestando de forma inadequada e desumanizada a assistência à saúde da mulher nos períodos de gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação. O **sistema**, ainda se encontra colonizado por uma prática assistencial não baseada nas evidências científicas, em desacordo com as propostas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) e do Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a; 2014b).

Faz-se conveniente também ressaltar que o sistema segue contrariando as recomendações descritas no parágrafo anterior e também desrespeita o documento Assistência ao parto normal: um guia prático, lançado pela OMS em 1996, com propostas e recomendações sobre mudanças na prática em obstetrícia a partir da medicina baseada em

evidência. As recomendações deste guia estão divididas em quatro categorias: práticas úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, e que devem ser eliminadas, práticas em relação às quais não há evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (WHO,1996).

3.4 Discussão dos Resultados:

Os maus-tratos, frustração, insatisfação com o atendimento estão relacionados à situações de abuso verbal, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual, negligência, desrespeito, descaso; podendo ocorrer durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Estas situações têm sido estudadas por pesquisadores da Organização Mundial de Saúde que a estão designando como maus-tratos e abusos na assistência a saúde da mulher em processo reprodutivo (OMS, 2014). De acordo com UNFPA (2007) e D'Gregório (2011) estes tipos de atos e atitudes caracterizam formas de violência obstétrica na assistência.

Isto porque a violência obstétrica corresponde à assistência a saúde da mulher em processo reprodutivo, prestada de forma desumana por profissionais de saúde, que se baseiam no uso excessivo de medicalização, instrumentalização e intervenções iatrogênicas; as quais desencadeiam uma cascata de eventos negativos sobre o corpo das mulheres durante a gestação, trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação (UNFPA, 2007; D'GREGÓRIO, 2011).

Alguns estudos apontam que existe um processo de banalização e de invisibilização de situações de violência institucional entre os profissionais de saúde na assistência ao parto, nascimento e pós-parto nas maternidades. E as atitudes dos profissionais dirigidas às mulheres em parturição ocorrem sob a forma de ameaças e reprimendas, e segundo estes profissionais, tem o objetivo de disciplinar a parturiente. Podemos ressaltar também que existe uma naturalização por parte das parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as quais já esperam sofrer alguma forma de maus-tratos; por não terem condições de pagar por atendimentos particulares, por possuírem baixa escolaridade, além de carências culturais, políticas, entre outras (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Isto nos força a reflexão de que os direitos reprodutivos são

desrespeitados, negligenciados, exercidos de forma hierarquizada de acordo com maior poder aquisitivo, sócio-político e cultural (MATTAR; DINIZ, 2012; ÁVILA, 2003, BERQUÓ, 2003).

A falta de orientação está associada à comunicação ineficaz, negação ao diálogo, privação de informações relativas ao estado geral de saúde das mães e de seus bebês, e podem trazer diversos prejuízos na qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal. Alguns estudos de revisão sistemática baseados em evidências científicas trazem que à assistência ao primeiro, segundo e terceiro período do parto fica prejudicado, devido às mulheres não terem recebido orientações adequadas, em especial, aquelas relacionadas aos sinais de trabalho de parto ativo e, que chegam às instituições hospitalares antes que este tenha se instalado. Isto normalmente ocasiona um maior uso de medicalização, intervenções e instrumentalização do parto normal, assim como também aumenta a taxa de ocorrência de cesarianas, e elevam a taxa a de morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2009; AMORIM, PORTO, SOUZA, 2010; PORTO, AMORIM, SOUZA, 2010).

Os procedimentos inadequados no parto estão relacionados à medicalização, instrumentalização do parto normal e cascata de intervenções iatrogênicas, as quais podem ser observadas, por meio de procedimentos como: punção venosa, amniotomia artificial, administração de ocitocina sintética e soluções glicosadas (soro glicofisiológico ou soro glicosado), tricotomia, jejum, enteroclistma, não permitir livre deambulação no primeiro período do parto, obrigar a mulher a parir em posições horizontais, episiotomia, o clampeamento precoce do cordão umbilical, entre outros. Estas práticas que são realizadas no trabalho de parto e parto foram naturalizadas como de rotina, normais e necessários, mas são consideradas desnecessárias e até danosas, do ponto de vista das evidências científicas. Todos estes procedimentos são percebidos como punição pela mulher, além de não serem recomendados pelas evidências científicas e pela Organização Mundial de Saúde e pelo Programa da Rede Cegonha, caracterizando-se como situações de violência obstétrica no trabalho de parto, parto, pós-parto (UNFPA, 2007; DINIZ, 2009, PORTO, AMORIM, SOUZA, 2010; D'GREGORIO, 2011; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; OMS, 2014).

O uso da amniotomia de rotina e do soro com ocitocina promovem o aumento da frequência, da intensidade e da duração das contrações, o que acaba causando a “dor além da dor do parto”, que normalmente determina a cultura da dor do parto nas mulheres, pois além

de não ser recomendada pelas evidências científicas, o corpo da mulher em processo de parturição produz e libera o hormônio ocitocina naturalmente, afim de que o próprio corpo e a mulher desempenhem seus papéis no parto e no nascimento, uma vez que a função reprodutiva é inerente aos seres humanos e corresponde a um processo fisiológico (UNFPA, 2007; DINIZ, 2009; PORTO, AMORIM, SOUZA, 2010; D'GREGORIO, 2011). De acordo a última pesquisa realizada pela OMS, aproximadamente, 85% a 90% das mulheres no mundo têm com condições de realizar seus partos por via vaginal, sendo este processo fisiológico do parto e do nascimento (BETRAN et al., 2015).

A episiotomia, além de não ter evidência científica para sua recomendação, pode gerar vários eventos negativos para a saúde da mulher, uma vez que o seu uso aumenta a dor perineal, a dispaurenia, a perda sanguínea, a infecção, a laceração do esfíncter anal, a lesão retal e a incontinência anal, além de não reduzir as taxas de incontinência urinária e nem melhorar os resultados neonatais. Os estudos ainda apontam elevação dos riscos de laceração perineal de terceiro e quarto grau (AMORIM, KATZ, 2008; LEAL et al., 2014).

A presença do acompanhante, apoio profissional, apoio da família, apoio das amigas estão associados a eventos e experiências positivas para as mulheres, em especial, para as que se encontram em processo de parturição. Segundo estudos da área e revisões sistemáticas, o acompanhante e apoio à mulher em parturição, nas cenas do trabalho de parto e parto, estão relacionados a melhor qualidade do atendimento prestado, menores índices de intervenções iatrogênicas, de analgesia farmacológica, de partos instrumentalizados e de cesarianas, além de mostrarem melhores desfechos maternos e perinatais, e está associada a maior satisfação materna com sua experiência de parto e nascimento de seus filhos/as. Bem como, a privação do/da acompanhante proporciona situações inversas às descritas acima (DINIZ, 2009, PORTO, AMORIM, SOUZA, 2010; SALGADO, 2012; SALGADO, 2013; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; LEAL et al., 2014).

Pesquisas apontam que o apoio na amamentação, o contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida desencadeia o aumento da produção de leite, aceleração a dequitação da placenta, aumenta a velocidade da involução uterina, reduz o sangramento puerperal, e promove estabelecimento do vínculo mãe-bebê precoce; que proporcionará melhor desenvolvimento emocional, cognitivo, social durante a vida desta criança. A falta de apoio na amamentação, que se manifesta pela ausência de contato pele à pele ao nascer,

amamentação na primeira hora de vida, negligência mediante a solicitação de auxílio materno expõe à mulher a violência obstétrica na amamentação (UNFPA, 2007; D’GREGÓRIO, 2011; SALGADO, 2012, 2013).

Vale lembrar o que propõe o documento: “Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, em seu artigo 51 que estabelece atos constitutivos de violência obstétrica como aqueles executados por profissionais de saúde, que consistam em:

- [...] 1. Não atender de maneira oportuna e eficaz as emergências obstétricas.
- 2. Obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo outros meios necessários para a realização do parto vertical.
- 3. Dificultar o contato precoce da/do recém-nascida/o com mãe, sem causa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de carregá-la/lo no colo e amamentá-la/lo imediatamente ao nascer.
- 4. Alterar o processo natural do parto de baixo risco, mediante ao uso de técnicas de aceleração do trabalho de parto, sem o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
- 5. Praticar parto por via cesariana, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher [...] (UNFPA, 2007, p. 52).

Ainda nos deparamos com a peregrinação pela assistência no parto e no pós-parto, o que se caracteriza como violência obstétrica de caráter institucional que ocorre de forma velada (BRASIL, 2011). Contrariando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que visa garantir, por meio do SUS, o direito a leitos ou vagas hospitalares para atendimentos das mulheres durante todo o período gravídico-puerperal, além de ferir os princípios do Programa Rede Cegonha que são: defesa dos direitos humanos, o respeito à diversidade cultural, étnico-racial, as diferenças regionais, a promoção da equidade, o enfoque de gênero, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, bem como, a participação e a mobilização social (BRASIL, 2014a), denunciando a violação dos Direitos Humanos enquanto Direitos Reprodutivos.

Apesar de não ter sido trabalhado recorte racial nesta dissertação, encontramos discriminação de raça entre seus resultados, o que nos coloca a necessidade de discutir e refletir não só discriminação e racismo, mas sim, racismo institucional. O racismo institucional se caracteriza pelo fracasso coletivo do sistema, instituições e/ou organizações

em prestar um serviço adequado e profissional às pessoas em razão de sua cor, cultura ou origem étnica. Manifesta-se na forma de discriminação em virtude de preconceitos, na forma de tratamento grosseiros, desrespeitosos, falta de atenção que colocam determinados grupos étnico-raciais em condições de estereótipos e desvantagens, ou melhor, em desigualdade de acesso e redução na qualidade dos atendimentos prestados baseados na raça e cor das mulheres quando buscam assistência a sua saúde (LÓPEZ, 2012; PRESTES, 2013). Isto se caracteriza em violência institucional (BRASIL, 2011), o que constitui um tipo de violência obstétrica.

Além de tudo o que o foi exposto acima, deparamos com o elemento discriminação de classe na assistência ao parto, nascimento e pós-parto nas maternidades, constituindo-se em ato violento contra a mulher, e neste período específico, caracteriza violência obstétrica, contrariando acordos internacionais sobre direitos reprodutivos. De acordo com a convenção de Belém do Pará, desde 1979, na Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou-se: prevenir, punir, erradicar todas as formas de discriminação e violência contra mulher. E traz em seu artigo 1º: “entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994; DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Após esta convenção, houve a consolidação dos direitos reprodutivos na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994. E na IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, foi outorgado o direito e definição de saúde reprodutiva e sexual, que visa garantir a mulher o direito de decidir sobre seus próprios corpos e fertilidade, bem como, o direito de tomar decisões sobre sua reprodução livre de discriminação, coerção ou violência; conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (DIAZ; CABRAL; SANTOS, 2004; VENTURA, 2004).

Portanto, podemos inferir que todos os elementos excludores discutidos acima incidem e caracterizam situações de violência obstétrica, desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais, violação de direitos humanos fundamentais. Além disso, inserem a mulher em condições de submissão, subordinação ao período gravídico-puerperal, conduzindo-nos a uma análise de como as relações poder e desigualdade gênero foram construídos e perpetrados historicamente em nossa sociedade.

De acordo com o estudo realizado por Gómez (2008) na obra: “El amor em la sociedad del riesgo: una tentativa educativa”, o qual discute questões sobre o amor, escolha e atração na construção das relações afetivo-sexuais, foi nos apresentado que os modelos tradicionais prevalecem na sociedade atual. Deste modo, este modelo está fortemente embasado nas relações sexistas, heteronormativas, hierárquicas e antidialógicas que nos conduzem a relações afetivo-sexuais baseadas em pretensões de poder, determinando a desigualdade de gênero, elevação dos riscos de conflitos e violência de gênero nos relacionamentos, não só amorosos, como nas relações entre homens e mulheres em outros espaços de convivência na sociedade, uma vez que estas relações desiguais de gênero não se situam apenas no âmbito privado (doméstico), mas são transferidas para âmbitos públicos.

Isto pode nos direcionar ao caminho da compreensão em como as relações de gênero hierárquicas e de poder desiguais se instituem dentro dos estabelecimentos de saúde, primeiro entre os/as profissionais de saúde, aonde, por exemplo, os/as médicos/as determinam seu poder e status sobre os/as enfermeiros/as, estas por sua vez exercem relações de poder sobre os/as técnicos/as e auxiliares de enfermagem e estes sobre os/as pacientes que se encontram sobre suas tutelas de cuidados. Porém, esta lógica de relações de poderes não necessariamente deve se estabelecer ou obedecer esta ordem citada, ela pode ocorrer de todos/as os/as profissionais de saúde para os/as pacientes. E este modelo de relação tem sido descrito na atenção a saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal como violência obstétrica.

E como buscar a uma humanização da assistência e humanizar homens e mulheres neste processo?

Segundo Freire (1987), ao trabalhar o conceito de “humanização” e de “ser mais”, nos diz que nascemos com a vocação ontológica e histórica para nos humanizarmos e ser mais. Entretanto, constamos dualidades como:

[...] A desumanização, que não se verifica, apenas, nos que têm a humanidade roubada, mas também ainda que de forma diferente, nos que a roubam, é distorção da vocação de ser mais. É distorção possível na história, mas não vocação histórica. Na verdade, se admitíssemos que a desumanização é vocação histórica dos homens, nada mais teríamos a fazer, a não ser adotar uma atitude cínica ou de total desespero. A luta pela humanização, pelo trabalho livre, pela desalienação; pela afirmação, pela afirmação dos homens como pessoas, como “seres para si”, não teria significação. Esta somente é possível porque a desumanização, mesmo que um fato

concreto na história, não é porém, destino dado, mas resultado de uma ordem injusta que gera violência dos opressores e esta, o ser menos [...] (FREIRE, 1987, p. 16).

Estes conceitos me conduzem a refletir sobre propostas de mudança, buscando superar as situações de violência obstétrica e transformar os modelos assistenciais a saúde da mulher nos períodos da gravidez, parto, nascimento e puerpério. Logo,

[...] Para alcançar a meta da humanização, que não se consegue sem o desaparecimento da opressão desumanizante, é imprescindível a superação das situações limites em que os homens se acham quase coisificados [...] (FREIRE, 1987; p. 54).

Logo, Freire (2000, 2005) ao analisar o comportamento humano em relação à desumanização e a possibilidade de mudança dentro da sociedade nos traz que: “... A mudança no mundo implica a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho...” (FREIRE, 2000, p. 37; FREIRE, 2005, p. 79). E esta reflexão continua:

[...] É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil mas é possível, que vamos programar nossa ação político pedagógica, não importa se o projeto com o qual nos comprometemos é de alfabetização de adultos ou de crianças, se de ação sanitária, se de evangelização, se de formação de mão-de-obra técnica [...] (FREIRE, 2000, p. 31; FREIRE, 2005, p. 79).”

Freire, em *Pedagogia da Indignação e Pedagogia da Autonomia*, pode nos conduzir a refletir sobre propostas de mudança na busca pela transformação dos modelos assistenciais a saúde da mulher nos períodos da gravidez, parto, nascimento e puerpério. E conceituando mudança:

“... Se a mudança faz parte necessária da experiência cultural, fora da qual não somos, o que se impõe a nós é tentar entendê-la na ou nas suas razões de ser. Para aceitá-la ou negá-la devemos compreendê-la, sabendo que, se não somos puros objeto seu, ela não é tampouco o resultados de decisões voluntaristas de pessoas ou de grupos. Isto significa, sem dúvida, que, em face das mudanças de compreensão, de comportamento, de gosto, de negação de valores ontem respeitados, nem

podemos simplesmente nos acomodar, nem também nos insurgir de maneira puramente emocional. É neste sentido que uma educação crítica, radical, não pode jamais prescindir da percepção lúcida da mudança que inclusive a presença interveniente do ser humano no mundo. Faz parte também desta percepção lúcida da mudança a natureza política e ideológica de nossa posição em face dela independentemente de se estamos conscientes disto ou não... (FREIRE, 2000, p. 17).”

Caminhando em busca da mudança rumo à superação da desumanização se faz necessária a consciência de luta coletiva e empoderamento das mulheres. O que podemos fazer relação, por meio, do conceito de **unidade na diversidade**:

[...] unidade na diversidade que é obviamente uma luta política, implica a mobilização e a organização das forças culturais em que o corte de classe não pode ser desprezado, no sentido da ampliação e no do aprofundamento e superação da democracia puramente liberal. É preciso assumirmos a radicalidade democrática para a qual não basta reconhecer-se, alegremente, que nesta ou naquela sociedade, o homem e a mulher são de tal modo livres que tem o direito até de morrer de fome ou não ter escola para seus filhos e filhas ou de não ter casa para morar. O direito, portanto, de morar na rua, o de não ter velhice amparada, o de simplesmente não ser [...] (FREIRE, 1997, p. 76).

Conceito este que entendo como essencial quer para vida profissional, quer na vida acadêmica, quer na vida pessoal, ou melhor, em toda e qualquer esfera dos relacionamentos humanos, uma vez que, se partíssemos da unidade na diversidade para vivermos e convivermos em nossas sociedades, pautando-se no respeito às diferenças existentes entre as culturas e classe, sua linguagem, sua sintaxe, sua semântica de classe, seus gostos, seus sonhos, seus fins, seus projetos, valores, programas históricos de cada povo que a compõe, conseguiríamos alcançar mais harmonia, mais amor, mais fé, mais esperança. E neste cenário, o diálogo igualitário, horizontal seria possível e possibilitaria várias transformações no sentido da humanização de nós mesmos, como dos ambientes em que vivemos (FREIRE, 1997; 2001).

Neste sentido, é importante lembrar que Freire (1987), fundamenta como condições e elementos para o diálogo: o amor ao mundo e aos seres humanos, a humildade para aprender a

agir, a fé nos seres humanos e em seu poder de fazer, criar e transformar, a esperança e o respeito. Com estes elementos o diálogo transcorre de forma horizontal e prediz que a palavra não é privilégio de alguns, mas um direito de todos os seres humanos. Por meio do qual se processam as relações dialógicas em nossa sociedade. E fora destas condições ocorrem os conflitos que levam a violência nas relações.

O conceito de diálogo: “...tem significação precisamente não apenas com a sua identidade, mas a defendem e assim crescem um com o outro. Diálogo por isso mesmo, não nivela, não reduz um ao outro...” (Freire, 1997, p.56). Assim como também, “...O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu...” (FREIRE, 1987, p.45).

[...] A relação dialógica, porém, não anula, como às vezes se pensa o ato de ensinar. Pelo contrário, ela funda este ato, que se completa e se sela no outro, o de aprender, e ambos se tornam verdadeiramente possíveis quando o pensamento crítico, inquieto, do educador ou da educadora não freia a capacidade de criticamente também pensar ou começar a pensar do educando [...] (FREIRE, 1997, p. 56).

Freire (2012) ainda coloca que,

[...] A dialogicidade é uma exigência da natureza humana, de um lado; de outro, um reclamo da ação democrática do educador. No fundo, não há comunicação sem dialogicidade e a comunicação se acha no centro do fenômeno vital. É nesse sentido que a comunicação é, a um tempo, vida, a outro, fator de mais vida. Mas, se a comunicação e a informação se dão ao nível da vida sobre o suporte, imaginemos sua importância fundamental e portanto a da dialogicidade na experiência ao nível da existência humana no mundo. É que a esse nível, o da existência humana, a comunicação e a informação se servem de diferentes e sofisticadas linguagens [...] (FREIRE, 2012, p. 122).

Por meio do diálogo que os seres humanos fazem e refazem a pronúncia da palavra verdadeira no mundo e com o mundo, com homens e mulheres no mundo mediatizado pela leitura do mundo que os cercam, se construindo e reconstruindo suas realidades rumo à transformação, entendendo que somos seres inacabados e em constante processo de formação e transformação (FREIRE, 1987; FREIRE, 1997; FREIRE, MACEDO, 2006).

O que poderia implicar:

[...] Pensar a História como possibilidade, é reconhecer a educação também como possibilidade. É reconhecer que ela, a educação, não pode tudo, pode alguma coisa. Sua força reside na sua fraqueza. Uma de nossas tarefas, como educadores e educadoras, é descobrir o que historicamente pode ser feito no sentido de contribuir para a transformação do mundo, que resulte um mundo mais “redondo”, menos arestoso, mais humano, e em que se prepare a materialização da grande Utopia: Unidade na Diversidade. [...] (FREIRE, 2001, p, 20).

Neste sentido, não haveria espaço nesta sociedade que imagino utopicamente para tanto racismo, preconceito, discriminação, ódio ou intolerância racial, religiosa, a diversidade cultural, a diversidade sexual, a diversidade étnico-racial. Haveria, sim, espaço para a interculturalidade partindo-se para o diálogo entre os diferentes. Neste cenário, a superação da das desigualdades sociais, das desigualdades de gênero, da violência de gênero, mais especificamente, em nosso enfoque de pesquisa, a violência obstétrica seria abolida e a assistência seria redefinida em humanização, um processo a ser construído e conquistado por meio da busca de nossa vocação ontológica e histórica como seres humanos em “ser mais” e de nos humanizar, quer pelos profissionais de saúde, sistema, organizações, instituições e serviços de gestão em saúde, nas instâncias federais, estaduais e municipais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Evidenciamos grande relevância social e acadêmica desta dissertação, considerando a grande área da saúde, e especificamente a área da enfermagem em saúde da mulher. Pois se trata de uma pesquisa inédita de mestrado, de acordo com levantamento de literatura em bancos de dissertações e teses nacionais e internacionais, a qual trabalhou com foco central na violência obstétrica. Mostrando que este trabalho trouxe inovação científica ao investigar uma temática inédita. Embora, compreendamos as limitações desta pesquisa, devido a sua dimensão de coleta e análise dos dados oriundos de uma cidade do Brasil.

Portanto, ao retomar as questões de pesquisa que nortearam essa investigação: Quais práticas de assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto, nascimento e amamentação caracterizam violência obstétrica, na percepção de mulheres que a vivenciaram? A partir dos

relatos analisadas destacamos que em relação às práticas de assistência a saúde da mulher no período gravídico-puerperal existe a presença de violência obstétrica.

Podemos caracterizar a presença de situações de violência obstétrica no desenvolvimento das práticas de assistência ao parto e nascimento, a partir do momento em que as análises nos apontam que o sistema se encontra contaminado por normas e rotinas, como uso de episiotomia, fórceps, ocitocina, Kristeller, amniotomia, jejum, tricotomia, posição horizontais para o processo de parturição, entre outros procedimentos, os quais são realizados sem discussão prévia ou consentimento informado da mulher. Estas práticas costumam ser denominadas como cascata de intervenções negativas, e se tornaram obsoletas de acordo com a prática obstétrica baseada em evidências científicas. . O que as mulheres, normalmente, apontaram foi: o aumento da frequência, intensidade e duração das contrações, e tendem a elevar os níveis de dor nas mulheres durante o período de dilatação e período expulsivo, bem como, podem alterar negativamente seus os padrões de sexualidade.

Identificamos na análise dialogada entre a pesquisadora e as mulheres, sobre seus relatos e percepções, em relação à assistência recebida no período gravídico-puerperal, emergiam suas classificações. Assim, foi-se compondo os resultados tais como: falta de orientação profissional, insatisfação com o atendimento, frustração, maus tratos, procedimentos inadequados no parto, falta de apoio na amamentação, discriminação de classe e raça. Todos esses elementos atuando como excludores na vivência e experiência em todo o processo gestação, parturição, pós-parto e amamentação.

Isto evidencia que os elementos excludores ligados ao sistema, ou seja, as instituições de saúde, embora devamos nos lembrar que o sistema é conduzido pela atuação de sujeitos; os quais permitem se contaminar com práticas punitivas, desrespeitosas, discriminatórias, entre outras, que caracterizam maus tratos no atendimento e fazem parte, muitas vezes, dos aprendizados informais adquiridos nos ambientes de trabalho. O que caracteriza violência obstétrica no atendimento.

De acordo com a percepção das mulheres os elementos transformadores apareceram, em menor quantidade que os elementos excludores. Porém a maioria está relacionada ao mundo da vida, o qual é constituído pelo meio em que as pessoas vivem e se relacionam com suas experiências e conhecimentos. Dos elementos transformadores apontados pelas mulheres

tivemos como destaque: apoio (da família e das amigas), apoio profissional, presença do acompanhante, empoderamento, busca pessoal por informações.

Contudo, faz-se importante ressaltar, que já esperávamos encontrar um número maior número de elementos excludores do que transformadores, uma vez que o tema da pesquisa, por si só, delimitou-se a investigar situações violência obstétrica na assistência ao período gravídico-puerperal. Portanto, contava-se com a hipótese de maior número elementos excludores.

De acordo com as análises, esta dissertação traz o anúncio e a denúncia ao sistema público de saúde e aos profissionais que nele atuam da prática de violência obstétrica na assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal. Como também, expõe a desorganização do sistema de saúde na assistência materno-infantil, contrariando as propostas de humanização, as recomendações do programa Rede Cegonha e da Organização Mundial de Saúde, violando os direitos reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais. E os atendimentos são baseados em relação de poder desiguais entre os gêneros, e também no âmbito socioeconômico, étnico e racial.

4. 1 Recomendações:

Vários são os desafios no campo da pesquisa e das práticas assistenciais para a mudança do paradigma atual da assistência a saúde da mulher, principalmente nos períodos que cercam a gravidez, o parto, o nascimento e o puerpério. Uma vez que, as práticas assistenciais a esses períodos estão imersas na iniquidade, excesso de práticas intervencionistas, desigualdades de gênero que, por sua vez, reflete-se em violência de gênero no atendimento e, especificamente neste caso é considerada violência obstétrica.

Mas como trabalhar para construir os processos de mudança do paradigma ou paradoxo da violência obstétrica? Como educar para mudar profissionais de saúde que já estejam atuando? E ainda como modificar as propostas curriculares para formação dos profissionais em saúde nas práticas com base em evidências científicas e com um olhar mais holístico e humano?

Aos Poderes Legislativos Municipais, Estaduais e Federais:

- Que institucionalizem os casos de Violência Obstétrica como Crime de Violência contra a Mulher, visando ampliar a proteção e recursos afins de que as mulheres possam reivindicar seus direitos de Cidadania, seus Direitos reprodutivos enquanto Direitos humanos Fundamentais Judicialmente.

Às Políticas Públicas de Saúde:

- Para a mudança do paradigma atual, podemos nos basear em alguns programas do Ministério da Saúde que tiveram êxito e, propomos a curto e médio prazo, a expansão do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM), que foi implantado na Amazônia Legal, Norte e Nordeste (2009-2012), que tem como dispositivo potente o envolvimento, a mobilização e o compromisso dos trabalhadores, gestores e sociedade civil no apoio à implementação e implantação de práticas adequadas de atenção ao parto e nascimento, atendendo aos direitos reprodutivos. Associando as propostas do Programa Rede Cegonha com o intuito de que sua implementação e implantação sejam efetivadas nas instituições de saúde, tanto na esfera pública como na privada.
- Que Estado invista recursos para que o processo de humanização da assistência se efetive.
- Ações estratégicas entre o Estado e da sociedade civil organizada para investir e difundir campanhas de orientações sobre o que é violência obstétrica, como e quando pode acontecer, onde e como podem ser denunciadas situações de violência obstétrica, além divulgar e esclarecer quais são os direitos da mulher no período gravídico-puerperal.
- Que o Estado amplie a sua rede de fiscalização sobre a implementação e implantação da infra-estrutura física e das práticas baseadas em evidências científicas recomendadas pelo Programa Rede Cegonha, em todos os estabelecimentos de saúde, tanto na esfera pública como na privada.
- Que o Estado amplie sua rede de fiscalização sobre as taxas de cesarianas nas instituições de públicas como nas privadas, com o intuito de avaliar se estão sendo seguidas as recomendações da ANS de 2015, que visa à redução das cesáreas desnecessárias, ou melhor, sem base em evidências científicas.

- Que o Estado faça a implementação, implantação de medidas legais para que o Plano de Parto seja incluído e anexado junto as Fichas de Consentimento Esclarecidos de todas as instituições de saúde, públicas ou privadas.
- Que o Estado amplie sua rede de fiscalização sobre a disponibilidade e garantia de leitos ou vagas hospitalares para as mulheres durante todo o período gravídico-puerperal, seja de urgência, emergência ou eletivo, visando o cumprimento da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.

Às Políticas Públicas de Educação/À equipe da universidade/Instituições formadoras:

- Em longo prazo, faz-se necessário repensar a reestruturação do ensino e a formação dos profissionais de saúde, com base nas práticas assistenciais pautadas pelas evidências científicas, priorizando a promoção e prevenção em saúde em oposição ao modelo biomédico e tecnocrático em vigência.
- Ampliar a noção de respeito, compaixão e visão mais holística por parte dos profissionais de saúde na assistência.
- Investimento do estado na formação qualificada e humanizada dos profissionais.

À sociedade/Às mulheres:

- Ativismo na criação de blog ou outro tipo mídia virtual com a finalidade de divulgação do que é violência obstétrica, como e quando pode acontecer, onde e como podem ser denunciadas situações de violência obstétrica, e quais são os direitos da mulher no período gravídico-puerperal. Além deste espaço servir para esclarecer dúvidas, bem como, para que as mulheres façam suas denúncias em forma de depoimentos e desabafos.
- Formação de grupos de apoio presenciais e virtuais, tipo de grupo de gestante, que indiquem orientação sobre todos os tipos possíveis de parto, afim de que a mulher tenha condições de fazer escolhas conscientes e esclarecias sobre qual a melhor forma de parto e nascimento.
- Campanhas virtuais e nas ruas de conscientização das mulheres que busquem seu empoderamento, para defender-se caso encontrem-se em situações de violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-91, jan/mar. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acessado em: 18 fev. 2014.

AGUIAR, J. M.; OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, novembro de 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br>> Acessado em: 18 fev. 2014.

AMORIM, M. M. R., KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **FEMINA**; v. 36, n.1, p. 47-54, jan. 2008. Disponível em: <<http://bvsaud.org/portal/resource/pt/lil-493990>>. Acessado em: 25/11/2014.

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, 2010. p. 583-91.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde Brasil** – 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>>. Acessado em: 23/11/2015.

ÁVILA, M, B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Suppl. 2, p. 465-469, 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000800027&lng=en>. Acessado em: 10/ 04/2014.

BEAOUVOIR, S. **O Segundo Sexo: fatos e mitos**. 4ª ed. São Paulo, Difusão Europeia do Livro, 1970.

BERQUÓ, E. **Sexo & Vida** - panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003. P. 7-78.

BETRAN et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, 2015, p. 12-57. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496821/pdf/12978_2015_Article_43.pdf>. Acessado em: 24/11/2015.

BRAGA; F. M.; GABASSA, V; MELLO, R. R. **Aprendizagem Dialógica: ações e reflexões de uma prática educativa de êxito para todos(as)**. São Carlos: EdUFSCAR, 2010. 83 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acessado em: 15/12/2015.

BRASIL. Ministério de Minas e Energia. Secretaria de Geologia, Mineração e Transformação Mineral. **Manual Técnico de Gemas**. Brasília, 2005. 156p. Disponível em: < gemologia.ibgm.com.br/laboratorio/wp-content/uploads/2011/11/mtg_20051.pdf >. Acessado em: 15/05/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores Mortalidade. **Razão de Mortalidade Materna**. Portal DATASUS, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acessado em: 23/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura. **Proporção de partos cesáreos**. Portal DATASUS, 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>. Acessado em: 23/11/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e nascimento. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília, 2014a. 467p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acessado em: 31/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e nascimento**. Cadernos Humaniza SUS. Brasília, 2014b. 467p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf>>. Acessado em: 31/05/2014.

BRASIL. PORTARIA nº2815, de 29 de maio de 1998 - **Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção 1, p. 47-8.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm >. Acessado em: 20/01/2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011. Disponível em: < <http://dab.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf> >. Acessado em: 31/05/2014.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015. 287 p.

CUBÍE, J. B. **Em defesa das mulheres: das calúnias dos homens**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

D'GREGORIO, R. P. Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. **Revista del Obstetricia y Ginecología**, Venezuela, v. 71, n. 2, p. 73-76, 2011. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org> > Acessado em: 23/06/2014.

DIAZ, M.; CABRAL, F.; SANTOS, L. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M.T.A. **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. p 45-70. Disponível em: < http://adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Os_direitos_sexuais_e_direitos_reprodutivos.pdf >. Acessado em: 15/06/2014.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. G., D'OLIVEIRA A. F. P. L., LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2011. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/> >. Acessado em: 20/04/2014.

DINIZ, D'OLIVEIRA, SCHRAIBER. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, p. 1681-1685, may, 2002.

DUPEYRIX, A. Compreender Habermas. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G. **Enfermagem em Saúde da Mulher**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2013. 447 p.

FIELDER, R. C. P. A teoria da ação comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação do humano. **Revista de Educação**. v. 1. n. 1. 2006. p. 93-100.

FLECHA, R. **Compartiendo palabras**: el aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo. 1ª ed. Espanha-Barcelona: Paidós Ibérica, 1997. 157 p.

FONTANELLA, B. J. B. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf> >. Acessado em: 15/04/2014.

FREIRE, P. **À sombra desta mangueira**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012. 222 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005. 148 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997. 121 p. (Mimio)

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP; 2000. 61 p. (Mimio)

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 107 p. (Mimio)

FREIRE, P. **Política e Educação**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Mimio)

FREIRE, P.; MACEDO, D. **Alfabetização**: leitura do mundo leitura da palavra. 4ª ed. São Paulo, 2006. 167p.

GÓMEZ, J. **El amor em la sociedad del riesgo**: una tentativa educativa. 2ª ed. Barcelona - Espanha: El Roure Editorial, 2008. 173p.

GÓMEZ, J. et al. **Metodologia Comunicativa Crítica**. 1ª ed. Barcelona – Espanha: El Roure Editorial S.A; 2006. 149 p.

GONZÁLEZ, A. G., DÍEZ-PALOMAR, J. Metodologia Comunicativa Crítica: transformaciones y cambios em el S. XXI. **Revista Eletrónica Teoría de la Educación**. Educación y Cultura en la Sociedad de la información. v. 10, n. 3, Noviembre, 2009. p. 103-118.

HABERMAS, J. **Teoria do Agir Comunicativo**: racionalidade da ação e racionalização social. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. v. 1. 704 p.

HADDAD. S. E. M. T.; CECATTI, J. G. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução de cesárea desnecessária no Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

KAWAMOTO, E. E., FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: EPU, 1997.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Suplemento:

S17-S47, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf> > Acessado em: 25/11/2014.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.40, p.121-34, jan./mar., 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf> >. Acessado em: 23/12/2015.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008.

MALACRIDA, C.; BOULTON, T. Women's perceptions of childbirth "choices": competing discourses of motherhood, sexuality and selflessness. **Gender & Society**, Vancouver, Canada, v.26, n.5, p. 748-772, October, 2012. Disponível em: < <http://gas.sagepub.com/26/5/748> > Acessado em: 18 fev. 2014.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidades e desigualdade no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.16, n.40, p. 107-119, jan/mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br> > Acessado em: 18 fev. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. 32ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013. 108p.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: SARVIER, 2005. 1379 p.

NICOLAU, S. M., SCHRAIBER, AYRES, J. R. C. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 3, 2013. p. 863-872. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org> > Acessado em: 23/06/2014.

OEA. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. “Convenção de Belém do Pará”.

Belém, Pará, 1994. Disponível em: < <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm> >. Acessado em: 25/01/2016.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra - Suíça, 2014. Disponível em: < file:///C:/Users/G/Downloads/WHO_RHR_14.23_por%20(1).pdf >. Acessado em: 25/05/2015.

PEDERNEIRAS, M. M. M., et al. Exame Nacional dos Estudantes na visão de líderes formais. **Ensaio: avaliação de políticas públicas e educacionais**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 71, 2011. p. 381-400. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ensaio/v19n71/a09v19n71.pdf >. Acessado em: 19/08/2015.

PILECCO, F. B., KNAUTH, D. R., VIGO, A. Aborto e coerção sexual: em contexto de vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, 2011. p. 427-439. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org/> > Acessado em: 06/04/2014.

PINTO, C. R. J. **Uma história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1996. 119p.

PORTO, A. M. F., AMORIM, M. M. R., SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10. Outubro, 2010.

PRESTES, C. R. S. **Feridas até o coração, ergem-se negras guerreiras**: transmissão psíquicas e pertencimentos. 2013. 175p. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo Disponível em: < www.tese.usp.br >. Acessado em: 23/12/2015.

PUIGVERT, L. **Las otras mujeres**. Barcelona – Espanha: El Roure Editorial S.A. 2001. 192p.

PUIGVERT, L.; MUÑOZ, B. Estudios de Género. Barreras y Aportaciones al Debate Teórico Internacional desde las Voces de las “Otras Mujeres”. **Journal of Gender Studies**, v.1, n. 1, February, 2012, p. 4-27.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** 2012. 157p. Dissertação (Mestrado em Saúde, ciclo de vida e sociedade) – Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br>> Acessado em: 31/10/2013.

SALGADO, H. O. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Growth and Development**, v. 23, n. 2, p.190-197, 2013.

SANMAMED, A. F. F. et al., La alfabetización em salud y el empoderamento de las comunidades. Diálogo igualitário entre los profesionales de la salud y la comunidade. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.** Barcelona, v. XVII. n. 427, 2013.

SILVA, C. R. L., SILVA, R. C. L., VIANA, D. L. **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde e Principais Legislações de Enfermagem.** 4ª ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

SOUZA, I. A mulher e a Revolução Francesa: participação e frustração. **Revista da FARN**, Natal, v.2, n.2, p. 111-124, jan./jul. 2003. Disponível em: < <file:///C:/Users/G/Downloads/504-834-1-PB.pdf>>. Acesado em: 05/01/2016.

UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas. **Ley orgânica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.** Caracas/ Venezuela, 2007. 92p. Disponível em: < <http://venezuela.unfpa.org> > Acessado em: 04 mai. 2014.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil.** 2a ed. São Paulo - Brasil: Fundo Nacional das Nações Unidas (UNFPA), 2004. 180p.

WHO. World Health Organization. Department of Reproductive Health & Research World Health Organization. **Safe Mother Hood. Care in Normal birth: a practical guide.** Geneva -

Switzerland. 1996. Disponível em: <
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf >. Acessado em: 15/05/2014.

ZORZI, R., STARLING, I. G. **Corpo Humano:** órgãos, sistemas e funcionamento. 11ª ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2014. 232p.

GLOSSÁRIO:

Aborto: expulsão espontânea ou provocada do embrião ou feto com menos de 500 gramas ou até 20 semanas de idade gestacional, quando tem pouca ou nenhuma chance de sobrevivência fora do organismo materno (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Amniotomia: corresponde à ruptura ou rompimento artificial, pelo profissional obstetra, das membranas que envolvem o líquido amniótico, o bebê e o seus demais anexos fetais (NEME, 2005, p. 811).

Analgesia: corresponde a uma técnica de alívio da dor farmacológica. Em que é administrado pelo médico anestesista entre a última vértebra torácica e a primeira vértebra lombar. Neste local específico é chamada de Analgesia Peridural (NEME, 2005, p. 822).

Deambulação: ação ou efeito de deambular; andar ou caminhar despreziosamente; passeio (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Dispaurenia: Ato sexual muito doloroso para a mulher que pode até impossibilitar o coito (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Distócia: é um termo que qualifica o parto normal como difícil, devido a anormalidades que podem ocorrer na evolução do trabalho de parto e parto (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Empoderamento: termo originário da tradução de empowerment para o português, parte da ideia de oferecer às pessoas o poder, a liberdade de informação que lhes permitem tomar decisões, com o fim de garantir fortalecimento das ações positivas para a saúde. No processo de parir, seria considerar as mulheres capacitadas para gerir suas próprias vidas por intermédio de suas experiências de dar à luz, por exemplo, usar suas próprias roupas, escolherem a posição de parir, entre outras (FABBRO; MONTRONE, 2013).

Enteroclisma: também chamado de enema ou lavagem intestinal, corresponde à introdução de líquidos no intestino através do ânus ou colostomia (é a exteriorização de uma alça intestinal na parede abdominal) (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Episiorrafia: corresponde a sutura do períneo ou dos grandes lábios (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Episiotomia: corresponde a uma exérese (corte cirúrgico), normalmente médio lateral na região do períneo (região localizada entre a vagina e o ânus), realizada pelo profissional de obstetrícia durante o parto (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Fissura mamilar: rachadura na pele reveste o mamilo (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Gravidez ectópica: também chamada de gravidez tubária é a gravidez que ocorre fora do útero (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Heura: uma organização sem fins lucrativos, administrados por mulheres de um centro de educação para pessoas adultas de um bairro de Barcelona na Espanha (PUIGVERT, 2001).

Iatrogênicas: termo usado com frequência para apontar erros médicos ou de outros profissionais de saúde. Significa doença, provavelmente, causada pelo uso inadequado de medicamentos ou pelo tratamento médico incorreto (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Jejum: significa abstinência de alimentos, ou seja, não permitir que a parturiente se alimente durante seu trabalho de parto (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Laceração: Significa cortar, rasgar e/ou dilacerar a região perineal interna e externa (situada entre a vagina e o ânus), uma intercorrência que pode acontecer durante a passagem do bebê pelo canal vaginal (SILVA, SILVA, VIANA, 2009).

Las otras mujeres: significa mulheres pertencentes às camadas populares (tradução livre) (PUIGVERT, 2001).

Maus tratos: representou um elemento exclusor classificado dentro das histórias de gravidez, parto e pós-parto das mulheres participantes da pesquisa, e para muitas delas significou: negligência, sofrimento, desrespeito, descaso, indiferença, violência verbal, física, psicológica, sexual, entre outras formas de abuso durante os atendimentos.

Menções: Corresponde ao número de vezes que cada elemento transformador ou exclusor é mencionado por relato comunicativo. O mesmo elemento pode aparecer mais de uma vez na classificação do relato, porém será contado apenas 1 menção por relato.

Modelo Tecnocrático: obedece a uma padronização no cuidado como nos modelos fabris: os “produtos” deveriam seguir uma linha de produção, portanto, não “atrapalhar” a ordem e higiene médica hospitalar. O ponto de partida desse modelo é a percepção de que as “técnicas” empregadas obedecem a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como ícone máximo na assistência. Com esse pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre os profissionais de saúde e as pacientes delinham-se com princípios mercadológicos e de produtos (FABBRO; MONTRONE, 2013).

Mundo da vida: corresponde a uma das categorias de análise dos resultados da pesquisa de acordo com a metodologia comunicativa crítica (GÓMEZ, 2006). O mundo da vida é onde o processo comunicativo, as problematizações e discussões de valores morais acontecem, podendo os indivíduos, nesta perspectiva, se “descolonizar” do sistema (HABERMAS, 2012).

Natimorto: diz-se do feto (bebê intra-útero) que nasce sem vida (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Neonatal: relativo ao/a recém-nascido/a. O período que compreende do nascimento até o 28º dia de vida do bebê (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Parto natural: conjunto de fenômenos fisiológicos que tem como consequência a expulsão do feto e de seus anexos para fora do organismo materno, que busca o minimizar o uso de intervenção instrumental e medicamentosa, bem como, reduzir os riscos de processos iatrogênicos (UNFPA, 2007).

Parto normal: conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que tem como consequência a expulsão do feto e de seus anexos para fora do organismo materno (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Parturição: termo médico para indicar o processo de trabalho de parto e parto (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Parturientes: mulher que se encontra em trabalho de parto (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Perineal: que ocorre nas proximidades do nascimento. O período que vai das últimas semanas de gestação até a o décimo dia após o nascimento (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Período de dilatação: é o primeiro período do trabalho de parto e, corresponde ao período em que as contrações uterinas variam de 2 a 3 em 10 minutos, contribuindo para dilatação do colo do útero e descida do bebê pelo canal do parto (FABBRO; MONTRONE, 2013).

Período expulsivo: é o segundo período do trabalho de parto e, corresponde a fase em que o colo do útero está completamente dilatado (10 cm), o bebê segue pelo canal de parto, preparando-se para o nascimento (FABBRO; MONTRONE, 2013).

Posição supina ou dorsal: é uma posição do corpo quando o indivíduo deita com a face para cima, e as costas para baixo (KAWAMOTO; FORTES, 1997).

Prematuros: que chegam antes do seu tempo. Termo muito utilizado em obstetrícia, referindo-se a uma criança com peso no nascimento inferior ou igual a 2500 gramas, ou ainda, que tenha nascido após um período inferior a 37 semanas de gestação (SILVA; SILVA; VIANA, 2009).

Pressão arterial sistólica: pressão exercida pelo sangue nas artérias, arteríolas e seus capilares durante o processo de circulação sanguínea e, está associado ao período da sístole cardíaca, ou seja, da contração das câmaras cardíacas (átrios e ventrículos) (ZORZI; STARLING, 2014).

Procedimentos inadequados no parto: corresponde a práticas de procedimentos obstétricos que não estão de acordo com as recomendações baseadas em evidências científicas, como por exemplo, uso da manobra de Kristeller, uso de ocitocina sintética, posições horizontalizadas para parir, punção venosa, administração de soros com glicose, manter a mulher em evolução de trabalho de parto natural em jejum, entre outros.

Punção venosa: corresponde ao ato de puncionar uma veia periférica com a finalidade de administração de medicamentos e/ou líquidos por via endovenosa (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

Rede Cegonha: trata-se de programa para Saúde da Mulher, com atenção específica para períodos gravídico-puerperais, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) lançada pelo Governo Federal em 2011 com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças e redução da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2014a, 2014b).

Saúde Suplementar: refere-se a todos os tipos de assistência à saúde prestada de forma particular, seja por meio dos convênios de saúde ou pagando-se pelos atendimentos em saúde (ANS, 2014).

Sistema: corresponde a uma das categorias de análise dos resultados da pesquisa de acordo com a metodologia comunicativa crítica (GÓMEZ, 2006). Caracteriza-se pelo

desenvolvimento do mundo instrumental e organização estratégica econômica e política, onde impera a não linguagem, a não discussão, ou seja, é a macroestrutura (HABERMAS, 2012).

Tampão mucoso: também conhecido como rolha de Schröder, corresponde a um muco secretado pelas glândulas cervicais e que foi acumulado durante a gravidez no canal cervical (região do colo do útero), e pode ser expelido durante o trabalho de parto, com o esvaecimento e a dilatação cervical (dilatação do colo do útero) (FABBRO; MONTRONE, 2013).

Tricotomia: é a retirada dos pelos através da raspagem da pele ou do couro cabeludo (KAWAMOTO; FORTES, 1997).

Venóclise: é a administração, por meio de uma veia, de regular quantidade de líquido no organismo (SILVA; SILVA; VIANA; 2009).

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Geovânia Pereira dos Reis Machado, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de São Carlos, quero convidá-la a participar de um estudo que faz parte de meu trabalho de Mestrado intitulado “Violência Obstétrica: sob a perspectiva de mulheres que a vivenciaram”. Este estudo é orientado pela Profa. Dra. Márcia Regina C. Fabbro e propõe descrever, à luz da perspectiva de gênero e dos direitos reprodutivos, os fatores que interferem nas práticas de assistência do parto e nascimento, com foco na violência obstétrica, a partir da experiência e percepção das mulheres. Os objetivos deste trabalho serão analisar a experiência de parto em mulheres, com foco na violência obstétrica; caracterizar a presença de situações de violência institucional no desenvolvimento das práticas de assistência ao parto e nascimento e descrever a percepção de mulheres sobre assistência recebida no parto e nascimento. Você foi convidada para dar um depoimento de alguma situação de sofrimento durante o parto e nascimento de seu filho. Assim, será agendado um encontro em horário e local previamente acordado com você, conforme sua disponibilidade. Este depoimento será gravado em áudio para ser posteriormente transcrito e analisado. Os arquivos de áudio destes encontros permanecerão guardados com o pesquisador e somente ele e sua orientadora terão acesso ao conteúdo. É garantido o sigilo das informações, o anonimato dos entrevistados por meio de uma identificação numérica, bem como a possibilidade de retirada da participação a qualquer momento, mesmo após ter assinado esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bastando fazer contato telefônico ou por e-mail com a aluna Geovânia. Entendemos que os riscos da participação são mínimos e estão relacionados à exposição de sua experiência pessoal com relação à vivência do parto, pela recordação de momentos desagradáveis que, por ventura tenham acontecido e possam ser caracterizados como violência obstétrica e violência institucional. Nestes casos, a pesquisadora cancelará a entrevista e marcará nova data, se a entrevistada permitir e desejar continuar na pesquisa. Será também oferecido um encaminhamento ao serviço público de atendimento psicológico, por meio de contato com a Unidade de Saúde da Família de referência da entrevistada. Os benefícios desta pesquisa, ao priorizar o diálogo, permite a elas

um re-olhar sobre sua história de vida e seus próprios pré-conceitos em relação ao parto e/ou processo do nascimento. Por meio de minhas experiências profissionais na área hospitalar em obstetrícia, acredito trazer dados importantes que auxiliem na melhoria da assistência de enfermagem prestada no parto e no nascimento. Esclarecemos não existir ônus ou remuneração financeira aos que aceitarem participar deste estudo. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas, mantendo anonimato do participante. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

Eu, Geovânia Pereira dos Reis Machado, sou a responsável pela coleta de dados deste estudo e estou disponível para eventuais esclarecimentos e, meus contatos são: telefone: (17) 98152 0866, (17) 99727 7493; e-mail: geovaniareis@gmail.com.

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente esclarecido (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “Violência Obstétrica”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo. Esse documento possui duas vias, sendo que uma ficará em posse do entrevistado e a outra com o pesquisador. Sem mais,

Local: _____ Data: ___/___/___

Sujeito da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do entrevistado (a) para a participação neste estudo.

Prof. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro (Orientadora)

Geovânia Pereira dos Reis Machado (Pesquisadora)

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSCar

APÊNDICE B– Panfleto informativo sobre Violência Obstétrica.

ONDE DENUNCIAR:

1. Defensorias Públicas de todo Brasil. Em São Carlos: endereço: Rua Bento Carlos, 1028. Tel. (16) 3368-8181.
2. LIGUE: 180 (VIOLENCIA CONTRA MULHER).
3. LIGUE: 136 (DISQUE SAÚDE).

FONTES PESQUISADAS:

1. AMORIM, M. M. R.; DUARTE, A. C. Indicações Reais e Fictícias de Cesárea. <http://revistademulhera.blogspot.com.br/2012/08/indicaco-es-reais-e-ficticias-de.html> Acessado em: 02/11/2014.
2. GREGÓRIO, R. P. Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Revista del Obstetricia y Ginecología, Venezuela, v. 71, n. 2, p. 73-78, 2011. Disponível em: <<http://ilico.bvsalud.org>> Acessado em: 23/06/2014.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas/ Venezuela, 2007. 92 p. Disponível em: <<http://venezuela.unfpa.org/>> Acessado em: 04/05/2014.

4. IMAGENS:
<<http://dilemasomama.blogspot.com.br/2013/07/viem-es-mensal-contr-a-violencia.html>> Acessado em: 10/11/2014.

REALIZAÇÃO:



Departamento de Enfermagem

CISMu: Grupo de pesquisa e estudos sobre Cuidado Interdisciplinar na Saúde da Mulher.

Grupo de Apoio ao Pré-Natal

Grupo Condutor Materno-Infantil

Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos

APOIO:



Prefeitura Municipal de São Carlos

PRODIGIO ARTÍSTICO - 1) Desenho e pintura: Daniela Peres dos Passos; 2) Foto: Dra. Márcia Regina Cargari Passos.



no Brasil, 1 em cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência durante a gestação ou parto.

É mais comum do que costumamos imaginar e isso se dá por várias razões econômicas, sociais e culturais.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA É VIOLENCIA CONTRA A MULHER

Imagem extraída de: www.mamama.com.br

VOCÊ SABE O QUE É VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Violência obstétrica é quando o profissional de saúde decide sobre o que vai ser feito no corpo das mulheres nos períodos de gravidez, parto, pós-parto e aborto, sem a sua permissão. Prestando assistência desumana, com uso excessivo de medicamentos e intervenções que tornam patológicos processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (D' GREGÓRIO, 2011).

QUANDO PODE ACONTECER VIOLENCIA OBSTÉTRICA?

Pode acontecer na assistência a saúde da mulher durante toda a gravidez, trabalho de parto, parto, nascimento, pós-parto, amamentação, abortamento e gravidez ectópica.

SITUAÇÕES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

1. NEGLIGÊNCIA: recusa ou demora em atender as complicações da gravidez, trabalho de parto, pós-parto, abortamento e gravidez ectópica.
2. Abusos ou atos de violência verbal, física, psicológica, sexual.

Exemplo: ABUSO VERBAL e PSICOLÓGICO: "Na hora de fazer não gritou, porque tá gritando agora. Cala a boca".

3. Enterocidismo (lavagem intestinal).
4. Tricotomia (raspagem dos pelos).
5. Jejum durante o trabalho de parto (não permitir que a mulher se alimente).
6. Uso de "sorinho" com medicamento para aumentar as contrações, e acelerar o trabalho de parto, aumentando as dores das contrações; sem indicações baseadas em evidências científicas.
7. Não permitir que ela caminhe durante o trabalho de parto.
8. Toques vaginais repetidos.
9. Negar técnicas não farmacológicas (banhos mornos em chuveiro ou banheira, entre outras) ou farmacológicas (analgesia) de alívio da dor.
10. Não permitir o acompanhante de escolha da mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto, abortamento e gravidez ectópica.
11. Não permitir a presença da doula durante trabalho de parto e parto, mesmo com a presença do acompanhante.
12. Colocar a mulher deitada em posição ginecológica, com as pernas e mãos amarradas ou não.
13. Manobra de Kristeller (empurrar a barriga da mulher no parto).
14. Episiotomia (corte na vagina).
15. Manobra de Valsalva (mandar fazer força sem a mulher ter vontade).
16. Agendar CESÁREA sem recomendação baseada em evidências científicas.
17. Não entregar o recém-nascido à mãe para o contato pele a pele, a fim de iniciar a amamentação nos primeiros minutos de vida.

MITOS PARA INDICAÇÃO DE CESÁREA:

1. Abdominoplastia e/ou gastroplastia prévias.
2. Aceleração dos batimentos cardíacos fetais.
3. Anemia de qualquer tipo.
4. Ameaça de parto prematuro e trabalho de parto prematuro.
5. Anencefalia (bebê gerado sem cérebro).
6. Acidente Vascular Encefálico (AVE) prévio.
7. Bacia muito estreita.
8. Baixa estatura materna.
9. Baixo peso ou excesso de peso materno.
10. Circular de cordão umbilical (cordão umbilical enrolado ao redor do pescoço do bebê, visualizado no exame de Ultrassom).
11. Diabetes clínico ou gestacional.
12. Gravidez de gêmeos.
13. Gravidez prolongada.
14. Idade materna avançada ou jovem para o parto normal.
15. Placenta grau III ou II ou I ou qualquer outra classificação placentária.
16. Pressão arterial alta ou baixa.

ENTRE VÁRIOS OUTROS

APÊNDICE C – Cartaz Informativo sobre Violência Obstétrica.

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA
É
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

No Brasil, 1 em cada 4 mulheres sofre algum tipo de violência durante o atendimento ao parto. É mais comum do que costumamos imaginar: É como se elas estivessem representadas em vermelho neste texto.

VOCÊ SABE O QUE É VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Violência obstétrica é quando o profissional de saúde decide sobre o que vai ser feito no corpo das mulheres nos períodos de gravidez, parto, pós-parto e aborto, sem a sua permissão. Prestando assistência desumana, com uso excessivo de medicamentos e intervenções que tornam patológicos processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (D'GREGORIO, 2011).

QUANDO PODE ACONTECER VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA?

Pode acontecer na assistência a saúde da mulher durante toda a gravidez, trabalho de parto, parto, nascimento, pós-parto, amamentação, abortamento e gravidez ectópica.

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:

1. NEGLIGÊNCIA: em atender as complicações da gravidez, trabalho de parto, pós-parto, abortamento e gravidez ectópica.
2. Abusos ou atos de violência verbal, física, psicológica, sexual.
3. Enteroclisma (lavagem intestinal).
4. Tricotomia (raspagem dos pelos).
5. Jejum durante o trabalho de parto (não permitir que a mulher se alimente).
6. Uso de “sorinho” com medicamentos para aumentar as contrações, e acelerar o trabalho de parto, aumentando as dores das contrações, sem indicação baseada em evidência científica.
7. Não permitir que a mulher caminhe durante o trabalho de parto.
8. Toques vaginais repetidos.
9. Negar técnicas não farmacológicas (banhos mornos em chuveiro ou banheira, entre outras) ou farmacológicas (analgésia) de alívio da dor.
10. Não permitir o acompanhante de escolha da mulher durante trabalho de parto, parto e pós-parto, no abortamento e gravidez ectópica.
11. Não permitir a presença da doula durante trabalho de parto, parto; mesmo com a presença do acompanhante.
12. Colocar a mulher deitada em posição ginecológica, com as pernas e mãos amarradas ou não.
13. Manobra de Kristeller: empurrar a barriga no parto.
14. Episiotomia.
15. Manobra de Valsalva: mandar fazer força sem a mulher ter vontade durante as contrações efetivas do período expulsivo do parto.
16. Agendar CESÁREA sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo ao interesse e conveniência do médico.
17. Não entregar o recém-nascido à mãe para o contato pele a pele, a fim de iniciar a amamentação nos primeiros minutos de vida.

FONTES PESQUISADAS:
D'GREGORIO, R. P. Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Revista del Obstetricia y Ginecología, Venezuela*, v. 71, n. 2, p. 73-76, 2011. Disponível em: <http://ilica.br/ahid.org/>. Acesso em: 23-06-2014.
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas/Venezuela, 2007. 92 p. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/>. Acesso em: 04 mai. 2014.
IMAGENS: <http://idamasoymana.blogspot.com.br/2013/07/violenca-manosja-contra-la-violencia.html>

ONDE DENUNCIAR:


1. DEFENSORIAS PÚBLICAS de todo o BRASIL. Em São Carlos: endereço: Rua Bento Carlos, nº 1028. Tel. (16) 3368-8181.
2. LIGUE: 180 (VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER)
3. LIGUE: 136 (DISQUE SAÚDE)

REALIZAÇÃO:

 Departamento de Enfermagem

Grupo de pesquisa e estudo sobre Cuidado Interdisciplinar na Saúde da Mulher
Grupo de Apoio ao Pré-Natal
Grupo Coadutor Materno-Infantil
Secretaria Municipal de São Carlos

APOIO:


Prefeitura Municipal de São Carlos

PRODUÇÃO INTELECTUAL:
(1) Enfermeira e Monitora Gerencial Patrícia dos Reis Machado.
(2) Profa. Dra. Márcia Regina Cagliari Falter.

APÊNDICE D – Roteiro de Relato Comunicativo.**Roteiro Relato Comunicativo**

Dados de Identificação

Nome: _____ . Idade: _____ .

Estado Civil: _____ . Profissão: _____ .

Números de filhos _____ . Data: _____ . Cor: _____ . Raça: _____ .

Endereço: _____ . Telefone: _____ .

e-mail: _____ .

Dados Socioeconômicos e obstétricos

Renda Familiar

- 1 salário mínimo
- 2- 3 salários mínimos
- 4-5 salários mínimos
- Mais de 5 salários mínimos

Grau de Escolaridade:

- Ensino Fundamental Completo Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo Ensino Superior Incompleto

Antecedentes Obstétricos

G: ____ PC: ____ PV: ____ FV: ____ A: ____

Houve alguma intercorrência durante a gestação ou no parto ou no pós-parto:

_____.

Tipo de último parto: cesárea parto vaginal hospitalar parto vaginal domiciliar

Local do último parto: _____.

Se pudesse definir em uma palavra o seu último parto qual seria? _____.

Financiamento do parto: convênio particular SUS

Roteiro de Relato Comunicativo:

Apresentação inicial (Geovânia) – 2 min.

Enfermeira mestranda que está realizando um trabalho de pesquisa de pós-graduação através

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Retomada do objetivo da pesquisa – 3 min.:

- Analisar a experiência de partos em mulheres com foco na violência obstétrica.
- Caracterizar a presença de situações de violência institucional no desenvolvimento das práticas de assistência ao parto e nascimento.
- Descrever a percepção de mulheres sobre assistência recebida no parto e nascimento.

Combinados – 2 min.

- Falar sobre a gravação, caso tenha algum momento que queiram desligar podem ficar à vontade.
- Ficar à vontade para não responder o que não quiser, pode perguntar se não entender alguma coisa.
- Garantia do sigilo dos dados e o que elas não querem que seja publicado não será, assim faremos outro encontro para o retorno dos dados e da pesquisa, garantindo assim a fidelidade às falas delas.
- Combinar o tempo.

METODOLOGIA COMUNICATIVA CRÍTICA:

Metodologia Comunicativa Crítica sob a ótica de Gomes (2006) que foi fortemente influenciado por diversas teorias, entre elas, pelas contribuições da Dialogicidade de Paulo Freire e da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas. E segundo este método, os pressupostos da universalidade da linguagem e da ação, as pessoas são agentes transformadores, a racionalidade comunicativa, o senso comum sem hierarquia interpretativa, mesmo nível epistemológico entre as pessoas e conhecimento dialógico, sendo assim, os sujeitos são capazes de linguagem e ação (GOMEZ, 2006, p. 41-46).

Abordaremos três temas:

Tema 1 – Violência Obstétrica na gestação.

Tema 2- Violência Obstétrica no trabalho de parto e parto.

Tema 3 – Violência Obstétrica no pós-parto e amamentação.

Tema 1 – Vivência na gestação.

- O que você gostaria de me contar da sua gestação? (gestação planejada, desejo, anseios, dúvidas, ansiedades, apoios, participação familiar, do parceiro).
- O que você achou do atendimento no pré-natal? Por quê? (médico, enfermeiro, auxiliares, recepção, exames complementares).

[...] Violência obstétrica é quando o profissional de saúde decide sobre o que vai ser feito no corpo das mulheres nos períodos de gravidez, parto, pós-parto e aborto, sem a sua permissão. Prestando assistência desumana, com uso excessivo de medicamentos e intervenções que tornam patológicos processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres [...] (D`GREGÓRIO, 2011).

- Considerando tudo isso, você já viveu alguma situação constrangedora, que lhe causou sofrimento durante a gestação? Fale sobre isso?
- Teve alguma situação marcante no pré-natal? (positivo ou negativo)
- Defina em uma palavra o seu atendimento durante a gestação?

Tema 2- Vivência no trabalho de parto e parto.

- Qual era a ideia/ou/ imagem que você tinha sobre o parto?
- Você recebeu orientação sobre trabalho de parto, parto durante o pré-natal?
- Quando você decidiu pelo tipo parto, o que influenciou sua decisão?
- Como foi o apoio da família e do seu companheiro nessa decisão?
- As consultas de pré-natal e informações recebidas influenciaram em sua decisão pelo tipo de parto?
- Como foi a experiência do trabalho de parto e do parto?
- Se pudesse definir em uma palavra o que você sentiu com relação ao seu parto, qual seria?

[...] No hospital fui desrespeitada, (...) fizeram mais de 10 exames de toques em 4h, riram de mim, duvidaram da minha dor, caçoavam da minha escolha da casa de parto, tentaram proibir a companhia do meu esposo, limitaram meus movimentos, me xingaram por ter molhado o cabelo, duvidaram da minha contração, não acreditaram nas minhas palavras. [...] (Relato de uma mulher em: Salgado, 2012; 2013).

- Considerando este relato, como você descreveria o seu atendimento durante o trabalho de parto e parto?
- Você viveu alguma situação constrangedora que lhe causou sofrimento durante o trabalho e parto? Fale sobre isso?
- Defina em uma palavra o atendimento durante o trabalho de parto e parto?

Tema 3 – Vivência no pós-parto e amamentação.

- Como foi depois do parto?
- Como foi o contato com o bebê logo após o parto?
- Teve alguma coisa que foi feita com o seu bebê na hora do nascimento e que você não gostou? Por quê?
- E nas primeiras mamadas, você precisou de ajuda? Teve essa ajuda? De quem?

[...] Violência Institucional corresponde a violência praticada por ação e/ou omissão nas instituições prestadoras de serviços públicos (...) É perpetrada por gentes que deveriam garantir uma assistência humanizada, reparadora e preventiva de danos. Uma forma comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião são um terreno fértil para este tipo de violência [...] (BRASIL, 2011).

- Considerando tudo isso, você viveu alguma situação constrangedora, que lhe causou sofrimento no pós-parto e amamentação? Fale sobre isso?
- Defina em uma palavra o atendimento durante no pós-parto e amamentação?
- Durante seus atendimentos como gestante/parturiente/puérpera teve alguma situação que você gostou? (Satisfação, respeito, amparo, sentimentos positivos)

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011.

D’GREGÓRIO, R. P. Cuatro años después de la promulgación de la Ley sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. **Revista Obstetricia y Ginecología**, Venezuela, v. 71, n. 2. 2011. p. 73-76. Disponível em: < <http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acessado em: 23/06/2014.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas/ Venezuela, 2007. 92 p. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org>> Acessado em: 04 mai. 2014.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. 157p. Dissertação (Mestrado em Saúde, ciclo de vida e sociedade) – Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2012.

SALGADO, H. O. Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Growth and Development**, 2013; v.23, n.2, p.190-197.

APÊNDICE E - TRANSCRIÇÃO NA ÍNTEGRA.**TRANSCRIÇÃO NA ÍNTEGRA:**

Dados de Identificação:

Nome: Diamante.

Idade: 25 anos.

Estado Civil: Solteira.

Profissão: Administradora.

Números de filhos: 1. Data: 11/06/2015. Cor: Preta. Raça: Negra.

Dados Socioeconômicos e obstétricos:

Renda Familiar:

Mais de 5 salários mínimos.

Grau de Escolaridade:

Ensino Superior Incompleto.

Antecedentes Obstétricos:

G: 1, PC: 0, PV: 1, FV: 1, A: 0.

Geo: Houve alguma intercorrência durante a gestação ou no parto ou no pós-parto?

C: Sim, eu cheguei na maternidade em trabalho de parto. Cheguei no hospital e fui encaminhada para um Clínico Geral. A minha bolsa estourou e o Clínico perguntou se eu estava grávida; eu fui novamente encaminhada para a recepção, onde eles fizeram uma guia para Obstetrícia. A enfermeira veio me buscar e eu subi 3 andares de rampa, andando com as dores, contrações, chegando na sala do exame, um obstetra fez o exame de toque, viu que eu estava com 8 cm de dilatação, pediu os documentos do pré-natal; eu não tinha os documentos do pré-natal comigo e eles começaram a me chamar de irresponsável, e dali eles me encaminharam para uma sala de pré-parto, onde eu tomei um banho, me colocaram um avental, me colocaram em uma cama, onde eles pediram para que eu ficasse sempre de barriga para cima, a cada contração eu tinha que fazer força, e eu não podia gritar, sempre que eu gritava, a enfermeira que ficou responsável pela aquela sala, ela me mandava calar a boca, que quando eu fiz eu não gritei, e já que agora eu fiz, tinha que aguentar, porque na hora foi bom, então agora eu tenho que aguentar, aí o obstetra entrava na sala, a cada determinado espaço de tempo para fazer exame de toque e verificar a dilatação.

Geo: Você lembra quanto tempo?

D: Não sei, eu perdi a noção de tempo. Eu lembro que era mais de uma pessoa, eu acho que era um homem e uma mulher, eu também não tenho certeza, quando eu estava com 10....., o tempo todo eu era chamada atenção porque eu queria mudar de posição, porque aquela posição não era confortável para mim, não era confortável para o meu corpo, e a enfermeira me falava que se eu fizesse isto eu ia matar a criança, eu não podia mudar de posição que eu ia matar a criança, pois a criança já estava no canal vaginal. Daí quando deu 10 cm de dilatação eu fui para a sala de parto, eu fiquei em posição ginecológica e a cada contração, eu tinha que fazer força, e eu segurava nos meus joelhos para fazer força, e elas disseram que eu não podia fazer isto também, que eu ia machucar a criança, então amarraram minhas pernas, eu tinha que apoiar minha mão no ferrinho que tinha na maca, eu lembro de fazer muita força, e aí o médico só me avisou que ele estava cortando, eu nem entendi o que ele quis dizer na hora, ele estava cortando e aí a nenê saiu, eles me mostraram a criança, levaram para fazer os procedimentos de lá e ele me cortou sem anestesia e ele me costurou sem anestesia, fez episiotomia.

Depois disso eu fiquei num corredor mais ou menos meia hora a 40 minutos, sozinha, suja, dali eles me levaram até o quarto, eu não lembro se eu tomei banho ou não, sei que eles me levaram para o quarto de lá; dali a pouco trouxeram a R. (nenê), e eu tentava amamentar, estava com o seio muito cheio, e eu tentava amamentar e eu não sabia amamentar, eu nunca tinha amamentado uma criança, e ela chorava muito de fome, e as enfermeiras iam até a porta do quarto gritar comigo, falando que eu tinha que dar um jeito na minha filha, pois ela estava acordando o corredor todo, eu tinha que fazer ela ficar quieta, aí eu expliquei que eu nunca tinha tido um filho, não sabia como tinha que lidar, e aí ela falou, então dá essa criança aqui, levou ela para o berçário, eles alimentaram ela, depois eles me trouxeram ela dormindo; aí as meninas que moravam comigo foram de madrugada atrás de mim no hospital; chegaram lá, ficaram sabendo que eu tinha parido, e aí as enfermeiras e os médicos entenderam que eu era uma universitária, que eu era uma pessoa com certo grau de instrução, e que eu tinha uma certa renda, e a partir daí, eu passei a ter assistência dentro do hospital, daí veio uma enfermeira me auxiliar na amamentação, veio uma fisioterapeuta para ver se eu tinha inchaço, veio um pediatra para me explicar sobre a nenê, veio um outro médico para me falar sobre os pontos e quais os cuidados que eu tinha que ter com os pontos. Eu tinha

direito a ter mais visitantes que as outras pessoas que dividiam o quarto comigo, que eram de famílias mais humildes, e foi isso.

Tipo de último parto:

(X) parto vaginal hospitalar

Local do último parto: Hospital no interior do estado de Minas Gerais.

Geo: Se pudesse definir em uma palavra o seu último parto qual seria?

D: Traumatizante. Meu parto foi traumatizante.

Financiamento do parto: () convênio () particular (X) SUS. Eu tinha convênio, mas aquele hospital não aceitava o meu convênio.

Geo: O que você gostaria de me contar da sua gravidez/gestação? Ela foi planejada? Seus anseios, dúvidas, se você teve apoio familiar ou do parceiro, como que foi em relação a isso, durante a gravidez, você estava na Universidade, fazendo Faculdade, e como que foi o apoio que você recebeu durante a gravidez?

D: A minha gravidez não foi planejada, eu descobri que estava grávida já entrando no 6º mês de gestação e eu tinha acabado de trocar de curso na Faculdade, então como eu morava fora de casa, eu decidi que aquela gestação seria minha, eu não compartilharia com ninguém, então ninguém ficou sabendo de minha gravidez.

Geo: Nem a sua família?

D: Ninguém. Ninguém ficou sabendo da minha gravidez; eu levei minha gravidez sozinha.

Geo: Como isso impactou para você, no seu psicológico, no seu emocional, você conseguiria definir?

D: Foi, acho que a etapa mais difícil da minha vida inteira, porque eu não queria, não era o momento, eu não sabia como lidar com aquilo, então eu preferi assim me isolar, foi o que eu fiz, até o momento que deu certo.

Geo: Você teve atendimento de pré-natal? Se você teve, o que você achou, como foi o atendimento pelos profissionais de saúde, teve acesso aos exames?

D: Tive. Meu pré-natal foi particular, e aí assim, mas como eu não estava envolvida com a gravidez, eu não buscava me informar. Ia lá só para ver se estava tudo bem, se tinha algum problema, alguma coisa, mas eu não cheguei a me envolver assim, então o pré-natal eu fiz o que tinha de ser feito, e só, foi no automático.

Geo: Algum profissional tentou ti dar informação sobre a gestação, você se sentiu bem informada, amparada pelos profissionais de saúde que estavam fazendo o seu pré-natal?

D: Não, eles nem assim, ameaçavam compartilhar qualquer tipo de informação, mas eu também não perguntava.

Geo: Considerando tudo isso, você já viveu alguma situação constrangedora, que lhe causou sofrimento durante o período da gravidez? Fale sobre isso.

D: Durante o período da gravidez não, porque ninguém sabia que eu estava grávida, e mesmo os atendimentos assim...., talvez por ser convênio, era uma cidade pequena, nem todo mundo tinha acesso a essas clinicas, no meu atendimento não tive nenhum problema.

Geo: Teve alguma situação marcante no pré-natal? Positivo ou negativo, que você lembre durante a gravidez.

D: Não.

Geo: Defina em uma palavra o seu atendimento durante a gravidez no pré-natal.

D: Foi ok. Foi um atendimento satisfatório, normal.

Geo: Qual era a ideia/ou/ imagem que você tinha sobre o parto?

D: Eu não tinha uma ideia formada sobre o que era o parto, eu estava em tamanha alienação, tamanha negação, que eu não cheguei a me ater a isso, só que eu imaginava que era algo que o seu corpo faria naturalmente, era essa a imagem que eu tinha de um parto.

Geo: Você recebeu orientação sobre trabalho de parto, parto durante o pré-natal?

D: Não.

Geo: Quando você decidiu pelo tipo parto, o que influenciou sua decisão?

D: Eu não decidi pelo tipo de parto. Eu fui parir, não cheguei a decidir porque não me informei, não fui atrás das possibilidades.

Geo: Você nem sabia que estava em trabalho de parto?

D: Eu nem sabia que estava em trabalho de parto, a verdade é essa.

Geo: Você começou a sentir dores?

D: Eu senti uma cólica fraca e comecei a sentir dores na costa, isso no sábado, e eu passei o sábado inteiro assim, e aí no domingo, elas começaram a ficar mais fortes, mas constantes, e eu lembro de ter ido ao banheiro, saiu o tampão, mas eu não sabia o que estava acontecendo de verdade.

Geo: Como foi o apoio da família e do seu companheiro nessa decisão?

D: Eu não tive o apoio de ninguém, ninguém sabia.

Geo: As consultas de pré-natal e informações recebidas influenciaram em sua decisão pelo tipo de parto?

D: Não.

Geo: Como foi a experiência do trabalho de parto e do parto?

D: Foi traumatizante. Foi bem pesado, por tudo que eu ouvi, você quer que eu conte a experiência.

Geo: Se pudesse definir em uma palavra o que você sentiu com relação ao seu parto, qual seria?

D: Traumatizante.

Geo: Considerando este relato, como você descreveria o seu atendimento durante o trabalho de parto e parto?

D: Foi violento o tempo todo, eles limitavam os meus movimentos, porque senão eu poderia matar a criança, eles gritavam comigo, me maltrataram, disseram que na hora de fazer eu não gritei, então não tinha porque gritar agora, e que na hora de fazer foi bom, agora eu tinha que aguentar, quem mandou eu fazer filho, agora tinha que aguentar, foi bem complicado para mim.

Geo: Porque você escolheu ter filho, você arrumou um filho, você é obrigada a ser punida?

D: É basicamente isto, eles estavam me punindo o tempo todo, estavam me punindo o tempo todo.

Geo: Então assim, nem precisa ti perguntar de constrangimento, do sofrimento que isto ti causou.

D: Engraçado que é um negócio que a gente acaba carregando para o resto da vida. Nunca vai ser um assunto fácil.

Geo: Toda vez que você lembra, dá vontade de chorar?

D: Toda vez.

Geo: Você senti.....

D: Você passa a si culpabilizar, fica pensando o que poderia ter feito de diferente, para evitar passar por esta situação, por exemplo, se eu tivesse planejado minha gravidez, se eu tivesse compartilhado minha gravidez com as pessoas, eu tinha convênio médico, eu podia estar em um outro hospital, estar em outro lugar, isso ia me evitar de sofrer

violência? Não, mas é uma outra possibilidade, entendeu, pode ser que eu sofresse violência, pode ser que não, pode ser que meu tratamento fosse diferente, e foi no momento em que eles souberam.

Geo: Que você era universitária?

D: É.

Geo: Como foi depois do parto? O contato com o bebê foi rápido?

D: Eles só levaram ela para fazer alguns exames, exame de HIV, alguma coisa assim, e aí logo trouxeram, eu sei quando estava no quarto, logo a Rafaela chegou, ela ficou o tempo todo do meu lado, no bercinho acoplado a cama, isso o tempo todo, mas eu tive problema. Ela nasceu 20:50 hs., então essa primeira noite foi difícil, eu não sabia amamentar, tive uma criança, estava com os seios muito cheios, e então ela não conseguia pegar direitinho, ela chorava muito, chorava e gritava muito, e as enfermeiras gritavam comigo, dizendo que eu tinha que dar um jeito nesta criança, que ela tinha que parar de gritar, acordando o corredor inteiro, e aí eu expliquei para a enfermeira que eu não sabia o que fazer, não sabia como agir, então dá essa criança aqui, levaram a Rafaela para o berçário, onde alimentaram ela, e me devolveram depois de algum tempo, ela dormindo já.

Geo: Teve alguma coisa que foi feita com o seu bebê na hora do nascimento e que você não gostou? Por quê?

D: Eu não sei porque eles tiraram ela de perto de mim. Eu só vi quando ela nasceu, a enfermeira me mostrou e depois já tiraram ela de perto de mim. Eu nem vi pesando, medindo, nada disto.

Geo: E nas primeiras mamadas, você precisou de ajuda? Teve essa ajuda? De quem?

D: Nas primeiras mamadas eu precisei, eu tive ajuda só no outro dia, que aí a enfermeira me ensinou como era a pega, então a R. (bebê) logo pegou, mamou quase até os três anos.

Geo: Considerando tudo isso, você viveu alguma situação constrangedora, que lhe causou sofrimento no pós-parto e amamentação?

D: Acho que não. Tirando o fato que nas primeiras horas eu não tive assistência no pós-parto, quando eu tive foi essa senhora gritando comigo, porque minha filha estava chorando, mas orientação eu não tive nenhuma, e eles já tinham uma ideia pré-concebida do que eu era, e do tratamento que eu merecia, baseado na minha figura.

Geo: Baseado na sua cor?

D: Baseado na cor da minha pele, baseado na forma que eu estava vestida.

Geo: Você chegou sozinha?

D: Cheguei sozinha, cheguei sem todos os documentos do pré-natal, baseado nisso eles pré-conceberam uma imagem de mim e a partir disto eles definiram o tratamento que eu merecia, e eu tenho plena consciência que isso contou demais. Se eu fosse uma mulher branca, loira, e chegasse vestida do mesmo jeito, eu teria um tratamento diferente.

- Geo: Defina em uma palavra o atendimento durante o pós-parto e amamentação?

D: Um absurdo, não tem outra palavra, um absurdo o tratamento, você tratar uma mulher no puerpério daquela maneira, não é humano.

Geo: É desumano.

- Geo: Durante seus atendimentos como gestante/parturiente/puérpera teve alguma situação que você gostou? (Satisfação, respeito, amparo, sentimentos positivos).

D: Eu só me senti bem nesse processo todo, quando eu vim para uma cidade do interior do Estado de São Paulo e fui atrás de um Pediatra, na verdade a R. (bebê) não foi nem avaliada cem por cento logo que nasceu, então quando eu fui aqui nesta cidade no primeiro Pediatra, paguei mais de trezentos reais a consulta e em quinze minutos ele me botou para fora, ele pesou e mediu minha filha só, e aí no segundo pediatra que foi numa Unidade Básica de Saúde (UBS), ele ficou mais ou menos quarenta minutos comigo na sala, me explicando tudo, explicando sobre amamentação, me explicando sobre o sono do bebê, me explicando sobre esta fase que ele falou que seria muito difícil para mim, que eu ia ficar sozinha, foi o único momento que me senti amparada, numa UBS de uma COHAB da minha cidade.

Geo: A assistência privada não exime ninguém de violência.

D: Não é garantia nenhuma.

Geo: É por isso que falo, que Violência Obstétrica não tem raça, não tem cor, não tem sexo, é um problema geracional, todo mundo está exposto, seja no SUS, seja no convênio, sendo mulher você está exposta.

D: Basta ser mulher.

Geo: Encerrando a entrevista e agradecendo a entrevistada...

D: São momentos que a gente precisa lembrar, para que as coisas não se repitam.

Geo: Nem com você, nem com ninguém.

D: Exatamente, comigo eu sei que dificilmente ela vai se repetir, porque a gente acaba criando uma certa proteção, então hoje em dia eu sei que não teria um filho em um hospital.

Geo: Você acaba se blindando.

D: Exato, eu só vou ter um filho o dia em que eu tiver condição de parir em minha casa, com os profissionais que eu confio. Só que eu estou pensando em outras mulheres negras, periféricas, que estão espalhadas pelo Brasil inteiro, não tem voz, para que elas não sofram isto, e elas sofrem, morre nos corredores, é isto que não quero.

Geo: Com certeza a gente vai mudar isso.

D: É por elas que eu estou lutando, porque elas não tem voz, pela minha mãe, pela sua mãe, pela suas tias, sua avó, minhas primas.

Geo: Diamante, obrigado.

D: Eu é que agradeço.

APÊNDICE F – Quadro 1 – Quadro exemplo: Vivência da Gestação.**Quadro 1:** Quadro exemplo: Vivência da Gestação.

Vivência da Gestação	<i>Elementos Transformadores</i>	<i>Elementos Excluídos</i>
Opala		
Diamante		
Rubi		

FONTE: Autoria própria.

APÊNDICE G – Quadro 2 – Figura 1. Nível básico de análise: categorias e elementos.**Quadro 2: Figura 1. Nível básico de análise: categorias e elementos.**

	Sistema	Mundo da vida
Elementos exclusivos	n1	n2
Elementos transformadores	n3	n4

FONTE: (GOMEZ, 2006, p. 103).

APÊNDICE H – Quadro 3 – Vivência da Gestação.

Quadro 3: Vivência da Gestação.

Vivência da Gestação	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
<i>OPALA</i>		*Falta de orientação profissional
<i>DIAMANTE</i>		*Falta de orientação profissional *Isolamento
<i>RUBI</i>	*Busca pessoal por informações	*Falta de orientação profissional * Insatisfação com o atendimento
<i>BRILHANTE</i>	*Apoio profissional	*Falta de orientação profissional *Insatisfação com o atendimento
<i>AMETISTA</i>	*Satisfação com o atendimento. * Segurança com o atendimento.	*Maus tratos
<i>ÁGUA MARINHA</i>		*Frustração
<i>SAFIRA</i>	*Apoio	*Insatisfação com o atendimento * Frustração
<i>ESMERALDA</i>	*Apoio	*Falta de orientação profissional. *Maus tratos * Insatisfação com o atendimento
<i>TOPÁZIO</i>	*Apoio	* Insatisfação com atendimento

FONTE: Autoria própria.

APÊNDICE I – Quadro 4 – Vivência do Trabalho de Parto e Parto.

Quadro 4 - Vivência do Trabalho de Parto e Parto.

Vivência do Trabalho de Parto e Parto	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
<i>OPALA</i>	* Apoio * Apoio profissional	* Peregrinação pela assistência * Frustração * Cultura da dor do parto.
<i>DIAMANTE</i>		* Maus-tratos * Procedimentos inadequados no parto * Frustração
<i>RUBI</i>	* Presença do acompanhante	* Maus-tratos * Procedimentos inadequados no parto * Frustração * Cultura da dor do parto
<i>BRILHANTE</i>	* Empoderamento	* Maus-tratos * Frustração
<i>AMETISTA</i>	* Satisfação com o atendimento * Segurança com o atendimento	* Frustração * Cultura dor do parto
<i>ÁGUA MARINHA</i>	* Empoderamento	* Maus-tratos * Procedimentos Inadequados no parto
<i>SAFIRA</i>	* Satisfação com atendimento * Segurança com o atendimento	
<i>ESMERALDA</i>		* Frustração
<i>IOPÁZIO</i>	* Busca pessoal por informações	* Falta de orientação profissional * Privação do acompanhante

FONTE: Autoria própria.

APÊNDICE J – Quadro 5 – Vivência do Pós-parto e Amamentação.

Quadro 5 - Vivência do Pós-parto e Amamentação.

Vivência do Pós-parto e Amamentação	ELEMENTOS TRANSFORMADORES	ELEMENTOS EXCLUSORES
<i>OPALA</i>	* Apoio profissional	* Maus-tratos * Falta de orientação * Peregrinação pela assistência
<i>DIAMANTE</i>	* Satisfação com o atendimento * Apoio * Consciência de luta coletiva * Empoderamento	* Maus tratos * Discriminação de raça * Frustração * Insatisfação com o atendimento * Discriminação de classe
<i>BRILHANTE</i>	* Apoio	* Maus-tratos
<i>AMETISTA</i>		* Maus-tratos * Frustração
<i>ÁGUA MARINHA</i>	* Apoio profissional	* Frustração * Falta de apoio na amamentação
<i>SAFIRA</i>	* Apoio na amamentação * Vínculo mãe-bebê	* Falta de orientação
<i>ESMERALDA</i>		* Falta de apoio na amamentação
<i>TOPÁZIO</i>	* Apoio profissional	* Maus-tratos * Falta de apoio na amamentação

FONTE: Autoria própria.

APÊNDICE K – Quadro 6 – Matriz Final dos Elementos transformadores.

Quadro 6 - Matriz Final Elementos Transformadores.

ET LR EA MN ES NF TO OR SM A D O R E S	Mundo da Vida	Nº de Menções	Sistema	Nº de Menções
	Busca pessoal por informações	2	Presença do acompanhante	1
	Apoio	6	Apoio profissional	4
	Vínculo mãe-bebê	1	Satisfação com atendimento	3
	Empoderamento	3	Segurança com atendimento	2
	Consciência de luta coletiva	1	Apoio na amamentação	1
Total	5	13	5	11

FONTE: Autoria própria.

APÊNDICE L – Quadro 7 - Matriz Final dos Elementos Excluídos.

Quadro 7- Matriz Final Elementos Excluídos.

E E L X E C M L E U M S T O O R S E S	Mundo da Vida	Nº de Menções	Sistema	Nº de Menções
	Isolamento	1	Falta de orientação profissional	7
	Cultura da dor do parto	3	Insatisfação com atendimento	6
	Frustração	1	Maus tratos	8
			Frustração	8
			Procedimentos inadequados no parto	3
			Falta de apoio na amamentação	3
			Privação do acompanhante	1
			Discriminação de classe	1
			Discriminação de raça	1
			Peregrinação pela assistência	1
Total	3	5	10	39

FONTE: Autoria própria.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência obstétrica sob a perspectiva de mulheres que a vivenciaram.

Pesquisador: Geovânia Pereira dos Reis Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37301614.2.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.067.336

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto visa avaliar a experiências de mães durante o parto e relacionar com atividades de violência durante seu atendimento. O projeto está bem documentado com a literatura adequada. Os riscos estão bem explícitos, e na nova versão todos os pontos levantados por este assessor foram respondidos.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar a percepção de mulheres sobre assistência recebida no parto e nascimento, com foco na violência obstétrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa avaliar a experiências de mães durante o parto e relacionar com atividades de violência durante seu atendimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados e estão de acordo com a legislação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.067.336

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 18 de Maio de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

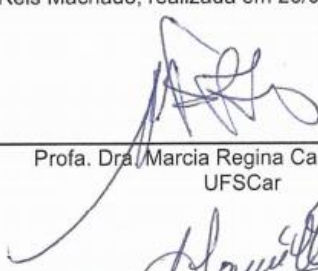
Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

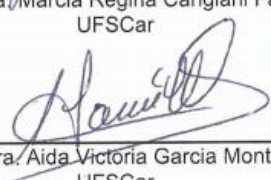
ANEXO B – Folha de Aprovação.**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação


Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Geovânia Pereira dos Reis Machado, realizada em 26/02/2016:



Prof. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro
UFSCar



Prof. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone
UFSCar



Prof. Dra. Vanessa Gabassa
UFG