

MARCAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE ETNOGRÁFICA DE
EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS A SEREM ALCANÇADOS PARA UMA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE¹

Maiara Ricalde Machado Avanci²
(UFMS/BRASIL)

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Antropologia. Experiência de parto.

O objetivo geral da presente pesquisa é compreender pelos caminhos etnográficos como parturientes constroem suas narrativas e relatos de experiências a respeito de seus partos na região Centro-Oeste. Os objetivos específicos são: analisar narrativas de mulheres que passaram por experiências negativas no processo de parturição, refletir sobre o impacto e consequências destas experiências nas mais variadas esferas de vida destas mulheres e apresentar contribuições antropológicas que agreguem na discussão sobre a violência obstétrica e institucional.

A escolha da temática aqui pesquisada se motiva pela minha formação como enfermeira obstetra e sobre como as experiências vividas durante o estágio em obstetrícia impactaram intimamente no meu ser mulher e no meu ser profissional. Foram diversos meses presenciando nascimentos violentos e conduzidos com total desconsideração aos desejos ou expectativas de dezenas de mulheres.

Outro acontecimento pessoal que motivou a presente pesquisa foi em 2019, quando tive a oportunidade de acompanhar pela primeira vez uma primípara adolescente dentro da maternidade. Conversamos e caminhamos pela maternidade por longas horas, onde a acompanhei durante todo o processo de desenrolar de parturição, até o momento em que ela foi submetida aos cuidados da ginecologista obstetra, que invadiu a sala de parto, solicitou-lhe que se deitasse na maca, ordenou-lhe que “calasse a boca e parasse de frescura”, causando grande pavor na parturiente e em sua mãe, que a acompanhava

¹ Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

² Pós Graduanda em Antropologia Social pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGAS-UFMS).

durante a cena pela janela de vidro, pois foi proibida de entrar no local de parto. Posteriormente, a médica realizou uma episiotomia para saída do bebê, realizando o procedimento de episiorrafia posterior sem o uso de anestesia, no qual a parturiente se debatia e urrava de dor. Posteriormente, todos os pedidos para que o bebê, que foi prontamente encaminhado para exames dentro do hospital fosse trazido junto a ela foram terminantemente negados. Ao chegarem com o bebê na sala de parto, a violência da profissional de enfermagem ao colocar-lhe o bebê ao seio foi tanta, que este caiu no chão. Passo ao qual todos os profissionais se entreolharam assustados, correram e tentaram dar assistência ao bebê, enquanto a adolescente e sua mãe choravam copiosamente. Tal experiência lhe secou os seios, que antes estavam cheios de leite e molhavam o avental hospitalar. Neste dia, tranquei-me na sala de enfermagem e desatei a chorar. Foi a partir desta experiência que emergiu meu desejo em pesquisar o cenário da violência obstétrica na região Centro-Oeste.

Já especializada em obstetrícia e saúde da mulher, iniciei uma nova especialização, desta vez em sexologia, área na qual (re)conheci muitas mulheres que passaram por experiências negativas no parto e que não mais conseguiram retomar sua vida sexual normalmente após estas experiências. Novamente, desta vez formada como consultora em aleitamento materno me deparei com diversas mulheres com problemas em manter o processo de lactação após terem passado por traumas no parto.

De acordo com o exposto, este trabalho tem como eixo primordial analisar as narrativas de mulheres que não somente vivenciaram a violência obstétrica, mas também que reconheceram estas violentas vivências em seus processos de parturição.

1. A CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, publicada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, demonstrou que uma em cada quatro mulheres já sofreu algum tipo de violência durante o próprio processo de parturição. As mais relatadas, de acordo com a pesquisa foram agressões verbais, procedimentos realizados sem consentimento, o não uso de analgesia e até negligência. Outro ato violento compartilhado nestes estudos foi a privação do direito do acompanhante, [Dados da pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Fundação Perseu Abramo e Sesc, 2013].

Nesse sentido, Santos (2014) evidencia que a violência obstétrica ocorre tanto em setores de saúde públicos quanto privados, apesar de possuir características muito determinantes, como estereótipos de gênero que se refletem em uma certa rispidez no atendimento dispendido que se reflete em uma relação de poder e superioridade exercida do profissional de saúde sob a mulher parturiente. Tais relações costumam ser estruturadas em manipulações excessivas, intervenções desnecessárias e desconsideração de aspectos como medo e ansiedade em relação ao parto.

Em linhas gerais, Foucault (2004) explora as questões do biopoder, determinantes muito presentes no cenário da violência obstétrica. O biopoder constitui uma prática de poder direcionada ao adestramento à nível de saúde e reflete sobre a construção da ciência médica como um objeto de proferimento de verdades absolutas, um fator socialmente muito encontrado nas relações entre profissionais da saúde e pacientes.

Estas relações de poder acabam se refletindo nas práticas vividas de saúde no cenário obstétrico, e foram definidas e configuradas pela Organização Mundial da Saúde, que destaca a violência obstétrica como uma coerção não somente física à mulher, mas também podendo ser designada por abusos verbais, procedimentos médicos realizados sem consentimento, desrespeito à privacidade da parturiente e cuidado negligenciado durante o parto.

No Brasil, o termo “violência obstétrica” é utilizado para fazer relação as mais variadas formas de violência que podem estar presentes no momento assistencial ao processo gravídico, de parto, pós-parto ou abortamento, sendo um movimento de dominação de corpos e dos processos reprodutivos de mulheres que é exercido por profissionais da área da saúde e que se reflete em práticas desumanizadoras, dominadoras e que incapacitem a mulher em sua decisão livre no controle do próprio corpo (TESSER et.al, 2015).

Bordieu (2012) já apontava como a dominação, especialmente a masculina, possui uma força simbólica muito visível, se firmando inclusive nas atividades reprodutivas, biológicas e sociais. Tais dominações se refletem mais tarde em consequências drásticas para a vida de mulheres. Para as mulheres especialmente, a dominação passou a ser evolutiva partir do século XIX, quando cresceu o interesse da ciência no conhecimento sobre o corpo feminino, consolidando assim um processo denominado de medicalização do corpo feminino. Com isto, medicinas voltadas para a saúde da mulher privilegiavam aos aspectos reprodutivos, assegurando grandes controles sobre a sexualidade feminina (VIEIRA, 2008).

Até o início do século passado o parto era um evento essencialmente feminino e exercido pelas mãos de parteiras experientes, que realizavam a assistência de mulheres em suas casas, na presença de seus familiares. A partir da Segunda Guerra Mundial, passou a crescer a tendência institucional do parto, aonde ao menos 90% dos partos passaram a ser realizados em instituições hospitalares

Vieira (2008) explana sobre como o parto evoluiu historicamente, sendo alvo de inovações tecnológicas e de um modelo dualista da maternidade, que por um lado era exaltada, mas por outro era referenciada patologicamente e relacionada com a loucura.

Tais fatos refletiram, de acordo com Vieira (2008) em uma medicalização do corpo feminino, delegando aos médicos o papel do partejamento e ampliando a hospitalização do parto, que até então costumava ser um evento domiciliar e realizado por parteiras não credenciadas. Passou-se, portanto, a exigir das parteiras que chamassem médicos cirurgiões em caso de emergências, transformando, mais tarde, os hospitais em instituições voltadas para o parto e nascimento.

Já no final do século XIX, o parto passou a ser visto como um evento biológico controlável, sendo compreendido como uma prática essencialmente médica, onde o protagonismo da parturiente não mais existia, dando espaço a uma acelerada hospitalização do processo de parturição (ZANARDO et.al, 2017).

Todos estes acontecimentos contribuíram na fomentação de um fenômeno ainda novo na saúde: a violência obstétrica. De acordo com Sena e Tesser (2015), no Brasil a temática chegou sendo reconhecida pelo termo “violência institucional”, sendo enxergada essencialmente como “uma violência que ocorria durante o parto”. Posteriormente, alguns movimentos sociais que envolviam a maternidade passaram a trazer maiores problematizações sobre o tema, problematizações estas que tomaram grandes proporções, contribuindo para que fosse cunhada a expressão “violência obstétrica”, que passava, finalmente, a ser incorporada na prática científica nacional, após pesquisas revelarem que uma em cada quatro mulheres sofria violência obstétrica durante o parto no país, o que contribuiu para definições mais sólidas, colocando a violência obstétrica em um paradigma de

[...] assistência não empática, que usa de coerção verbal, que zomba, que provoca sentimento negativo na mulher, colocando-a em posição de inferioridade, infantilizando-a ou diminuindo-a e fazendo-a ser submetida a procedimentos que gerem dor ou desconfortos, como tricotomia, forçar a mulher a permanecer em posição litotômica durante o trabalho de parto, realização de exames de toque excessivos por

diversos profissionais diferentes, utilização de ocitocina para aceleração do trabalho de parto e realização de procedimentos que causem traumas e lacerações perineais prejudicando a vida sexual e gerando dor, como a episiotomia.

2. O FEMINISMO E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Rosamaria Carneiro (2015) enfatiza a ocorrência de uma politização da violência obstétrica que se reflete na visibilização da temática, ao se tornar um objeto de reflexão e questionamento por parte do movimento feminista e de mulheres ativistas pela humanização do parto, ao denunciarem casos em que profissionais violassem os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres. Passou-se então a lutar por uma maternidade voluntária e livre de constrangimentos sociais ou biológicos.

A partir desta visão política, movimentos feministas passaram a discutir a importância da criminalização da violência obstétrica, especialmente como um objeto de poder que se caracteriza não somente por uma apropriação do corpo da mulher, mas também por uma intensa patologização de eventos naturais relacionados à gravidez e que se utiliza do silenciamento e até mesmo de ferramentas psicológicas que tentam impregnar uma invisibilidade do discurso a partir de falas e posturas que colocam a experiência violenta como algo “da cabeça da mulher” ou como um evento que foi “mal interpretado”.

Simone Diniz (2002) defende que os debates sobre a violência obstétrica não morreram, estando presentes, por exemplo, em cursos promovidos pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, ambos da Universidade de São Paulo (USP), responsáveis pela publicação de manuais sobre o tema e promoção de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência durante o parto.

Para que a violência obstétrica possa ser mais bem discutida nos meios feministas, deve-se categorizar suas diversas vertentes: abuso físico, abuso intervencionista, abuso verbal, discriminação e negligência. De acordo com Tesser et.al (2015), os abusos físicos que ocorrem no parto estão relacionados com a realização de procedimentos injustificados, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, realização de episiotomias sem necessidade e imobilização do corpo.

3. O TRABALHO DE CAMPO

Até o presente momento, este trabalho demonstrou uma discussão teórica a respeito da temática aqui debatida. A partir deste momento, serão colocadas as trajetórias vividas dentro do campo no ano de 2022, período que a pesquisa de campo se iniciou.

O campo aqui mencionado está construindo-se a partir da coleta de relatos de parturientes que passaram pela experiência da violência obstétrica, mulheres as quais já reconhecem que passaram por um processo de violência. A perspectiva etnográfica foi a escolhida para dar vivência a estes relatos, sujeitos e contextos. Tal escolha se deu pelo fato de reconhecer a etnografia como uma metodologia que envolve as interações interpessoais e que permite uma análise comportamental, considerando, como colocado por Mattos (2011), ser uma metodologia que introduz os atores sociais com uma participação ativa e dinâmica, em uma perspectiva modificadora das estruturas sociais. Como coloca Ogbu (1981), o objetivo da etnografia é estabelecer um conjunto de significados aos eventos, contextos, ações e fatos, de forma a produzir, perceber e interpretar estes significantes.

Na presente pesquisa o grupo selecionado foi o de mulheres que passaram pela experiência da violência obstétrica dentro de maternidades localizadas na região Centro-Oeste e que reconheceram a vivência de tais fatos em suas experiências de parto.

Tal ideia de campo já se consolidava durante a graduação em enfermagem, momento em que entrei em contato com mulheres que participavam de rodas de gestação para partos humanizados, sendo que a maioria destas mulheres já haviam vivenciado experiências negativas em seus partos e já se dispunham a expor suas narrativas vívidas.

Sendo assim, os relatos aqui apresentados foram oferecidos por mulheres que já obtinham conhecimento prévio da negatividade de suas experiências e que já se reconheciam como vítimas de algum tipo de negligência médica. Os relatos foram colhidos na íntegra e foram utilizados pseudônimos para identificação das interlocutoras.

Houve um espaço de tempo de convivência entre eu e as interlocutoras, tempo no qual pude averiguar as mudanças de seus discursos e os impactos diários aos quais estas foram expostas após o evento de violência obstétrica.

A primeira interlocutora com quem tive contato foi a Eduarda, mulher branca de vinte e um anos completos, primípara e manicure. Eduarda já era uma mulher que expunha nas redes sociais seu relato do primeiro parto de sua vida, um parto violento:

Eu demorei muito tempo para falar sobre isso porque eu não tinha noção do que eu tinha passado emocionalmente e como o que eu vivi era realmente uma violência obstétrica. Eu tinha algumas

noções, coisas que me incomodaram ali, mas eu não tinha esse peso tão forte do que tinha acontecido porque eu acreditava que aquilo era o melhor, acreditei que era daquele jeito que tinha que ser feito. Foi só mais para a frente que comecei a estudar e entender mais a fundo o que aconteceu [...]

Posteriormente, Eduarda conta como foi sua experiência de parto:

Eu me senti esquecida desde a hora que cheguei no hospital. Quando decidi ir ao hospital já sentia as contrações tinha mais de cinco horas. Mal cheguei a enfermeira já pediu para que eu ficasse deitada na cama. Expus para ela que eu queria andar, ao passo que ela ordenou que eu ficasse deitada de barriga para cima esperando passar a dor. Neste momento, já senti uma insegurança e liguei para meu marido pedindo para que ele viesse o mais rápido possível.

Eduarda foi restrita à movimentação durante o trabalho de parto, fator já muito explorado em pesquisas experimentais, que evidenciaram, inclusive, que mulheres que se movimentam livremente durante o parto e que podem caminhar ou se sentar acabam tendo trabalhos de parto mais rápidos e menos dolorosos do que mulheres que permanecem na posição deitada durante este processo (MOUTA; PROJANTI, 2009). Além disso, observa-se no relato de Eduarda uma tentativa constante dos profissionais de saúde em controlar seu corpo desde a sua chegada, até o desenrolar completo deste processo quando o trabalho de parto se iniciou:

Quando o trabalho de parto começou eu comecei a sentir uma queimação muito forte, mais tarde descobri que isso chamava círculo de fogo, mas na hora eu não sabia e reclamei pra enfermeira dessa queimação, então ela me deitou na maca, amarrou meus dois braços e não deu nem tempo de me assustar com isso, porque logo o médico começou a fazer uma força encima de mim para tentar tirar minha bebê para fora...ela saiu muito rápido, e na hora que eu a vi chorar foi lindo, mas eu tava me sentindo triste ao mesmo tempo e extremamente invadida.

Percebe-se, portanto, haver uma cultura que tolera desrespeitos e abusos na assistência ao parto. Neste sentido, pesquisadoras brasileiras que realizam uma revisão de literatura internacional no tocante à temática, identificaram e categorizaram quatro formas diferentes de violência obstétrica: violência física, violência sexual, violência verbal e negligência (SALGADO, 2012, p.155).

Tatiana, mulher negra, farmacêutica de profissão, foi outra mulher que aceitou ceder seus relatos para a presente pesquisa. Desde o início de seus relatos, Tatiana descreve como “coisas chiques” o plano de parto e o processo de humanização do parto,

visão que parece tê-la feito pensar que um parto respeitoso é restrito para “mulheres brancas e com boas condições aquisitivas”.

Para Duarte (2004), o plano de parto é um documento que visa estabelecer o direito de escolha da mulher durante o processo de parturição. Este documento permite que a gestante reflita sobre quais procedimentos deseja se submeter durante o parto, preparando-a para uma conversa aberta com o profissional de saúde que irá lhe prestar assistência durante este processo. O plano de parto garante, portanto, um protagonismo decisivo da mulher sobre questões que envolvam o próprio bem-estar ou o bem-estar do recém-nascido, excluindo-se os fatores emergenciais. Mesmo nos casos emergenciais, deve ser preservado o direito da gestante no conhecimento sobre os efeitos benéficos e prejudiciais de cada procedimento a ser realizado ou manobra médica a ser executada.

Não teve plano de parto, não teve nada dessas coisas chiques não, tá? Aí eu só decidi que eu não queria ser anestesiada mesmo, tá? E no momento que eu falei isso pro médico, que não queria anestesia, ele falou bem ríspido assim: “então procura um médico melhor. Se você acha que eu não vou fazer o melhor por você ou não sei o que é melhor para você ou que você pode determinar meu trabalho, procura um médico melhor”. Quando chegou o dia do parto, eu esperei o bebê entrar em trabalho de parto e eu confesso que não sabia o que era parto humanizado, eu achava que parto normal era tudo igual sabe? Meu parto foi cheio de abuso obstétrico menina, cheio, depois de muita espera foi que o médico apareceu e ele falava tão mal comigo, as enfermeiras falavam mal comigo, elas falavam assim “pra que ter medo? Tá com medo de dor? Dói mesmo”. Quando comecei a parir meu filho a enfermeira fazia um “negativo” assim com a cabeça, parecia que eu tava fazendo algo errado, eu lembro dela falar algo como se eu tivesse perturbando meu filho de sair. Ela ficava me tratando como se eu fosse burra desde que cheguei sabe, ela me chamava de mãezinha e dizia para não gritar muito e para eu fazer isso ou aquilo como se estivesse tentando me ensinar, como se eu fosse infantil e logo depois fazia cara de reprovação.

Pesquisas brasileiras revelam intimamente o fato relatado por Tatiana, uma vez que demonstram que equipes médicas acabam por vezes desrespeitando o processo fisiológico do parto como maneira de exercer poder sobre a mulher, interrompendo murmúrios, gritos ou outras manifestações de dor, tratando estes aspectos como “descompensações”, despendendo um tratamento infantilizado à mulher (FIGO et.al, 2015).

Os mesmos fatores foram observados por mim durante meu período de estágio na maternidade. Na situação em que me fiz presente como enfermeira assistente, pude

acompanhar uma adolescente primípara e negra durante sua primeira caminhada por um corredor hospitalar. Seu misto de ansiedade, medo e felicidade eram visíveis. Conversamos muito durante este trajeto, mas como a chegada da médica obstetra, os momentos tranquilos logo findaram. Ao chegar, a médica deitou a paciente sob a maca na posição de litotomia, ligou um som muito alto e disse-lhe que “agora é concentrar e fazer muita força, vamos acabar com isso logo”. Os olhos da parturiente logo ficaram esbugalhados e procuraram aos meus, ao passo em que tentei disfarçar a minha profunda indignação. O resultado foi um parto difícil, demorado e um peito que antes jorrava leite, agora seco pelo contexto emocional ao qual aquela moça foi submetida.

Lana (2001) descreve que os primeiros momentos após o parto são decisivos para o sucesso do aleitamento materno. Isto ocorre porque é exatamente neste momento em que ocorrerão as maiores produções de ocitocina durante a mamada, momento denominado de período sensitivo, por ser o mais crucial no estabelecimento de vínculo entre o binômio (mãe-bebê). Se este período não é bem aproveitado, o vínculo pode ser afetado. O período sensitivo é reconhecido como sendo o momento de maior disposição da mulher para interagir com o bebê, favorecendo o desenvolvimento não só físico, como psicológico da criança.

Além disso, são observados aqui dois fatores ocorridos com mulheres negras. De acordo com a Pesquisa Nascer Brasil (2014) mulheres negras ainda são as maiores vítimas de violência obstétrica e são as que mais sofrem com a demora no atendimento. Aproximadamente 60% das mulheres vítimas de mortalidade materna são mulheres negras. O mesmo estudo demonstra que a mortalidade materna pode ser prevenível em até 90% dos casos, desde que a mulher receba atendimento adequado.

Também neste sentido, Santos (2016) destaca o fato de que mulheres com baixo poder aquisitivo, negras, adolescentes e mulheres que não realizaram o pré-natal ou que chegam ao momento do parto desprovidas de um acompanhante, bem como profissionais do sexo, usuárias de drogas e moradoras de rua ou mulheres encarceradas são as mais vulneráveis a negligência e omissão de socorro.

Daniela, anestesiológica, foi um caso curioso ao qual tive oportunidade de obter o relato. De classe alta, branca e médica visitante da própria maternidade em que foi violentada, ela conta com indignação seus momentos difíceis durante o parto de sua segunda filha. Daniela relata que o momento crucial em que percebeu que estava sendo negligenciada foi já durante o trabalho de parto, onde percebeu que mesmo tendo relatado todos os seus desejos para a equipe médica, nenhum deles se concretizou durante o

processo de parturição, especialmente desejos que Daniela nutria por já conhecer o processo de humanização do parto. Um deles refere-se ao fato de que Daniela desejava poder cortar o cordão umbilical de seu bebê no momento em que ele parasse de pulsar, desejo que, além de não ter sido atendido, foi ignorado quando o médico realizou o rompimento do cordão antes mesmo que este parasse de pulsar.

Durante o parto não me deixaram cortar o cordão do meu filho e isso era algo que eu queria muito, eu havia pedido isso para a equipe médica antes, mas assim que ele nasceu logo veio uma médica desconhecida por mim e arrancou ele dos meus braços com muita força dizendo que precisava avaliá-lo e cortar o cordão. Logo depois preocupei-me, pois meu filho não estava chorando, ao passo em que a médica ignorou minha preocupação e não me respondeu quando perguntei se era normal bebês não chorarem. Depois do meu parto tenho pesadelos quase todos os dias com esse momento e desenvolvi um cuidado excessivo com meu filho, que hoje estou tratando.

Em 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o clampeamento tardio do cordão umbilical como uma estratégia para diminuição da mortalidade infantil por anemia ferropriva. O ato de clampar o cordão tardiamente viabiliza o suporte de hemoglobina no estoque de ferro ainda nos primeiros meses de vida da criança (WHO, 2014).

Daniela foi “respondida” com silêncio pela equipe de saúde que prestava seu atendimento em diversos momentos em que sentiu angústias durante o pós-parto. Além disso, ela sofre até hoje com as consequências psicológicas posteriores deste momento. Para Farias (2014) a violência obstétrica pode prejudicar não somente a experiência de parto, mas gera também danos psíquicos potenciais, como irritabilidade, melancolia, fadiga extrema, medo, dificuldades para adormecer, depressão pós-parto, transtornos de ansiedade e transtorno pós-traumático – TEPT.

Jennifer, enfermeira, 26 anos, conta sua experiência traumática sobre o nascimento de sua primeira filha.

Tiveram diversos atos violentos diferentes durante meu parto. Um combo mesmo. Sofri uma episiotomia que resultou em seis pontos. Também me fizeram manobra de Kristeller. Até hoje sofro com dores nas minhas relações sexuais por conta da episiotomia e tenho muitos traumas psicológicos que vieram da minha experiência negativa de parto. O meu parto não me traz boas lembranças porque eu era muito jovem, tinha somente dezoito anos quando minha filha nasceu e fui muito mal-

informada durante meu pré-natal. Além disso, me botaram ocitocina e foi realizado o exame de toque em mim muitas vezes. Fiquei assustada com quanto um parto hospitalar poderia ser caótico, não me senti tranquila em momento nenhum, queria muito ir para casa.

Pesquisas esclarecem que a episiotomia, definida como uma incisão cirúrgica realizada na região do períneo com o intuito de ampliar o lúmen do introito vaginal durante o período expulsivo do parto, ainda é rodeada de controvérsias, possuindo poucos estudos científicos publicados sobre o procedimento (MIS, 2012).

Para alguns autores, a episiotomia é considerada uma mutilação genital que causa traumas a mulher, gerando consequências psicológicas e emocionais ocasionadas pelo processo doloroso que tal procedimento acarreta. Uma das consequências da episiotomia é a sua repercussão no desempenho sexual futuro (COSTA et.al, 2011).

O'Malley et.al (2018) realizaram pesquisas comparativas entre mulheres que sofreram episiotomia, rasgos perineais de segundo grau ou terceiro grau e mulheres que permaneceram com períneos intactos após o trabalho de parto. Os dados mostram que as mulheres que sofreram lesões perineais apresentaram probabilidade significativa de desenvolverem dispareunia até seis meses após o parto. Tal associação foi persistente por até doze meses no caso da episiotomia. Mesmo após seis meses depois do parto, mulheres que sofreram lesões perineais continuaram apresentando perda pelo interesse na atividade sexual.

Mariele, 29 anos, professora escolar de geografia, conta como foi a experiência com seu segundo filho na maternidade.

No meu parto aconteceram agressões verbais, especialmente nos momentos em que me agitava ou que eu me mostrava cansada demais para continuar fazendo força. Eu não me lembro exatamente das palavras do médico, pois as palavras me machucaram demais. No final do trabalho de parto eu já estava desesperada, queria analgesia, foram muitos gritos e muita perda de paciência tanto comigo quanto com a equipe de enfermagem que auxiliava meu parto. Nesta maternidade em que estive não deixaram meu acompanhante entrar, e me ignoraram quando expus que eu sabia o que era episiotomia e manobra de Kristeller, me recusei que fizessem em mim. Além disso eu não pude me expressar em quase nada e nem me mexer, pois me diziam que eu poderia me machucar gravemente ou ao bebê.

De acordo com a Lei Federal n 11.108/2005 os serviços de saúde possuem a obrigatoriedade de ceder permissão para que a parturiente possa ser acompanhada de uma pessoa de sua escolha durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto. Além

disso, tal relato demonstra como a apropriação do conhecimento obstétrico tem levado a mulher a ser enxergada como “inferior intelectualmente”, como um objeto de fragilidade voltado somente ao papel reprodutivo. O abuso psicológico durante o trabalho de parto também foi observado em diversos momentos do relato de Mariele:

Eles diziam que se eu não colaborasse ficando quietinha na cama iriam sair e me deixar fazer o parto sozinha. Eu acabava me sentindo culpada e ficava quieta. A equipe de parto falava muito ríspida comigo e não deixaram meu marido entrar.

Tesser et.al (2015) já relatava a relação da violência obstétrica com a oferta de cuidado indigno e de abusos verbais que acontecem durante a assistência ao parto. Tais violências são representadas por comunicações desrespeitosas, ridicularização e humilhações. Além disso, a violência obstétrica possui grande caráter depreciativo, especialmente no que tange à mulheres negras. No caso destas mulheres, o autor pontua que há maior possibilidade de abandono, negligência e recusa de assistência, aumentando consideravelmente os riscos físicos durante o trabalho de parto.

4. A ANTROPOLOGIA E A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O SER AFETADO

Assim como bem pontua Fravret-Saada (2005), não pude em momento algum deixar de ser afetada pelo meu campo, sendo impossível a mim negar ou ignorar meu lugar nas experiências as quais estive escutando, até mesmo por ser uma profissional de saúde.

Ao adentrar neste campo, aceitei ser afetada por ele, estabelecendo relações de troca com estas mulheres e pude compartilhar um pouco de suas angústias e frustrações ao serem recebidas com tamanha violência em um momento que lhes era pra ser, no mínimo, digno de protagonismo e de autonomia de escolha.

Há uma percepção clara, como pesquisadora, de que as relações de poder estabelecidas entre profissionais e parturientes se fizeram muito presentes durante a maioria dos relatos coletados. Abre-se aqui, inclusive, um parêntese de que futuras pesquisas na área poderão, talvez, qualificar melhor esta necessidade de dominação da classe médica sobre os pacientes, especialmente quando estes encontram-se em situação de vulnerabilidade.

Refletir antropologicamente sobre a temática da violência obstétrica permite a percepção sobre o quanto o caráter cultural está envolvido nas entranhas destes

atendimentos violentos, e o quanto a cultura interfere na reação e percepção destas parturientes perante os acontecimentos.

Esta breve pesquisa pretende, portanto, ser uma reflexão sobre a contribuição que um olhar sensível e antropológico pode trazer para esta temática, contribuindo assim para o aumento de lutas sociais, resistências e movimentos informativos que possam contribuir, nos mais diversos campos da sociedade, com o combate à violência obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGALLO, R. **PICO: Como Formular uma Pergunta Clínica?** [s.l]: PEBMED, 2002. Disponível em: <https://pebmed.com.br/pico-como-formular-uma-pergunta-clinica/>. Acessado em 02 de julho de 2022 às 18:40 horas.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/838379>. Acessado em 16 de julho de 2022 às 10:22 horas.

CASAL, M. I. S. **Episiotomía versus desgarro revisión de las evidencias científicas**. in. Enfermería Docente 2012, Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-97-09.pdf> . Acessado em 05 de julho de 2022 às 08:40 horas.

COSTA, O. L. C. SOLANO L. C. MARTINS, P. H. M. C. BORGES I. F. **Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura**. in. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança. Volume 9, número 2, Agosto de 2011. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>. Acessado em 10 de julho de 2022 às 07:15 horas.

DUARTE, S. G. DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

FARIAS, K. G. **Quando a lente muda o retrato. Um olhar sobre a violência obstétrica.** In Colóquio nacional representações de gênero e de sexualidades, XI, 2014, Campina Grande. Anais Eletrônicos , Universidade Federal de Campina Grande 2014. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/10822>. Acessado em 8 de julho de 2022 às 09:15 horas.

FIGO, J. FERREIRA, D. G, ASCARI R. A, MARIN, S. M, ADANY, E. K, BUSNELLO, G. **Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto.** in. Revista Cogitare Enfermagem. 2013 Out/Dez; 18(4):761-6. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34934/21686>. Acessado em 15 de julho de 2022 às 10:05 horas.

FAVRET-SAADA, J. **“Ser afetado”.** in. Cadernos de Campo. no. 13: 155-161, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263/54376>. Acessado em 8 de julho de 2022 às 11:55 horas.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LANA, A. P. B. **O Livro de Estímulo à Amamentação.** São Paulo: Atheneu, 2001.

MOUTA, R. J. O. PROGIANTI, J. M. **Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto.** in. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 731-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/jZvbhZdvY838qwZcD8CfStb/abstract/?lang=pt>. Acessado em 19 de julho de 2022 às 10:15 horas.

OGBU, J. U. **School ethnography: a multilevel approach. Anthropology and Education Quarterly.** in. Anthropology & Education Quarterly Vol. 12, No. 1, Issues in School Ethnography. Spring: 1981. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3216214>. Acessado em 21 de julho de 2022 às 17:16 horas.

O'MALLEY, B. M. C. [et al] **Prevalence of and risk factors associated with sexual health issues in primiparous women at 6 and 12 months postpartum; a longitudinal prospective cohort study (the MAMMI study).** 2018. Disponível em:

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-018-1838-6.pdf>. Acessado em 05 de julho de 2022 às 20:45 horas.

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico.** Interface - in. Interface Comunicação Saúde Educação. V 13, supl. I, p.595-602, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>. Acessado em 10 de julho de 2022 às 05:21 horas.

SALGADO, H. O. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>. Acessado em 16 de julho de 2022 às 15:14 horas.

RIBEIRO, N. Empoderamento feminino desde a gestação até o parto. in. UnBCiência. Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.unbciencia.unb.br/biologicas/58-enfermagem/504-emponderamento-feminino-desde-a-gestacao-ate-o-parto>. Acessado em 16 de julho de 2022 às 08:32 horas.

TESSER C. D. KNOBEL, R. ANDREZZO, H. F. A. DINIZ, S. G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** in. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2015; 10 (35): 1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acessado em 10 de julho de 2022 às 09:51 horas.

WHO. **Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.** Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf. Acessado em 20 de julho de 2022 às 13:23 horas.