



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPSI**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PSICOLOGIA – PPGPSI**



**ISA PATRÍCIA BARBOSA CARDOSO**

**SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO**  
**EM NARRATIVAS DE MULHERES ATENDIDAS NA REDE**  
**PRIVADA**

**Salvador**

**2015**

ISA PATRÍCIA BARBOSA CARDOSO

**SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO  
EM NARRATIVAS DE MULHERES ATENDIDAS NA REDE  
PRIVADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cecília de Sousa Bastos.

Coorientador: Prof. Dr. Márcio Santana da Silva.

**Salvador**

**2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA  
VALDICEIA DE J. CARDOSO PINHEIRO – CRB – 5/1494**

C268s Cardoso, Isa Patrícia Barbosa  
Significados da violência na assistência ao Parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada / Isa Patrícia Barbosa Cardoso; orientadora Ana Cecília de Sousa Bastos; coorientador Márcio Santana da Silva. – Salvador, 2015.  
125 f., il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, 2015.

1. Parto (Obstetrícia) – violência. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Self (Psicologia). 4. Significação (Psicologia). 5. Psicoterapia. I. Bastos, Ana Cecília de Sousa. II. Silva, Márcio Santana. III. Título.

CDU 159.9:618.4



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA  
Instituto de Psicologia - IPS  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI  
MESTRADO ACADEMICO E DOUTORADO



## TERMO DE APROVAÇÃO

“SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO EM NARRATIVAS  
DE MULHERES ATENDIDAS NA REDE PRIVADA”

Isa Patrícia Barbosa Cardoso

### BANCA EXAMINADORA:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos (orientadora)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof. Dr. Márcio Santana da Silva (coorientador)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vivian Volkmer Pontes  
Universidade de São Paulo – USP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Miriã Alves Ramos de Alcântara  
Instituto Federal da Bahia - IFBA

Salvador, 09 de julho de 2015.

*Dedico este trabalho às mulheres que participaram dessa pesquisa, relatando suas histórias e me permitindo conhecer suas transformações - que se assemelharam às minhas, referentes à significação da violência obstétrica, e que contribuíram não só para o meu aprimoramento profissional, mas também como mulher que deseja uma transformação no modelo de assistência ao parto e ao nascimento.*

## **AGRADECIMENTOS**

Nessa estrada acadêmica muitas pessoas foram significativas e contribuíram de alguma forma para que essa etapa fosse cumprida. A todos o meu muito obrigada!

Acima de tudo e de todos, ao meu Deus que me guiou pela estrada escura nessa caminhada e me sustentou com a sua mão forte para que eu não desistisse. A Ele Toda Honra, Toda Glória e Todo o meu Louvor!

Ao meu esposo Manuel Neto e a minha filha Isabelle Sarai pelo amor, atenção, cuidado, compreensão, cumplicidade, incentivo, apoio e suporte emocional;

Aos meus amigos e irmãos em Cristo que não poderei aqui citar todos os nomes, mas que me sustentaram em oração e compreenderam as minhas ausências;

À incentivadora, orientadora e professora Ana Cecília de Sousa Bastos que apostou nesse trabalho;

Ao meu coorientador Márcio Santana da Silva, que me incentivou a ter coragem e determinação no exercício da pesquisa;

Aos meus colegas e amigos do grupo de pesquisa CONTRADES, e mais especialmente a Delma Barros, a Elsa Mattos, a Sara Chaves pelo compartilhar de materiais, palavras de incentivo, ajuda, e pelo apoio nos momentos de turbulência da estrada acadêmica;

Ao Pró-Reitor de Gestão de Pessoas da Universidade do Estado da Bahia – UNEB, professor Marcelo Ávila, que muito me incentivou a realizar esse mestrado;

À minha turma de mestrandos 2013, que turma maravilhosa, incentivadora, alegre e acima de tudo corajosa. Em especial, à minha amiga Quele Gomes que tornou esses anos acadêmicos mais suaves;

E, finalmente, à amiga Luiza Teles que com seu exemplo de vida chegou na hora certa para me lembrar de que era possível chegar até aqui.

Não tenho palavras pra agradecer tua bondade

Dia após dia me cercas com fidelidade

Nunca me deixes esquecer

Que tudo o que tenho

Tudo o que sou

O que vier a ser

Vem de Ti Senhor

Dependo de Ti

Preciso de Ti

Sozinho, nada posso fazer.

Descanso em Ti

Espero em Ti

Sozinho, nada posso fazer.

Tudo o que tenho

Tudo o que sou

O que vier a ser

Vem de Ti Senhor.

Música: Vem de Ti, Senhor

Ana Paula Valadão

## RESUMO

Cardoso, I.P.B. Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada. Salvador, 2015. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

A violência obstétrica tem sido um problema nas práticas de atenção à mulher, visto que ela se apresenta de diversas formas, muitas vezes de maneira sutil, na gestação, no parto e no pós-parto. No Brasil, esse tema vem ganhando cada vez mais visibilidade, devido às ações dos movimentos sociais em prol da humanização no parto e no nascimento. Através de redes sociais, blogs, encontros, rodas de conversas sobre a humanização, documentários, filmes, entre outros, esses movimentos têm buscado instruir as mulheres, para que elas possam identificar esse tipo de violência, ao passo que possam também lutar pelos seus direitos. O presente estudo foi conduzido a partir da Psicologia Cultural, de orientação semiótica, bem como pela Teoria do *Self* Dialógico. Teve como objetivo analisar o processo de construção de significados por mulheres acerca da violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada, que entraram em contato com o discurso da humanização. Para isso, foram realizados estudos de caso, a partir de entrevistas narrativas de três mulheres que foram selecionadas através do banco de dados de uma Organização Não Governamental, que visa ao fortalecimento da autonomia da mulher e da mudança na forma de assistência ao parto no Brasil. Entre os principais resultados, são identificados aspectos da dinâmica relacional do *self* na organização da experiência individual, envolvendo: (a) as formas como essas mulheres estabeleceram trocas dialógicas, no âmbito de seus *selves*, com outros significativos (obstetra, equipe da assistência ao parto e outros sociais); (b) como construíram signos promotores - imagem do parto idealizado - que orientaram suas trajetórias; e (c) as rupturas, ambivalências e os momentos inovativos no processo de construção do signo da violência obstétrica. O contato com o discurso da humanização mostrou como o contexto é relevante para as novas reconfigurações dos seus *selves* e posicionamentos na esfera intra e interpessoal.

**Palavras-chave:** violência obstétrica, narrativa, *self* dialógico, transições-rupturas, momentos inovativos.



## ABSTRACT

Cardoso, I.P.B. Meanings of violence in childbirth assistance in women's narratives met on the private network. Salvador, 2015. Dissertation (Master). Graduate Program in Psychology. Federal University of Bahia.

Obstetric violence has been a problem in the practices of attention to woman, as it presents itself in various ways, often subtly, in pregnancy, childbirth and postpartum. In Brazil, this issue is gaining more and more visibility, due to the actions of social movements for the sake of humanization in labor and birth. Through social networks, blogs, dating, wheels of conversations about the humanization, documentaries, movies, among others, these movements have sought to instruct women, so that they can identify this type of violence, while they can also fight for their rights. This study was conducted from the Cultural Psychology, semiotics, as well as guidance by the theory of Dialogic Self. Aimed to analyze the process of constructing meanings by women about obstetric violence in childbirth care in the private system, which came into contact with the discourse of humanization. For this, case studies were performed, from three narratives interviews women who were selected through the database of a non-governmental organization, which aims at strengthening the autonomy of women and the change in the form of assistance to labor in Brazil. Among the key findings, are identified aspects of the relational dynamics of the *self* in the organization of individual experience, involving (a) the ways that dialogical exchanges were established by these women, within their *selves*, with others significant (obstetrician, childbirth assistance team and others) (b) how they built signs promoters - labor image idealized - that guided their trajectories and (c) breaks , ambivalence, the innovative moments in the process of construction of the sign of violence obstetric. The contact with the humanization speech showed how the relevant context for the new reconfigurations of their *selves* and placements in intra-and interpersonal sphere.

**Keywords:** obstetric violence, narrative, dialogic self, transitions-ruptures, innovative moments.

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>16</b>
<b>Capítulo I - Revisão de Literatura .....</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo II - Fundamentação Teórica .....</b>	<b>30</b>
<b>Capítulo III - Aspectos Metodológicos, Operacionais e Éticos da Pesquisa .....</b>	<b>50</b>
<b>Capítulo IV - Organização e Análise dos Casos .....</b>	<b>56</b>
<b>Capítulo V - Algumas Reflexões sobre os Casos Analisados .....</b>	<b>106</b>
<b>Referências .....</b>	<b>116</b>
<b>Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>123</b>
<b>Anexo II - Dados Sociodemográficos .....</b>	<b>124</b>
<b>Anexo III - Roteiro .....</b>	<b>125</b>

## LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Triângulo de C.S.Peirce .....	33
<i>Figura 2.</i> Diferentes formas de ambivalência. ....	37
<i>Figura 3.</i> Representação gráfica das <i>I-positions</i> em um <i>self</i> multivocal.....	42
<i>Figura 4.</i> Tipos de Momentos de Inovação (IMs) .....	44
<i>Figura 5.</i> Articulação dos conceitos de emergência semiótica, <i>self</i> dialógico e IMs....	48
<i>Figura 6.</i> Perfil Sociodemográfico das entrevistadas.....	54
<i>Figura 7.</i> Posições envolvidas na construção do significado do parto idealizado.....	64
<i>Figura 8.</i> Elementos envolvidos na dinâmica multivocal do <i>self</i> dialógico.....	67
<i>Figura 9.</i> Emergência do signo de “parto maravilhoso” com função promotora.....	81
<i>Figura 10.</i> Momentos inovativos no sistema do <i>self</i> .....	82
<i>Figura 11.</i> Elementos envolvidos na dinâmica de posicionamento dialógico do <i>self</i> ..	99

## APRESENTAÇÃO

O nascimento é um evento que marca a entrada de um novo ser no mundo. O corpo de uma mulher se abre para deixar passar o corpo do bebê e naquele momento as histórias de diversas pessoas são modificadas. Nasce uma criança, nasce também uma mãe e com isso nasce uma nova reconfiguração familiar, um novo ajustamento entre os componentes dessa família, uma nova construção de papéis e muitas outras transformações ocorrem na vida da mulher e de seu sistema familiar. Trata-se de uma mudança para um novo estágio do ciclo de vida, que já possui suas peculiaridades e dificuldades inerentes.

O momento pontual do nascimento traz consigo todo um conjunto de sentimentos, emoções e temores. Maldonado (1997) afirma que o parto se constitui em momento crítico caracterizado pela irreversibilidade, no qual a situação precisa ser enfrentada de qualquer forma, é um momento imprevisível e desconhecido. A incapacidade de saber quando e como irá se desenrolar o trabalho de parto, dentre outras situações, contribui para o aumento da ansiedade e da insegurança por parte da mãe. A mulher teme a dor, teme não suportá-la, sucumbir, perder o controle, surgem os medos da morte, de ser dilacerada na sua genitália, de não saber fazer o bebê nascer e do ambiente hospitalar, o que gera um estado de alta vulnerabilidade no momento do parto (Sofier, 1986; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Nesse cenário emocional, a assistência ao parto aparece como fator fundamental no acolhimento dessa mulher, devendo propiciar um ambiente de segurança e proteção por todos aqueles que a cercam. A vivência de uma assistência ao parto desrespeitosa perpassa por práticas discriminatórias, tratamentos grosseiros, ameaças, humilhações, negligências, intervenções padronizadas desnecessárias e excessivas, persuasão para uma cesárea eletiva, dentre outros direcionamentos, ou seja, geralmente segue uma lógica que não privilegia as necessidades da mulher. Muitas vezes, por desconhecer os seus direitos reprodutivos e a fisiologia do parto em si, as parturientes têm sido vítimas de uma assistência pautada em modelos tradicionais tecnocráticos que não se enquadram ao modelo de assistência humanizada ao parto (D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Diniz, 2001; Aguiar & D' Oliveira, 2011).

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma

mudança no ‘que fazer’ diante do sofrimento do outro humano, no caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. (Diniz, 2005, p. 628)

O modelo humanizado de assistência ao parto preconiza que o parto deve ser visto como um evento fisiológico natural, pertencente à mulher, e que deve ser assistido e baseado em evidências científicas. O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, organização de uma assistência voltada para as necessidades da mulher e sua família, e também para as modificações físicas do espaço hospitalar, visando promover um ambiente acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. Já outros extremamente importantes estão relacionados à atuação profissional, podendo aqui ser pontuadas algumas prerrogativas para essa atuação, a saber: que respeitem os aspectos fisiológicos do parto; que não intervenham desnecessariamente; que informem todos os procedimentos a que as parturientes serão submetidas; que ofereçam suporte emocional à mulher e ao seu acompanhante; que deem autonomia a mulher durante todo o processo de pré-parto e parto, dando liberdade de movimentação e de escolha da melhor posição para parir; que reconheçam, legitimem e ofereçam suporte para o medo e dor do processo parturitivo; que garantam à mãe o contato com o seu bebê no colo, mantendo-os conjuntos, facilitando assim, a formação de laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (Maia, 2010; Dias & Domingues, 2005).

Este modelo de assistência preza pelo oferecimento de informações baseadas em evidências científicas a respeito dos riscos inerentes para a mãe e bebês, em relação a todos os tipos de partos, a fim de que a mulher possa ter o direito de fazer a sua escolha. O movimento pela humanização também reconhece a cesárea, mas como um ato cirúrgico para casos graves e urgentes, pois quando é bem indicada, pode salvar vidas (Paula & Chauvet, 2013).

A discussão sobre a humanização do parto tem crescido visando garantir os direitos reprodutivos da mulher e tem sido tema de âmbito mundial. Assim, a partir da minha experiência profissional em clínica, com grupo de casais, em contato com discussões em roda de conversa sobre a assistência ao parto foi que surgiu o interesse por tal problemática. O exercício profissional sempre me impulsionou a buscar compreender questões relevantes no contexto do casal e da família. A escolha do tema mais amplo, que é a maternidade, e que posteriormente evoluiu para a questão específica da violência obstétrica na assistência conduziu-me ao mestrado e me

aproximou do grupo de pesquisa “Contexto e Trajetória de Desenvolvimento” - CONTRADES, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos. Paralelamente, comecei a participar do Projeto de Extensão “Acolhendo a Gestação” na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Mary Galvão, através das rodas de conversas referentes ao tema do parto humanizado e das trocas de experiências com mulheres na gravidez, parto e pós-parto. Nessa escuta, percebi que, enquanto parturiente, também vivenciei situações que o movimento social pelo parto humanizado aponta como violência obstétrica, realidade da qual até então eu não havia me conscientizado, passando daí a ressignificar a minha própria experiência.

Assim como ocorreu comigo, percebi que muitas mulheres sofreram desrespeitos e violações de seus corpos e também não conseguiram perceber que estavam sendo vítimas desse tipo de violência, por acreditar que estavam sendo submetidas a procedimentos “normais” para o nascimento de seus filhos. Somente a partir das trocas de informações com outras mulheres, da participação em rodas de conversas e entrando em contato com o discurso da humanização no parto, foi que percebi que elas construíam um novo significado de suas experiências e que novos posicionamentos pessoais emergiram em suas trajetórias de vida.

A partir dessa percepção, o presente estudo teve como pergunta norteadora a seguinte questão: Como as mulheres construíam significados acerca da violência obstétrica na assistência ao parto prestada na rede privada, ao entrar em contato com o discurso da humanização?

E como **objetivo geral**: analisar os significados construídos por mulheres acerca da violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada ao entrarem em contato com o discurso da humanização.

Já os **objetivos específicos** são: 1) descrever a assistência ao parto, tal como vivenciada pelas entrevistadas e ressignificada por elas a partir do momento em que entraram em contato com o discurso da humanização do parto e nascimento; 2) caracterizar expectativas prévias das entrevistadas quanto ao processo de parto; 3) identificar processo de significação da violência obstétrica, após contato com o discurso da humanização; e, 4) identificar as transformações de posicionamento das participantes em decorrência da significação da violência obstétrica

Em sua estrutura formal, seguindo-se a esta apresentação, o estudo se subdivide em cinco capítulos, definidos como seguem descritos:

**Capítulo I - Revisão de literatura** - há apresentação de estudos relacionados aos desafios na implantação da política de humanização, violência institucional, humanização do parto, percepção das mulheres em relação a assistência ao parto recebida.

**Capítulo II - Fundamentação teórica** - são apresentados os aspectos teóricos que orientam a compreensão da construção de significados acerca da violência obstétrica na trajetória parturitiva de mulheres assistidas na rede privada;

**Capítulo III - Aspectos metodológicos, operacionais e éticos da pesquisa;**

**Capítulo IV - Organização e análise dos casos;**

**Capítulo V - Discussão dos casos – Algumas reflexões sobre os casos analisados e considerações finais.**

## INTRODUÇÃO

O presente estudo de processos de construção de significados acerca da violência obstétrica na assistência ao parto se insere no campo maior da psicologia do desenvolvimento. Mais especificamente, o trabalho apoia-se em formulações teóricas no campo da Psicologia Cultural do Desenvolvimento, considerando, em particular, os conceitos de emergência e mediação semiótica (Valsiner, 2012; 2004), de *self* dialógico, (Hermans, 2004; Hermans, Kempen, & Van Loon, 1992), e de momentos inovativos (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; 2010; Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Os autores supracitados assumem como interesse principal o sistema complexo de significação humana, assim, esse estudo caminha na mesma direção, à luz dessas abordagens, visando à compreensão da construção de significados por mulheres a partir do contato com o signo da violência na assistência ao parto. Tal processo é contextualizado no âmbito do discurso da humanização, e serão analisadas as mudanças e os momentos inovativos ocorridos no *self* dessas mulheres após a ressignificação da experiência de violência e seus novos reposicionamentos de *self*.

No contexto atual da assistência ao parto no Brasil, a atuação dos movimentos sociais vem crescendo, no que diz respeito a situações que ferem a autonomia da mulher e violam seus direitos sexuais e reprodutivos. Esses movimentos têm denunciado cada vez mais as ações de violência cometida contra mulheres durante a assistência a gravidez, ao parto e ao pós-parto. Contudo, faz-se necessário uma contextualização histórica para pontuar as transformações que ocorreram na forma do nascimento ao longo dos séculos XX e XXI e para pontuar o momento no qual a noção da violência obstétrica emergiu.

O parto ocorria em ambiente domiciliar, onde a parturiente era assistida por outra mulher mais experiente, conhecida como parteira. O parto não era considerado um ato médico. No decorrer do tempo, com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias, a assistência ao parto ganhou outro endereço: o hospital. Com a apropriação desse evento pela medicina, o controle dos processos fisiológicos começou a ser mais enfatizado do que as necessidades das mães e de seus filhos (Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002; Dias, 2006; Maia, 2010; Nogueira 2013).

Diniz e Chacham (2002) afirmam que, durante o século XX, a instituição médica consolidou seu controle sobre o processo de reprodução. Em meados de 1970, ela havia



alcançado a hegemonia no atendimento obstétrico em todos os países desenvolvidos. Em consequência, o parto e o processo reprodutivo foram encarados, desde então, como eventos de caráter essencialmente médico, que exigiam atenção e cuidados desse profissional nos hospitais.

No curso da história, a sociedade ocidental desenvolveu dois modelos polares de prestação de assistência ao parto, que foram denominados pelo Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto - GENP (1997) - de modelo americano e modelo europeu. O primeiro se caracteriza pela institucionalização do parto, pela utilização de novas tecnologias, pela utilização de grande número de intervenções, altas taxas de cesárea, monitoramento fetal e outras intervenções. O segundo se caracteriza por privilegiar o bem estar da parturiente e de seu bebê, com uso apropriado de tecnologia; com assistência caracterizada pelo acompanhamento do processo fisiológico de parturição menos intervencionista possível; e pela possibilidade da realização do parto em domicílio, casas de parto e no hospital, para casos que requeiram um nível de assistência mais complexo.

Dentre esses dois modelos, foi o americano que influenciou o modo de assistência ao parto no Brasil, na medida em que o país adotou a concepção de risco obstétrico. Em decorrência disso, os partos receberam ênfase de potencial de risco. Com essa visão, surgia a necessidade de controlar o processo do parto pelos médicos, pela suposta necessidade em oferecer segurança. Isso contribuiu para que os profissionais fizessem uso intensivo de tecnologias e interferissem no evento fisiológico - o parto, seguindo rotinas esquematizadas e padronizadas que pudessem reduzir as complicações da gestação e o processo do parto, que, por sua vez, resultou e ainda resulta em excessivas intervenções com potenciais riscos para a mulher e o bebê.

Segundo Odent (2002), não existe uma oposição à tecnologia médica e não se nega a importância das contribuições tecnológicas no campo da obstetrícia. Porém, o que se defende é a utilização crítica e apropriada desses recursos, a fim de evitar sua utilização excessiva, muitas delas sem comprovação benéfica, que podem desencadear em iatrogenia, ou seja, uma sequência de reações adversas e prejudiciais que acaba conduzindo a novas intervenções médicas. Para o referido autor, o saber médico dominante se apega ao “fator de risco”, para legitimar a preocupação com a segurança da mãe e do bebê, e por sua vez justificar a medicalização (uso de hormônios sintéticos, sedativos, analgesia, cesariana), no processo do nascimento, e invalidar outros tipos de

assistência ao parto, como o parto domiciliar, em Casa de Parto Normal (CPN) ou em maternidades que adotem abordagens diferentes da tradicional tecnocrática.

No Brasil, na década de 1980 e início da década de 1990, o movimento feminista se tornou pioneiro na reivindicação pela humanização no parto, quando passou a questionar o modelo médico. Isso porque, o modelo de nascimento e parto era inadequado, com excessos de intervenções e muitos desrespeitos aos direitos da mulher. Esse movimento conseguiu que fosse implantada a primeira política pública do Ministério da Saúde para a questão da humanização da assistência ao parto: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), de 1983 (Dias, 2006).

O PAISM foi um programa pioneiro no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde da população feminina, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. O programa é considerado o primeiro passo significativo em relação aos direitos reprodutivos da mulher. Esse programa enfatizou as ações dirigidas ao controle de patologias mais prevalentes nesse grupo, exigindo nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integridade no atendimento, ou seja, ofertas de ações dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão (Osis, 1998).

Em 1993, foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), que é uma organização da sociedade civil que vem atuando em forma de rede de associadas (os), em todo o Brasil. Atualmente, essa rede congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições. Sua fundação foi motivada por pessoas, grupos e instituições de saúde que trabalhavam com a gestação, parto e nascimento. Essa pessoas resolveram se reunir de forma autônoma em Campinas (SP), para debater a situação das condições de nascimento e também analisar as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dava a assistência à saúde reprodutiva. Essa mobilização gerou a Carta de Campinas, um documento de domínio público que denunciava a situação de desrespeito às parturientes e impetrava um programa de mudança (Diniz, 2005; Ratter & Trench, 2005; Ratter, Santos, Lessa, & Diniz 2010).

Segundo Diniz (2005), a Carta de Campinas teve a sua importância no movimento pela humanização e é específica em seu conteúdo:

A Carta de Campinas denuncia as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são

submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento. Considera que, no parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (p.631).

Hoje, no Brasil, esses movimentos de humanização no parto se constituem em torno de valores e propostas partilhadas entre mulheres e diversos profissionais, contrapondo-se ao modelo tecnocrático. Eles criticam a naturalização dos partos cirúrgicos, contestam as práticas da patologização dos partos, conclamam as mulheres a assumirem seu papel de sujeito protagonista face às questões de saúde reprodutiva, e denunciam as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças, na hora do nascimento (Diniz, 2005; Tornquist, 2003; 2004).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) reconhece o direito à atenção adequada, segurança e bem estar da mulher, no momento do parto. Além disso, a equipe de saúde deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, facilitando a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade. Com isso, entende-se a humanização da assistência ao parto como um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais até uma mudança de postura e de atitude dos profissionais de saúde e das gestantes.

O modelo humanizado na assistência ao parto é amplo e polissêmico, envolve conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam promover partos e nascimentos mais saudáveis. Ele busca garantir a privacidade, a autonomia e o protagonismo da mulher, uma vez que pretende oferecer procedimentos comprovadamente benéficos que sejam capazes de prevenir a morbi-mortalidade materna e fetal (Brasil, 2001; Diniz, 2005; Tornquist, 2003; Maia, 2010).

No cenário do movimento pela humanização, o termo da violência obstétrica vem sendo cunhado com base em várias pesquisas que apontam esse tipo de violência cometido principalmente por equipe de assistência ao parto (D'Oliveira, Diniz, &

Schraiber, 2002; Wolff & Waldow, 2008; Bowser, & Hill, 2010; Aguiar, 2010; Aguiar & D'Oliveira, 2011). Esses autores descreveram formas de recorrência de violência expressa por profissionais da assistência ao parto que vão desde a negligência na assistência, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, repreensão, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo negação de medicação para alívio da dor quando tecnicamente indicada), até o uso inadequado e excessivo de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários. Dentre esses procedimentos, podemos citar também a realização de cesarianas por razões relacionadas à conveniência médica; à adesão a práticas sem embasamentos em evidências científicas, por exemplo, o uso da tricotomia, que é a raspagem dos pelos pubianos; rotinas de episiotomia, que é o corte na vulva e vagina; à indução por medicação das contrações para acelerar o trabalho de parto; dentre outros procedimentos que desencadeiam a utilização de mais intervenções médicas.

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo conceitua a violência obstétrica com base nas leis venezuelana e argentina, que reconhecem esse tipo de violência como crime cometido contra as mulheres e que ferem os direitos de cidadania, liberdade sexual, reprodutivo e de direito à saúde, a saber:

A apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres<sup>1</sup> (p.1).

Na legislação brasileira ainda não se possui uma definição para a violência obstétrica. Assim, o movimento da humanização no parto baseia-se no conceito de violência que fere a autonomia da mulher e seus direitos sexuais e reprodutivos. Também pontua algumas das principais situações que são configuradas como formas mais comuns de violência na assistência ao parto, a saber: recusa da admissão em hospital ou maternidade; impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher; procedimentos que incidam sobre o corpo da mulher, que causem dor ou dano

---

<sup>1</sup> Trecho extraído do texto *Violência obstétrica: você sabe o que é?* do folder informativo do Núcleo Especializado de Promoção e Defensoria dos Direitos da Mulher – S. P., 2013, que orienta a respeito da violência obstétrica no âmbito geral, durante a gestação, no trabalho de parto e no atendimento em situações de abortamento.

físico (de grau leve a intenso), como o uso de soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto, mesmo que este esteja evoluindo normalmente, por conveniência médica; exames de toque sucessivos pelo mesmo profissional ou por diferentes pessoas; privação de alimentos; episiotomia (corte da vagina para passagem do bebê); imobilização física de braços e pernas na mesa de parto; ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, humilhação, abandono, vulnerabilidade, instabilidade emocional, medo; cesárea sem indicação clínica; impedimento ou retardo do contato mãe-bebê; impedir ou dificultar o aleitamento materno nas primeiras horas de vida do bebê, afastando-o de sua mãe sem necessidade clínica, deixando-o em berçários e introduzindo leite artificial e chupetas sem o consentimento da mãe; dentre outras situações.

Essas situações de violência acontecem com as parturientes no trabalho de parto de forma sutil e muitas vezes causam um estranhamento, mas nem sempre são significadas pelas mulheres como uma situação de violência, devido à falta de conhecimento. Porém, cada vez mais pesquisas evidenciam esses maltratos, presentes em um ambiente em que se precisaria focar no cuidado. Esse tema, então, passou a ser discutido e divulgado mundialmente e as pessoas têm tido a oportunidade de refletir sobre as práticas da assistência ao parto e nascimento (Rattner, 2013).

A situação de violência na assistência ao parto tem sido uma preocupação do modelo humanizado, porque a internação e a situação de pré-parto e parto já geram ansiedades e temores que, segundo Soifer (1986), estão ligadas à representação do parto como um fato concreto e irreversível que precisará ocorrer. Esses temores geralmente estão associados à dor do parto, ao risco de morte do filho, da anestesia e várias outras situações imaginadas pela gestante. Convergindo com essas ideias, Maldonado (1997) afirma que o estado psicológico das mulheres fica alterado quando se aproxima o momento do parto. A autora cita como exemplos o aumento do nível de ansiedade, o surgimento de sentimentos contraditórios, os temores relacionados ao processo parturitivo e ao bebê, dentre outras questões que podem interferir na evolução do trabalho de parto e parto. A experiência da violência na assistência ao parto seria mais um fator de agravo no estado emocional da parturiente.

Dessa maneira, os significados construídos pelas mulheres acerca da violência obstétrica na assistência recebida em seu processo parturitivo constitui um terreno fértil como objeto de estudo para a Psicologia do Desenvolvimento, em sua perspectiva cultural, que se interessa por processos de mudança nas fases

desenvolvimentais, com ênfase no papel dos dispositivos semióticos utilizados como recursos para o enfrentamento das situações complexas no curso de vida (Valsiner, 2012).

A partir do cenário da assistência ao parto no Brasil e do discurso da humanização relacionado ao parto e nascimento, pode-se refletir acerca da construção de significados atribuídos à violência obstétrica na assistência recebida durante o processo de parto na rede privada, levando em conta o momento em que a mulher entra em contato com o discurso da humanização do parto e que pode repercutir em mudanças de posicionamentos em suas trajetórias de vida.

Essa proposta é justificada por sua relevância social, no que diz respeito à humanização da saúde da mulher no Brasil, e visa contribuir para o conhecimento acerca da assistência ao parto, a partir do ponto de vista das mulheres, além de pontuar necessidades de transformações no âmbito do cuidar e do assistir a parturiente no contexto hospitalar. O estudo é relevante do ponto de vista científico, pois contempla algumas lacunas encontradas na literatura no que se refere a violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada, com o enfoque na construção de significados acerca da violência na assistência ao parto, a partir do contato com o discurso da humanização.

Estudos realizados com usuárias de maternidades públicas apontam para o dado de que essas mulheres, pelas suas experiências na utilização dos serviços públicos de saúde, já esperam sofrer algum tipo de abuso e maltratos também na assistência ao parto, nessas instituições (Aguiar, 2010; Aguiar & D'Oliveira, 2011). Por essa razão, buscamos trabalhar com mulheres usuárias de maternidades privadas. Espera-se que os resultados obtidos possibilitem a compreensão das questões relacionadas ao tipo de assistência prestada à mulher e como estas constroem significados desse evento pessoal. Pretende-se com isso contribuir com a mudança preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que em 1996 estabeleceu diretrizes, com base em evidências científicas, para condutas e boas práticas na assistência à gestação, ao parto e nascimento.

Apresentamos, a seguir, uma revisão de literatura sobre o tema da violência obstétrica, pela qual teremos a oportunidade de verificar como esse tema tem sido investigado, considerando que alguns dos artigos privilegiam os aspectos referentes aos desafios na implantação da política de humanização, outros a percepção e sentimentos das parturientes no contexto da assistência pública hospitalar, dentre outras abordagens.

## CAPÍTULO I

### REVISÃO DE LITERATURA

Na consulta à literatura sobre o tema deste trabalho, não foram identificados estudos que abordassem diretamente a questão da construção de significados por mulheres acerca da violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada e nem sobre a significação da violência, quando essas mulheres entraram em contato com o discurso da humanização. Acreditamos que isso se deva especialmente ao fato de que a violência obstétrica no parto seja uma temática de estudo relativamente recente em diversos países.

O levantamento bibliográfico foi realizado na base de dados do *Google Scholar* e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Foi feita a busca por publicações em texto completo acessível, utilizando os seguintes descritores: Parto humanizado, Violência obstétrica, Rede privada. Foi realizada uma seleção dos artigos, primeiramente pela leitura de seus resumos, e os artigos que se enquadravam no contexto desta pesquisa tiveram suas leituras na íntegra. Os resultados dos trabalhos revisados foram agrupados de acordo com três temas principais relacionados à humanização no parto: (a) Violência institucional; (b) Humanização no parto; e (c) Percepção das mulheres em relação à assistência recebida.

#### **1.1 Violência Institucional**

O estudo de D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) enfoca a violência e maltratos e suas repercussões na parturiente, e as autoras avaliam e discutem quatro formas de abusos violentos por médicos e enfermeiros, que são: negligência, abuso verbal, abuso físico e sexual. Para as autoras, essas formas de violência se repetem e são muitas vezes ponderadas, principalmente porque violam os direitos humanos, e estão relacionados à má qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Nesse estudo se discute ainda as formas de prevenir o abuso violento, pontuando a responsabilidade das instituições de formação dos profissionais de saúde, para que seja dado destaque à disciplina de ética, antropologia, comunicação e direitos humanos sexuais, ainda na formação desses profissionais, além da melhoria do ambiente e das condições de trabalho na saúde.

Gomes, Nations e Luz (2008), numa perspectiva antropológica crítica, investigaram a experiência humana da hospitalização do ponto de vista do paciente

internado por diversos ângulos, não só focando no parto. Os resultados desvelaram uma hospitalização caracterizada por abandono, solidão, aprisionamento em virtude da imposição de normas, regras e procedimentos que ignoram a autonomia, condições pessoais e subjetividade do paciente.

Wolff e Waldow (2008), com o objetivo de apontar como se dá a assistência em muitas das instituições de saúde, revelaram as várias circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição, que se caracteriza principalmente por ações de não cuidado e/ou desumanizadas. Elas destacaram os depoimentos de parturientes que evidenciaram o não cuidado e/ou desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto. Os resultados mostraram um tipo especial de violência de gênero na área da saúde. Foi identificada uma violência consentida por parte da mulher, que se submete aos atos abusivos principalmente com o bebê; pelo atendimento e pela condição de desigualdade em relação ao médico que é o detentor do conhecimento e da habilidade técnica; e por se tratar de instituições públicas, nas quais a paciente acredita que não paga pela assistência à saúde.

Seguindo nessa direção, Aguiar (2010) e Aguiar e D'Oliveira (2011) tratam da violência institucional em maternidades públicas, nas quais, além das dificuldades econômicas e estruturais frequentes nos serviços públicos, há relatos de práticas de maltratos para com os pacientes. São aspectos socioculturais relacionados a uma prática discriminatória quanto ao gênero, classe social e etnia. O objetivo do estudo foi investigar como e por que a violência institucional acontece nas maternidades públicas, no contexto brasileiro. As autoras buscaram relatos de violência institucional nos depoimentos e os valores e opiniões associados a essa experiência. Os dados revelaram que tanto puérperas quanto os profissionais entrevistados reconheciam práticas discriminatórias e tratamentos grosseiros, no âmbito da assistência em maternidade pública. Tal é a frequência desse tipo de abuso, que muitas vezes as pacientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela uma situação de banalização da violência institucional.

O relatório panorâmico de análise<sup>2</sup> publicado pela Escola de Saúde Pública de Harvard, pelas autoras Bowser e Hill (2010), apresenta uma revisão das evidências sobre o desrespeito e abuso que ocorrem no parto hospitalar. Elas analisaram as

---

<sup>2</sup> O relatório panorâmico publicado pela Escola de Saúde Pública de Harvard, pelas autoras Bowser e Hill (2010), intitulado *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*, foi inserido na revisão de literatura por indicação e não seguiu os critérios de seleção utilizado nessa revisão.



literaturas publicadas no que diz respeito à definição desses abusos no parto e os impactos dos mesmos para as parturientes. Segundo essas autoras, apesar do assunto ser compartilhado entre as partes interessadas de Direitos Humanos e da Saúde Materna e ser relevante, ainda há uma relativa falta de pesquisa formal em torno desse tema. Esse documento analisou relatos de desrespeito e abuso no parto, através de uma variedade de ambientes de cuidado ao nascimento em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Dada a intensa vulnerabilidade das mulheres durante o parto, o relatório intencionalmente incide sobre cuidados prestados no momento do nascimento. As autoras apresentam como resultados uma evidência crescente dos impactos negativos nas mulheres, do desrespeito e abuso que elas sofrem antes, durante e após o parto.

Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), por sua vez, discutiram a violência institucional em maternidades públicas e privadas, sob a ótica de profissionais de saúde. O resultado revelou o reconhecimento desses profissionais sobre a existência de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Como exemplos dessas práticas foram evidenciados: o uso de jargões pejorativos como forma de humor, ameaças, reprimendas e negligência no manejo da dor. Porém, estas práticas não são percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade. Nesse contexto, pôde ser percebida a violência institucional de uma forma disfarçada de boa prática, que acaba invisibilizada no cotidiano da assistência.

## **1.2 Humanização no parto**

Estudos mais focados na questão da implantação da política de humanização no parto podem ser citados, como os de Tornquist (2003, 2004), nos quais o objetivo consistiu na análise das relações entre assistência ao parto e políticas de humanização desenvolvidas no Brasil, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses estudos colocaram em evidência o movimento do parto humanizado, suas ideias e ações, apontando para a complexidade das questões que dizem respeito ao parto e ao poder dos profissionais em relação à parturiente. Tais questões assinalaram para a urgente modificação no modelo de atenção ao parto e puerpério, ponderando as iniciativas humanizadoras, a subjetividade e as diferenças socioculturais de cada mulher, chamando a atenção para que as medidas humanizadoras não resultem em meros procedimentos técnicos que venham a produzir efeitos tão

deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater no modelo vigente na assistência ao parto.

Já Diniz (2005) buscou recuperar as origens do termo humanização do parto, estabelecendo uma relação entre as críticas da assistência e a criação do movimento pela medicina baseada em evidências, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia. A autora discutiu os diferentes sentidos do termo, as novas atribuições profissionais, pontuando na proposta de humanização do parto as novas possibilidades do exercício do direito de viver a maternidade, a paternidade e a vida corporal, na reinvenção do parto como experiência humana.

Reis e Patrício (2005) buscaram analisar a aplicação das ações preconizadas para a humanização do parto em um centro obstétrico de um hospital público. Participaram dessa pesquisa parturientes, acompanhantes e profissionais da equipe de saúde que atenderam essas participantes. Os resultados indicaram limitações da equipe de saúde para incorporar as diretrizes no cotidiano da assistência, tais como: programa de capacitação dos funcionários do hospital ainda carentes de conteúdos nessa temática, por ser um tema, na época, relativamente novo e ainda pouco difundido nos setores do hospital; e os profissionais também se referiram a limitações para dar atenção à parturiente, devido ao reduzido número de profissionais na equipe de saúde e pela circunstância de acúmulos de partos. As gestantes e acompanhantes informaram, no período da pesquisa, que não reivindicaram tais diretrizes principalmente por não as conhecerem.

O estudo de Nagahama e Santiago (2008), por sua vez, tentou caracterizar os cuidados hospitalares para o parto, em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), identificando os obstáculos e fatores facilitadores para implantação do cuidado humanizado. Os dados apontaram como principais obstáculos o modelo assistencial higienista nas rotinas hospitalares e nas práticas profissionais centradas no médico, relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente, desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento, despreparo da equipe de saúde para acolher o acompanhante, bem como, identificou dificuldades de organização institucional e de estrutura física. Como fatores facilitadores, as pesquisadoras pontuaram a adesão da equipe de enfermagem aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença de doula no hospital e a permissão do acompanhante no trabalho de parto.

Rattner (2009), em sua pesquisa, objetivou documentar trajetórias institucionais da humanização na atenção a nascimentos e partos, do ponto de vista dos profissionais. Ela descreveu os desafios para a implantação da humanização, tais como: institucionalizar a atenção humanizada com base em evidências científicas no setor público e no suplementar; estruturar a rede perinatal com garantia de assistência, exames, atendimentos para os casos de risco e garantia de vaga para o parto; inserção nas atualizações profissionais de conteúdos relacionais, de forma a modificar a relação de profissionais de saúde-paciente; propiciar que as mulheres assumam o protagonismo do nascimento de seus filhos; além de parcerias intra e extrainstitucionais em todos os níveis do sistema, entre serviço e sociedade civil, com organização efetiva do controle social.

Os conceitos sobre a humanização do parto assumidos pelos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto e nascimento foram descritos em estudos por Malheiros, Alves, Rangel e Vargens (2012). A pesquisa foi realizada em hospital universitário e concluiu-se que os profissionais detêm conhecimentos acerca das políticas de saúde que dispõem sobre a humanização do parto e nascimento, seguem estes preceitos e a prática profissional vai ao encontro do que é preconizado pelas políticas.

Seguindo nessa direção, Silva, Soares, Jardim, Kerber e Meink (2013) buscaram conhecer, através de pesquisas, as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente. Os resultados evidenciaram que práticas úteis como a privacidade em relação à intimidade da parturiente, escolha do tipo de parto e o estímulo à amamentação não são respeitadas. Os autores apontaram como práticas prejudiciais a posição de litotomia (posição deitada com barriga para cima) e o uso da ocitocina. Destacaram-se como práticas inadequadas a restrição alimentar e a utilização da amniotomia (ruptura realizada na membrana que envolve o feto). Os autores concluíram que as práticas de atenção ao parto contemplaram parcialmente a Política de Humanização do Parto e Nascimento.

### **1.3 Percepção das mulheres em relação à assistência recebida**

Outros trabalhos analisaram a percepção da parturiente sobre o contexto de assistência ao parto, a exemplo de Cavalcante, Oliveira, Ribeiro e Nery (2007). As autoras investigaram as percepções e sentimentos das mulheres durante o trabalho de

parto e parto, buscando conhecer as vivências das parturientes, além de discutirem os sentimentos delas no processo parturitivo. Como resultado, elas verificaram, a partir dos relatos das participantes, os sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, incerteza, dentre outros, e a percepção quanto ao trabalho de parto, que muitas mulheres consideraram como muito doloroso e sofrido. Para as autoras, as dores no processo parturitivo extrapolam os aspectos fisiológicos, visto que existe a carência de atendimento humanizado que considerem a individualidade e os sentimentos da parturiente. Elas acreditam que uma prestação de assistência de qualidade pode minimizar as dores manifestadas nesse período parturitivo, possibilitando um melhor enfrentamento do processo do parto, além de evitar a ocorrência de parto traumático. Porém, as autoras apontaram alguns indicativos de melhoria do serviço de enfermagem junto à parturiente, que visam reduzir os sentimentos negativos das mulheres assistidas pela equipe de enfermeiros, tais como: oferecimento de massagem na região sacra, conforto nas instalações, banhos térmicos, exercício na bola, atenção sistematizada e a busca por conhecer as necessidades individuais de cada parturiente, mediante uma assistência humanizada, buscando reduzir as ansiedades e temores das parturientes.

Já o estudo de Melo (2007) objetivou analisar a percepção das mulheres em relação à ocorrência de violência no cotidiano dos serviços de referência em saúde reprodutiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados apontaram para a existência de indicadores de violência institucional, no cotidiano dos programas de atenção à saúde reprodutiva. No entanto, tais dados revelaram também que há uma dificuldade de abordagem desse fenômeno, principalmente devido às relações de poder envolvidas na interação usuárias/provedores, decorrentes do não reconhecimento por parte das usuárias de determinadas situações como violadoras dos direitos sexuais e reprodutivos.

Santos e Pereira (2012), por sua vez, buscaram compreender as vivências de puérperas, no que se refere à atenção recebida durante o processo parturitivo, em uma maternidade pública. Os dados demonstraram que as entrevistadas vivenciaram o processo parturitivo com solidão, medo, dor, sofrimento, abandono e tiveram seus filhos sozinhas. Os únicos momentos de assistência foram limitados ao período expulsivo ou do pós-parto.

O estudo de Salgado, Niy e Diniz (2013) objetivou descrever e analisar a experiência e os sentimentos no primeiro contato com os filhos recém-nascidos de mulheres que vivenciaram uma cesárea indesejada. Como resultado, identificaram três

grupos de mulheres: as que tinham sentimentos de plenitude, as de sentimentos ambíguos e as que não tinham emoções positivas acerca de seu filho. A maioria das mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência lamentaram estar sob efeito de sedação. Elas informaram também que tiveram frustrações pela cesárea indesejada e pela dificuldade no primeiro contato com o recém-nascido, contato esse que foi prejudicado pela rotina de assistência no pós-parto com o bebê. Além dessas questões, existiram relatos sobre a separação das parturientes de seus filhos logo após o nascimento, por um tempo superior a uma hora, além da ocorrência de negligências com o aspecto emocional, como o abandono e isolamento após a cesárea, durante a recuperação anestésica e sem informações referentes ao bebê.

O estudo de Versiani, Barbieri, Gabrielloni e Fustinoni (2015) buscou compreender o significado de parto humanizado na concepção de quinze gestantes matriculadas no ambulatório de pré-natal. Como resultado, as participantes definiram que o parto humanizado deve ser pautado nas bases filosóficas da humanização do parto e nascimento, preconizado pelo Ministério da Saúde, que tem como princípios o relacionamento interpessoal e uma assistência competente. Os autores evidenciaram algumas atribuições significativas, que são necessárias para que o profissional de saúde estabeleça o relacionamento empático no cuidado prestado durante o trabalho de parto e parto, como paciência, respeito, disponibilidade para ouvir, além de atribuições que também levem em consideração os anseios da mulher e competência técnica para cuidar.

Observa-se na presente revisão de literatura, que as pesquisas foram realizadas em serviços públicos de saúde. Há uma lacuna de trabalhos sobre o tema específico no setor privado, embora o termo violência obstétrica venha ganhando significados coletivos partilhados nos últimos anos, em função do intenso debate sobre o tema da humanização em geral e especificamente na assistência ao parto. Assim, faz-se necessário entender como as mulheres constroem significados acerca da violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada, e especialmente quando elas entram em contato com o discurso da humanização. É necessário também se verificar como elas organizam seus pensamentos e afetos referentes a suas trajetórias de vida, após a significação da sua experiência como vítima desse tipo de violência.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### **2.1 A Psicologia Cultural de orientação semiótica para o desenvolvimento humano**

Este trabalho está inserido no campo da Psicologia do Desenvolvimento que, de um modo geral, concentra-se no estudo científico dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade que ocorrem ao longo do curso de vida das pessoas (Papalia & Feldman, 2013). Mais especificamente, adota a Psicologia Cultural do Desenvolvimento que está orientada para a descoberta de princípios fundamentais básicos, de natureza semiótica, presentes no sentir-agir-pensar humano. Tal psicologia é definida por Valsiner (2012) como uma ciência dos campos de significados dinâmicos que tornam possível a nossa existência e busca construir modelos explicativos generalizados sobre o funcionamento cultural, singular, da pessoa, situado no contexto social. Esse olhar de Valsiner foi fundamentado na análise das correntes teóricas genéticas construtivistas de Jean Piaget e histórico-culturais, sociogenéticas, de Lev Vygotsky e colaboradores (Madureira & Branco, 2005).

Para Valsiner (2012), a noção de cultura tem uma longa história no pensamento social e na psicologia ela é usada em vários sentidos, a saber: (a) para designar algum grupo de pessoas que estão reunidas por algumas características partilhadas, no sentido de que a pessoa “pertence à” cultura em que denota uma comunalidade nesse pertencimento social e uma relativa similaridade de todas as pessoas que “pertencem à” uma dada cultura; (b) como organizador inerente, sistêmico, dos sistemas psicológicos de pessoas individuais no sentido da cultura “pertence à pessoa”, no qual as ferramentas culturais são trazidas para os mundos pessoais subjetivos nos quais são transformadas singularmente; e (c) a cultura como pertencente à relação da pessoa com o ambiente - aqui, a cultura é exemplificada pelos diferentes processos pelos quais as pessoas se relacionam com seus mundos, constituindo-se mutuamente.

Para Valsiner (2012), as duas primeiras percepções em relação ao conceito de cultura possuem propriedades de homogeneidade qualitativa, no que diz respeito a todo e qualquer membro de determinada cultura que partilha as mesmas características, apresentando assim uma estabilidade temporal de conjunto de características culturais, ao longo do tempo. Para o referido autor, esses pressupostos não são desenvolvimentais

e essas visões apresentam uma construção de explicações circulares a respeito do sujeito, conduzindo a um conceito de cultura que restringe as características desenvolvimentais a um rótulo supergeneralizado.

Já a terceira percepção opera a noção de cultura que está relacionada e baseada na análise sistêmica do indivíduo-em-contexto social. Essa perspectiva é adotada pela Psicologia Cultural cuja proposta de desenvolvimento sociocultural do sujeito valoriza a singularidade da pessoa e a indissociabilidade de seu meio social, compreendendo-se, nesse contexto, o processo de desenvolvimento humano. Para Vygotsky, a cultura não é um sistema estático ao qual o indivíduo se submete, mas sim uma espécie de “palco de negociações”, em que os membros estão em constante movimento de recriação e reinterpretação de informações, conceitos e significados, no qual cada sujeito é ativo no contato entre o mundo cultural e o mundo subjetivo de cada sujeito (Oliveira, 1993).

A partir desses constructos teóricos de Vygotsky, Valsiner também se opõe à noção de cultura como uma entidade estática e entende que cultura diz respeito aos processos que permitem que as pessoas se relacionem e modifiquem seus mundos sociais, ao mesmo tempo em que são modificadas. O referido autor fundamenta sua teoria na “natureza dinâmica e processual do funcionamento da cultura como parte integrante dos sistemas psicológicos humanos, tanto intrapessoais (sentir, pensar, agir), quanto interpessoais (conduta em relação a outros seres humanos)” (Valsiner, 2012, p. 22).

Nessa mesma linha de entendimento, Bruner (2008) afirma que a cultura é constitutiva da mente e da vida humana, na medida em que possibilita dar significado à ação e situa seus estados intencionais subjacentes em um sistema interpretativo. Nessa perspectiva, a cultura é compreendida como uma instância inerente às funções psicológicas humanas. Sua análise é baseada nos processos de mútua constituição, pelos quais as pessoas se relacionam com seus mundos sociais, através de processos de mediação semiótica, isto é, mediação que se estabelece por meios de signos, com a finalidade de desempenhar processos de construção de sentidos e significados no âmago da experiência humana, na relação pessoa e ambiente (Valsiner, 2004, 2012).

Todos nós nascemos em um contexto social complexo, estruturado por certas regras e organizado através de redes de significados compartilhados, que requerem do sujeito inserido nesse ambiente, a utilização de ferramentas que possibilitem a compreensão do seu mundo e formas para lidar com ele. Para isso, o indivíduo, na interação com o mundo social, cria e troca significados simbólicos que irão orientar o

seu pensamento e a sua ação no seu contexto, em que o pessoal, social e cultural interagem e se constituem mutuamente.

Valsiner (2004, 2012) destaca que a cultura consiste em processos de troca entre pessoa e contexto (internalização e externalização), pelos quais significados podem ser produzidos individualmente e coletivamente, a partir de uma lógica de separação inclusiva, ou seja, é a possibilidade do sujeito estar no contexto e se diferenciar estruturalmente do contexto sociocultural.

A pessoa como ator imerso no contexto atua como agente reflexivo, utilizando seus recursos semióticos nas suas experiências singulares, mantendo uma interdependência sistêmica com o contexto social. Esse conjunto de sentidos particulares forma e reforma a cultura pessoal de cada sujeito, tornando cada indivíduo uma pessoa singular, embora sob as bases de um mesmo embasamento cultural, ao mesmo tempo em que exerce a função de regular, os pensamentos e sentimentos do indivíduo, nos contextos em que está inserido de forma peculiar.

O processo de internalização ocorre quando a pessoa interpreta, negocia, modifica e atua em seu contexto social, de maneira singular, propiciando a criação da sua cultura pessoal (sistema de sentidos pessoais), indicando o espaço singular da construção de significados, que se expressa no campo da pessoa e do indivíduo. Já o processo de externalização ocorre quando a pessoa em situação de interação comunica o que ocorre nela, com base na cultura pessoal fundamentada nas suas experiências, que foram significadas tomando por base signos de diferentes níveis hierárquicos que assumem forma de controle autoconstruídos.

De acordo com essa compreensão geral da Psicologia Cultural acerca do desenvolvimento humano, Valsiner (2012) distingue e diferencia duas vertentes dentro do campo maior da psicologia Cultural. A primeira são as orientações semióticas (mediadas por signos), utilizadas pelo referido autor, que enfatiza a capacidade do homem em se distanciar de seu contexto, criando e utilizando signos para regular sua experiência no mundo; e a segunda é a perspectiva da atividade no uso da cultura, através da participação variável nas atividades socioculturais mutáveis do homem no seu contexto.

A partir desse entendimento, Zittoun (2011) pontua que a ideia central da Psicologia cultural é a singularidade de cada pessoa como uma instância no tempo e no espaço das infinitas formas em que os seres humanos de forma única podem se tornar. Desse modo, tem como objetivo de estudo, explicar a experiência dos seres humanos no



tempo e nos ambientes sociais e culturais, examinando as transições no curso da vida dos seres humanos e seus ajustamentos mútuos, da pessoa em desenvolvimento e seus ambientes em constante mudança.

Nessa direção, Valsiner (2012) concebe a noção de desenvolvimento humano como uma transformação construtiva, em tempo irreversível, por meio do processo de interação entre o organismo e o ambiente. O desenvolvimento se processa como resultado da interação de sistemas abertos, nos quais novidades estão constantemente em processo de emergência. Está implicada, aqui, a premissa de que, na transmissão cultural do conhecimento, o sujeito possui papel ativo na transformação, análise, significação, reconstrução e reelaboração das mensagens culturais recebidas, ocorrendo assim, construção de novidades tanto na codificação quanto na decodificação das mensagens culturais. Cabe à ciência do desenvolvimento, estudar os processos de trocas na relação entre as pessoas e seu ambiente cultural, buscando entender como os signos são utilizados para gerar transformação no pensamento, ações e mudanças identitárias.

## 2.2 Semiótica e mediação semiótica

A semiótica é o campo do conhecimento que estuda os signos e seus usos, construída a partir da integração filosófica e matemática das ideias de Charles Sanders Peirce. Os signos representam algo que está em uma relação triádica com um objeto e um interpretante, ou seja, o signo é o representante de um objeto concreto (evento, um fenômeno ou outro signo) para um interpretante (Abbey & Valsiner, 2004; Valsiner, 2013). Já Bruner (2008) afirma que o significado depende não só de um signo e de um referente, mas também de um interpretante que estabeleça a mediação da relação entre signo e o referente. Esses são os elementos básicos para as formulações de Peirce, na área da semiótica. A figura 1 - Triângulo de Peirce representa a relação triádica entre objeto, signo e interpretante.

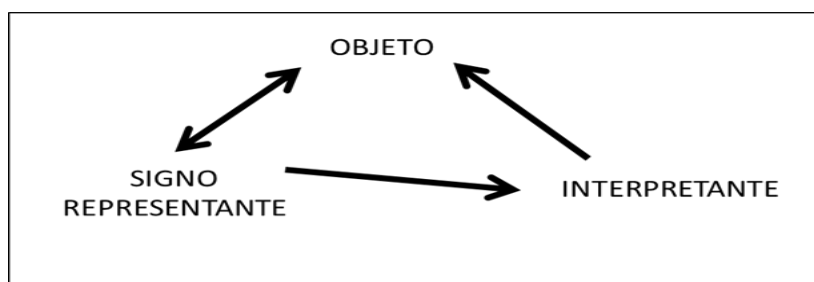


Figura 1. Triângulo de C.S.Peirce. Fonte: Valsiner, 2013. p.95.

Os signos funcionam como instrumentos para nossas relações interiores, mediante a ligação com os objetos do ambiente externo, e podem assumir três formas: ícone, índice e símbolo, a depender de sua relação com os objetos representados. (Valsiner, 2012; Bruner, 2008).

Uma forma simplificada do sistema foi desenvolvido por Peirce dos tipos de signos e as relações que estes estabelecem com os objetos: o **signo icônico** - é uma representação de semelhança imagética do objeto por ele representado, que emerge dos fenômenos visuais, acústicos ou de outro sistema sensorial, por exemplo, uma linha esboçada a lápis que representa uma linha geométrica; já o **signo do tipo índice** é um signo criado pelo impacto do objeto por ele representado, ou seja, é estabelecida uma relação de contingência, como por exemplo, as pegadas de um animal, que invocam uma inferência do interpretante, indicando o animal que deixou as marcas; e o **signo símbolo** que é um objeto convencionalmente estabelecido para representar outro objeto, sem manter a mesma similaridade, e que envolve uma relação arbitrária do signo com seu referente, por exemplo, a bandeira nacional que representa determinada nação, símbolo convencionalmente estabelecido para tal representação (Valsiner, 2013).

Para Valsiner (2012), a mediação semiótica é uma mediação através da intervenção por signos, que permite o sujeito relacionar-se com o mundo, criando novos sentidos e significados. No processo de mediação semiótica, a pessoa desenvolve um conjunto de sentidos pessoais, criando signos para dar sentido as suas experiências no mundo social, com a função de organizar e regular as relações, sentimentos e ações da pessoa no ambiente. Cada significado é um dispositivo de mediação semiótica (Valsiner, 2012; 2004). A função do uso dos signos pode ser resumida como um recurso estratégico humano, que tem por objetivo dar sentido às experiências imediatas de cada indivíduo no mundo. Por sua vez, sem esse recurso, a experiência do sujeito em contato com o ambiente seria confusa, desajeitada e caótica. Assim, o ser humano cria signos constantemente para regular sua ação em todas as esferas da sua experiência, no contexto cultural em que vive, para lidar com várias possibilidades (incertezas) no presente e no tempo futuro. (Abbey & Valsiner, 2005).

Nesse enfoque teórico, a centralidade está constituída nos signos (mediação semiótica) que substituem coisas, objetos e outros signos. Duas direções podem conceituar esses signos. A primeira são os signos tipo ponto, ou seja, são concepções estáticas e estáveis, representações de algo, sem extensões espaciais e temporais. O

exemplo mais comum de um signo ponto é uma palavra, a palavra “pássaro” representa na nossa fala e escrita a mesma forma, independente de possuímos pássaros com diferentes características e tipos distintos. Dessa forma, a palavra “pássaro” seria um signo tipo ponto. Uma alternativa para a descrição do signo ponto seria a descrição do signo campo em que o signo ponto está inserido, em relação ao espaço temporal do ambiente, dentro dos limites amplamente abertos de significados envolvidos. São concepções mentais, representações estruturadas no espaço e no tempo, como, por exemplo, quando uma jovem em uma área pública explode uma bomba colocada em seu corpo. Esse ato pode ser mediado por significados opostos por sub-campos, direcionados para o heroísmo ou para o terrorismo, podendo se relacionar entre si para capturar o significado do evento (Abbey & Valsiner, 2005; Cabell, 2010).

Os signos aparecem no fluxo da experiência humana no tempo irreversível, diferenciando-se a partir da experiência no presente e tornando-se disponíveis para orientar a conduta humana para o futuro, de forma hierárquica. Essa construção hierárquica de signos consiste na organização em níveis superiores de simbolização, que podem atuar com a função de regular, definir ou organizar as relações entre signos que operam em níveis inferiores de simbolização da experiência, tornando-se signos que, de acordo com sua funcionalidade, serão promotores ou inibidores da adaptação entre pessoa e ambiente (Valsiner, 2004).

Nesse sentido, os signos promotores e inibidores possuem o papel de montar significados no presente para orientar experiências no futuro imprevisível, funcionando como guias para o futuro. A pessoa constantemente cria significados, a fim de orientar-se no futuro para um ou outro lado da experiência antecipada, criando novas alternativas para o futuro. Essas construções de signos e significados no presente são promotores ou inibidores dos possíveis significados e ações no futuro (Valsiner, 2004; 2012). No que se refere a função dos signos promotores e inibidores, Mattos afirma:

A função dos signos promotores é relevante para enfrentar as necessidades futuras e criar formas pré-adaptativas a novas circunstâncias da vida, produzindo sentidos que antecipam a experiência real e preparam a pessoa para enfrentar o imprevisível. Já os signos inibidores parecem atuar de forma a bloquear ou inibir a emergência de sentidos alternativos dificultando a orientação da pessoa em direção ao futuro (2013, p.52).

Assim, o processo semiótico que regula a relação da pessoa e ambiente organiza a cultura pessoal desse sujeito para agir e se posicionar diante do futuro, quando este se tornar presente.

### 2.3 Emergência Semiótica

Partindo da noção de mediação semiótica, que age distanciando e aproximando a pessoa do contexto em que está inserida, utilizando os signos no presente como bases variadas para construções de signos e significados no futuro. Estes signos são construídos subjetivamente como um mecanismo do desenvolvimento humano que antecipa a experiência de forma subjetiva na tentativa de autorregulação da ação do indivíduo no mundo, porém não são “garantias previstas” porque nunca podem ser totalmente garantido no presente uma previsão determinada para o futuro.

Abbey e Valsiner (2005) delinearam o modelo de desenvolvimento de como o significado emerge através das tensões entre o presente e futuro. Os referidos autores utilizam da noção de ambivalência criada por vetores de diferentes tamanhos e direções. Essa noção é tomada por empréstimo da psicologia topológica de Lewin, que define ambivalência como “uma tensão produzida por um sistema que implica em um núcleo e no mínimo dois vetores não-isomórficos em tamanho e direção” (p. 4). Essa visão sugere um espaço de vida cheio de forças de diferentes graus de atração ou repulsão, ou seja, um espaço ambivalente em que o indivíduo experimenta diferentes tensões nas direções de suas trajetórias. Essa tensão pode levar a uma síntese de um novo significado, uma nova posição, um lócus de nascimento do se tornar, no sentido de um movimento em direção a um novo estado (Valsiner, 2012).

Na figura 2 abaixo, pode-se observar a representação por vetores das possíveis ambivalências, conforme orientação a seguir:

Na opção A – Representa vetores de forças igualmente fortes que puxam o indivíduo em direções opostas (ambivalentes);

Na opção B - Embora os vetores de forças não sejam completamente opostos, eles criam uma tensão entre duas orientações diferentes;

Na opção C – A ambivalência ocorre pela discrepância entre o poder de força dos vetores;

Nas opções B e C - Os vetores representam uma ambivalência mais fraca, porém, presente;

Na opção D – Não ocorre ambivalência, os vetores de forças são exatamente do mesmo tamanho e direção.

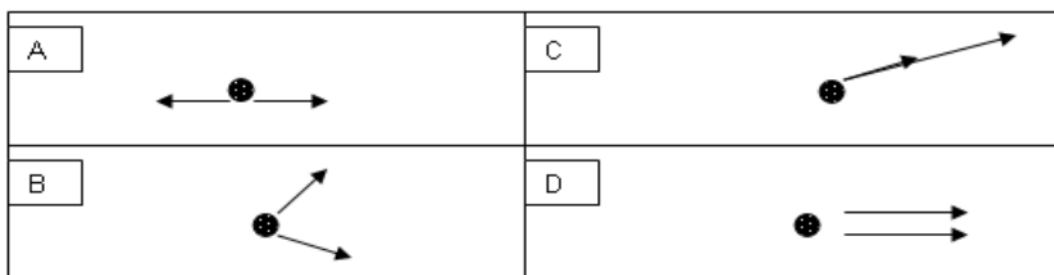


Figura 2. Diferentes formas de ambivalência. Fonte: (Abbey & Valsiner, 2005, p.6)

A partir dessa visão, Abbey e Valsiner (2005) apontam três trajetórias que podem ser encontradas no processo de emergência semiótica, com base na noção de ambivalência: Condição Nula, Irregular e Bifurcação.

**Condição Nula:** ocasiões em que a pessoa não sabe determinada coisa e também não deseja saber. Não ocorre tensão entre a certeza e incerteza, não ocorrendo emergência de signos novos e nem ambivalência, por exemplo, a pessoa vivencia a experiência do afastamento do bebê logo após seu nascimento, para a realização de procedimentos exigidos pela maternidade; a mãe pergunta quando ela poderá ter seu filho nos braços e é informada que a criança passará por banhos e outros procedimentos e que depois seguirá para o apartamento em que ela está. A mãe aceita a situação como algo normal. Essa mãe não vivencia a tensão entre a certeza de que esse bebê deveria ficar com ela ou deveria passar pelo afastamento exigido pela maternidade, sendo assim, a criança é conduzida para o berçário. A mãe segue para seu quarto e aguarda feliz o tempo necessário para o reencontro com seu bebê. Não ocorreu a emergência de signo novo como (O bebê tem que ficar comigo, isso não é correto, afastá-lo de mim!) e nem ambivalência (Devo ou não deixar que afastem meu bebê de mim?).

Porém, em momentos posteriores, a pessoa pode decidir por saber o que antes não desejava. Nesse caso a ambivalência pode começar a se desenvolver e a pessoa passa para as condições seguintes:

**Condição Errática:** A pessoa já passa de maneira irregular na busca por significado para entender determinada coisa, estando ainda em um estado oscilante de certeza e incertezas, o que demonstra uma ambivalência mínima ou moderada. A pessoa pode ficar por algum tempo na reflexão entre o saber e o não saber, baseado na oposição criada pela própria pessoa na direção do significado. Por sua vez, essa é a base

para a condição posterior da transformação do não saber para o saber, por exemplo, a mãe estranha esse afastamento e emerge um signo de que talvez já tenha ouvido falar que o certo é o bebê não ser afastado da mãe após o parto, e nesse momento, ela reivindica que o bebê permaneça com ela. Essa mãe recebe explicação de um profissional de saúde que a esclarece sobre os procedimentos necessários com o bebê, de acordo com as regras da maternidade, e que é necessário que o bebê fique um tempo em observação no berçário. Essa mãe se encontra diante de dois significados opostos emergindo, um signo ainda frágil ou moderado, que oscila entre a certeza e a incerteza, em relação ao procedimento que deveria ser o melhor.

Esse tipo de construção de significados conduz à emergência de signos frágeis e médios, e nível de ambivalência com a mesma modulação. Essa nuance de frágil e médio expressa o quanto os signos dão conta da realidade que se busca significar. Os signos frágeis não sustentam satisfatoriamente a realidade com a qual a pessoa se confronta. Já os signos médios mostram-se mais satisfatórios para a significação da realidade, porém com certa flexibilidade para mudanças e adaptações para novos signos.

**Bifurcação de Trajetória:** A pessoa constrói signos fortes e a ambivalência atinge seu nível máximo, e dois eventos opostos podem acontecer em relação ao signo emergente:

Bifurcação de Trajetória I – Quando ocorre uma intensificação de um dos aspectos da situação que se estabeleceu como ambivalente, ignorando outros aspectos que mantinham a situação ambígua, reduzindo assim a ambivalência ao ponto de não gerar mais a tensão entre certeza e incerteza, retornando à condição nula. Imaginemos a situação da mãe que se encontrava na incerteza se o bebê deveria ficar com ela desde a sua saída da sala de parto ou se deveria ser submetida à separação mãe-bebê, seguindo os protocolos da maternidade. Essa mãe intensifica um dos aspectos dessa situação ambivalente, passando a pensar que ela permitiu a separação devido às regras médicas e que a criança estava sendo cuidada pelos profissionais de saúde como qualquer outra que nasce. Nesse momento a mãe reduz o nível de ambivalência, desconsiderando os aspectos que geravam a incerteza e conseqüentemente a ambivalência. Assim, ocorre o retorno à condição nula.

Bifurcação de trajetória II - Quando ocorre a permanência de alto nível de incerteza e conseqüentemente alto nível de ambivalência prejudicial para a adaptação da pessoa a uma determinada situação. Nessa situação, a pessoa utiliza-se de signos estáveis fortes, de forma funcional, para adaptar-se à situação, porém restringe as

possibilidades de construção de novos significados. Pode ser exemplificado com a seguinte situação: por determinações médicas, uma parturiente em trabalho de parto é orientada a manter-se deitada, esta desejando se movimentar, e na incerteza se deveria ou não solicitar mudar de posição, “apega-se” ao signo estável forte de que o procedimento estipulado pelo médico deve ser seguido, porque ele sabe o que está fazendo. Ela se mantém, então, na posição deitada, mesmo com dor e com desconforto, acreditando que é o procedimento normal a ser seguido.

Abbey e Valsiner (2005) afirmam que nesse ponto de encruzilhada da bifurcação é também o espaço de intervenção semiótica por outros sociais (amigos, cônjuges, família, profissionais, instituições sociais, dentre outros.), podendo intervir no processo de construção de significados, através do fornecimento de signos fortes, que serão construídos pela pessoa em maior ou em menor nível de aceitação.

Esse modelo de emergência semiótica impulsionado pela ambivalência entre a certeza e a incerteza podem contribuir para entendermos os processos de emergência semiótica na significação como violência obstétrica, da experiência do que foi vivenciado pelas mulheres atendidas em maternidades privadas. É um princípio fundamental também para analisar as estruturações e reestruturações do sistema do *self* dessas mulheres e suas novas posições de Eu (*I-positions*) diante da vida, após a construção de signos fortes da violência vivenciada. Esses conceitos de *self* serão expostos na próxima subseção.

## 2.4 Teoria do *Self* Dialógico

Outro referencial teórico relevante que será utilizado neste estudo é a Teoria do *Self* Dialógico (Hermans, Kempen, & Van Loon, 1992; Hermans, 1996, 2001, 2003, 2012; Herman & Hermans-Jansen, 2003). Essa teoria discute sobre a auto-organização do *self* através da mediação semiótica, na qual o *self* não se configura como uma unidade estática e sim como um sistema aberto, multivocal e dialógico. Nele, diversas posições do Eu (*I-Positions*) coexistem, possibilitando o desenvolvimento de diferentes sentidos pessoais sobre a mesma experiência. O *self* possui um caráter fluido e dinâmico, que requer uma adaptação constante, num movimento de posicionamento e reposicionamento (Salgado & Gonçalves, 2007).

A teoria do *self* dialógico foi desenvolvida por Hermans e colaboradores (Hermans, Kempen & Van Loon, 1992), e ele utilizou conceitos de *self* e de narrativa,

apoiando-se nos pressupostos cunhados por William James e Bakhtin. Da teoria do *self* de William James provém a distinção entre o Eu (*I*) e o Mim (*me*). O Eu funciona metaforicamente como sujeito consciente capaz de criar uma imagem e ações sobre si no mundo, no espaço e no tempo, como autor de uma narrativa sobre o Mim. Já o Mim, seria o ator, a figura principal, o protagonista dessa narrativa.

Da obra de Bakhtin provém a metáfora da novela polifônica, especialmente a obra literária de Dostoiévsky, utilizando as reflexões acerca da dialogicidade e das diferentes vozes dos personagens na construção dos romances. A partir dessas ideias, Hermans e colaboradores tiveram subsídio para pensar sobre um *self* multivocal e plurívoco, ou seja, no *self* não existe um único Eu como agente responsável pelo processo de organização do fluxo da experiência, mas vários, relativamente independentes, que se complementam e se contradizem em diálogos relacionais internos ou externos com outras vozes (Hermans, Kempen, & Van Loon, 1992; Hermans, 1996, 2003, 2012).

Na perspectiva dialógica, a base é relacional, considerando que toda forma de vida humana e processos humanos são relacionais no sentido de que cada organismo estabelece uma relação com o ambiente em que vive, e o processo de diferenciação do sujeito emerge a partir do contraste da separação inclusiva que unifica e separa o sujeito do seu contexto. Nesse sentido, a pessoa é distinta de seu contexto e ao mesmo tempo faz parte dele, buscando explorar as qualidades dinâmicas e relacionais do sujeito.

Na dialogicidade, dois tipos de relações são estabelecidos: monológicas e dialógicas. A relação monológica é caracterizada por interação, mas é uma interação que não se espera nenhum tipo de reação comunicativa da outra parte, como a interação de uma pessoa com um objeto. Já na relação dialógica, ocorre a possibilidade de trocas comunicacionais ou de construção conjunta de significados, geralmente ocorrem através da interação com outras pessoas (Salgado & Gonçalves, 2007).

Segundo os referidos autores, esses tipos de relações não dependem unicamente do tipo de entidade (objeto ou pessoas) com a qual nos relacionamos, essas relações dependem também do tipo de interação que se estabelece com o outro. Em uma relação autoritária, por exemplo, não há o reconhecimento do outro como alguém que possui subjetividade própria, o que há é uma tentativa de anulação de qualquer tipo de resposta do interlocutor, o outro é colocado no lugar de objeto e não é reconhecido como humano, estabelecendo-se, assim, uma relação monológica.



Toda relação dialógica envolve um Outro (uma pessoa, um grupo, uma comunidade), a esse Outro direcionamos um enunciado ou ato e através dessa relação, um significado pessoal é criado, pois uma determinada posição em relação a esse Outro é assumida. Nesse diálogo, o *self* está sempre em processo de tornar-se, e assim a agentividade pessoal (possibilidade de agir) é criada das relações interpessoais. Nesse sentido, o processo de conhecimento e produção de sentido não está localizado na mente individual. Na perspectiva dialógica, a mente humana torna-se um processo dialógico de comunicação com outros e consigo mesmo (Salgado & Gonçalves, 2007).

Hermans e colaboradores definiram o *self* dialógico como “uma multiplicidade dinâmica de posições do eu (*I-positions*), relativamente autônomas em uma paisagem imaginária” (1992, p.28). Nessa concepção, o Eu tem a possibilidade de se mover em diversas posições espaciais para outra posição, em conformidade com as mudanças no tempo e das situações, flutuando de forma imagética entre posições diferentes e até opostas. Cada posição com uma voz específica interage como personagens em uma história, trocando informações, concordância e discordâncias, conflito e luta (tensões/ambivalência) sobre seus respectivos *me(s)* e seus mundos, constituindo um *self* narrativamente estruturado.

Vale ressaltar, que nessa perspectiva teórica, o repertório de posições do Eu é constituído por posições internas e externas que fazem parte do mesmo *self*. As **posições internas** representam diferentes apropriações de um indivíduo, como parte de si mesmo, pertencente ao seu Eu (*I*), por exemplo: eu mulher, eu mãe, eu gestante e outros. Já as **posições externas** representam pessoas e objetos do convívio social do indivíduo, relevantes para ele, e são consideradas como “minhas/meus” (meu Deus, meu esposo, meu colega de trabalho, meu médico de confiança etc.). Esses domínios internos e externos do *self* mantêm uma fronteira aberta para o diálogo entre posições que se encontram em processo de negociação, cooperação, oposição, conflito, concordância e discordância.

Nessa multiplicidade de posições e nas relações mútuas entre elas é estabelecido um repertório organizador do *self*. Entretanto, muitas posições no mundo externo estão fora do horizonte subjetivo do *self* e a pessoa não tem conhecimento da sua existência ou ainda não se estabeleceu nenhum encontro dialógico que permitisse a entrada desta posição no espaço do *self*, para que esta posição passasse a fazer parte, em algum momento, do repertório organizador do *self* (Hermans, 2001, 2003). A figura 3 ilustra graficamente a concepção de Herman e Hermans-Jansen (2003), no que se refere às

posições internas e externas em um *self* multivocalizado. O *self* dialógico está representado como um espaço imagético de multiplicidade de *I-positions* (internas e externas). Essas posições estão representadas pelos pontos dentro e fora da figura, que devem ser imaginados em movimento em relação ou em oposição a outra *I-position*. Cada círculo tracejado representa a fronteira aberta entre os domínios internos e externos do *self*, bem como deste para o mundo externo, ou seja, fora do espaço subjetivo do *self*, mas que pode adentrar no espaço do *self*, a depender das mudanças contextuais.

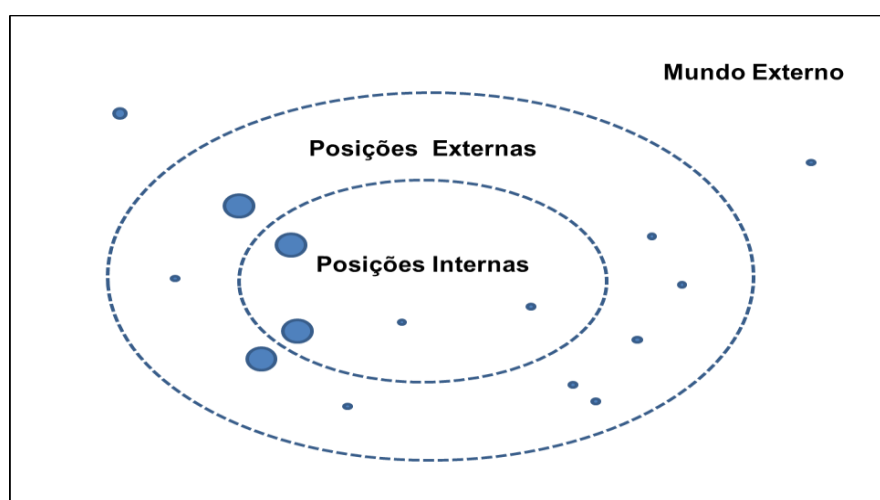


Figura 3. Representação gráfica das *I-positions* em um *self* multivocal. Fonte: Herman & Hermans-Jansen, 2003. p.545.

Nessa perspectiva, o *self* dialógico se torna um processo altamente dinâmico que estabelece uma relação dialógica entre posições. É um sistema aberto que está em constante processo de continuidade e descontinuidade. Transforma-se a partir da possibilidade de se mover de uma posição para outra, permanentemente reconstruído e recriado na interação com as demais posições do Eu interno e externo, de acordo com as diferentes situações e em diferentes espaços do tempo, a partir de diálogo estabelecido com outras pessoas ou no diálogo interno com si mesmo (Salgado & Gonçalves, 2007).

Com essa compreensão, o estabelecimento de contato de diferentes formas com o discurso da humanização, talvez pertencente ao mundo externo do *self* dessas mulheres, pode repercutir em mudanças significativas e promover reposicionamentos e ajustamentos, conduzindo essas mulheres a assumirem novas posições de Eu (*I-positions*). Assim, parece pertinente utilizar esse referencial teórico para compreender

os processos de regulação do *self* pela mediação semiótica, em particular pelo signo da violência obstétrica que, na tentativa de superação da instabilidade, incertezas e ambivalência provocadas por modificações e rupturas no seu ambiente, as parturientes utilizam-se dessa tentativa para reconstruir o sentido de continuidade do *self*.

## 2.5 Momentos de inovação

A perspectiva dialógica do *self*, em que a narrativa entre vozes específicas ou posição do Eu (*I-positions*) dialoga entre si, mantendo uma relação de dominância sobre outras, embasa a compreensão de situações clínicas e o processo de mudança em psicoterapia proposto por Gonçalves e colaboradores (e.g., Gonçalves & Santos, 2009; Gonçalves, Santos, Matos, & Salvatore, 2009; Cruz & Gonçalves, 2010; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010).

Nesse modelo terapêutico de perspectiva dialógica, o cliente apresenta uma autonarrativa problemática, dominante na sua história como expressão de uma voz ou coligações de vozes que monopolizam o *self* dialógico e reprime ou suprime qualquer tipo de expressão de outras vozes alternativas possíveis. A voz dominante assume posição de narrador que se expressa sem ceder poder para outras vozes que o conteste. A autonarrativa problemática dominante surge no diálogo com o cliente em contexto terapêutico, através de ênfase em um tema principal, que pode ser um problema específico, uma situação problemática ou mesmo um conjunto de temas recorrentes, que tendem a manter uma resistência à mudança e restringir a geração de novos significados, impossibilitando outras experiências. No decorrer do processo terapêutico, pode surgir um novo emergente, considerados como momentos de inovação (*I-moment*), que constituem exceções às vozes dominantes que rejeitam e contrariam as orientações de significação da voz que monopolizava a autonarrativa problemática, a partir do discurso do cliente. Tais momentos podem evoluir, promovendo ou não o surgimento de mudança significativa no sistema de posicionamentos do *self*, notada no diálogo do cliente ou na experiência de vida desse sujeito (Ribeiro & Gonçalves, 2010; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010).

Nessa compreensão dialógica, as vozes alternativas, novas ou anteriormente dominadas, começam a desenvolver uma autonarrativa mais flexível/adaptada, resultante de apropriação de novos significados que emergiram desses momentos de inovação, gerando novidade na percepção de si próprio, dos outros e do mundo. Nesse

processo de emergência de inovação, é instaurada uma tensão ambivalente entre as vozes problemáticas e inovadoras, baseando-se em estratégias semióticas que são manifestadas pelo sujeito durante o processo de mudança (Cunha, Gonçalves, & Valsiner, 2010; Meira, 2009; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010; Ribeiro & Gonçalves, 2010).

Dialogicamente, os momentos de inovação - *innovative moments* (IMs) - são concebidos como expressão de outras vozes ou *I-positions* que desafiam o domínio das vozes da autonarrativa problemática do sujeito, com o potencial de promover mudanças no discurso, nas ações e na forma dele estar no mundo. Os momentos de inovação podem surgir a partir da emergência de um sentimento, episódio, pensamento e também pelo discurso de um Outro social que facilite ou promova uma abertura para novas formas de pensar, agir e construir sua própria experiência e sentido de vida. Assim, as mudanças só ocorrem com o aparecimento de momentos inovadores (Santos & Gonçalves, 2009; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010; Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Com base no fenômeno dos IMs, Gonçalves e seus pares (e.g., Gonçalves & Santos, 2009; Gonçalves, Santos, Matos, & Salvatore, 2009) vêm desenvolvendo estudos com o objetivo de compreender e analisar a mudança em psicoterapia, através da emergência de IMs. (Santos & Gonçalves, 2009; Gonçalves, Santos, Matos, & Salvatore, 2009; Ribeiro & Gonçalves, 2010; Cunha, Gonçalves, & Valsiner, 2010). Dos resultados dessas pesquisas, foi possível identificar e classificar cinco tipos de IMs, conforme ilustra tabela abaixo:

<b>Tipos de Momentos de Inovação - IMS</b>
<b>IMs de Ação</b>
Refere-se a ações ou comportamentos específicos que desafiam o problema.
<b>IMs de Reflexão</b>
Processo de pensamento que indica uma compreensão diferente ou nova perspectiva sobre as implicações do problema que permite desafiar e contradizer a dominância da autonarrativa problemática.
<b>IMs de Protesto</b>
Envolvem momentos de crítica, confrontação, resistência ou antagonismo em relação ao problema, que pode ser planejado ou concretizado em comportamento de recusa ativa, direcionado a outros ou ao <i>self</i> , implicando em uma posição mais proativa de confronto com o problema. Esse tipo de IMs implica em duas posições no <i>self</i> : uma

---

que apoia a autonarrativa problemática e outra que a desafia. Esses IMs são codificados quando a segunda posição adquire mais poder do que a primeira.

---

### **IMs de Reconceituação**

---

Permite a compreensão do processo que contribuiu para a mudança em si mesmo, fazendo referência a uma nova identidade, integrada a novos padrões. Daí emergem reavaliações de relacionamentos e da experiência problemática, sempre envolvendo duas dimensões:

- 1) Reconhecimento do contraste entre as duas posições no passado e no presente;
  - 2) Reconhecimento do processo de transformação subjacente à mudança. Nesse tipo de IMs o cliente é capaz de perceber sua nova posição e também reconhecer-se como diferente, quando comparado com o passado, devido ao processo de transformação que aconteceu.
- 

### **IMs de Realização de Mudança**

---

Representa o desempenho de mudanças. Os IMs referem-se à nova forma de agir e de ser, novos objetivos, novos projetos e generalizações para o futuro, e outras dimensões da vida, que emergiram do processo de mudanças e se tornaram possíveis pela experiência problemática, como um recurso para novas situações.

---

*Figura 4.* Tipos de Momentos de Inovação (IMs). Adaptada a partir de Cunha, Gonçalves, & Valsiner, 2010, p. 2.

Alguns estudos desenvolvidos no campo da psicoterapia, de uma forma geral, debruçaram-se sobre os tipos de processos dialógicos presentes nos momentos de inovação e sobre os mecanismos de transformação do *self* dialógico (Gonçalves & Santos, 2009; Gonçalves, Santos, Matos, & Salvatore, 2009; Cruz & Gonçalves, 2010; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010). Outros estudos, de maneira análoga ao modelo de mudança em psicoterapia, desenvolveram suas pesquisas tentando aplicar esse modelo explicativo aos processos de mudanças espontâneas no cotidiano, fora do contexto terapêutico, investigando os processos de mudança pessoais diárias em tempo real (Cruz & Gonçalves, 2010; Meira, 2010). A presente pesquisa não dá continuidade a essas linhas de investigações, porém apresenta uma proposta de estudo sobre o processo de significação da violência obstétrica e das mudanças no *self*, apropriando-se dos pressupostos e conceitos dos momentos inovativos – IMs. Pretende-se, com isso, fazer uma análise da história pregressa relatada pelas participantes, ou seja, das experiências

que elas tiveram em seus processos de significação e mudanças de posicionamento na dialogicidade do *self*, nas transições das trajetórias de suas vidas.

## 2.6 Transição e ruptura

A abordagem do curso de vida propõe um modelo teórico para estudar o curso de vida, usando a noção de transição, que é utilizada para designar momentos de mudanças experimentadas pela pessoa ao longo da trajetória de vida, em decorrência de eventos que desencadeiam transformações significativas na reconfiguração do *self*. Essas mudanças são descritas como ajustamento constante entre o organismo e o ambiente, passando por períodos estáveis, intercalados com mudanças significativas na esfera da experiência do indivíduo. Também envolvem processos de passagens de um estado de funcionamento para outro, exigindo uma reorganização do espaço de vida psicológica tanto do ponto de vista da própria pessoa como do observador (Cowan 1991; Zittoun 2004, 2006, 2009, 2012).

No momento em que os modos existentes de ajustamento e o senso de continuidade do *self* são interrompidos, no fluxo regular de uma experiência, os pesquisadores do curso de vida chamam de “ponto de virada” ou momentos críticos. Nesse ponto, o desenvolvimento humano é marcado por rupturas, ou seja, pontos decisivos de mudanças que surgem na trajetória de vida do sujeito. As rupturas são como processos que geram transições. Elas provocam a passagem de uma esfera da experiência à outra, na qual, a pessoa tem que desenvolver novas redefinições pessoais, ancoradas na sua cultura pessoal, novas condutas, acionando, assim, elementos simbólicos como recursos para produzir novidade e ajustamentos, para a recuperação da estabilidade dinâmica do *self* (Cowan, 1991; Zittoun, 2004, 2006, 2009, 2012). Porém, as rupturas não são as únicas razões para que a mudança e o desenvolvimento ocorram. O desenvolvimento também pode acontecer através de microajustamentos entre a pessoa e seu meio ambiente. As rupturas, portanto, são como catalisador brutal de processo de mudança, de uma maneira diferente da habitual (Zittoun, 2009).

Assim, as transições podem ser mais ou menos previsíveis. As previsíveis dizem respeito às **transições normativas** ou **mudanças transitivas**, que são situações ou acontecimentos na vida esperados e experimentados pela maioria dos indivíduos, em determinado contexto social, como por exemplo, a entrada na escola, constituir um relacionamento íntimo, casar, ter filhos. Já as **transições não normativas** ou **mudanças**

**intransitivas** estão associadas a situações incomuns ou inesperadas e imprevisíveis, a exemplo do desemprego, morte, diagnóstico de doença grave, entre outras. Esses acontecimentos surgem associados a níveis particulares de perturbação emocional e geram mudanças significativas na trajetória de vida do sujeito, além da reorganização qualitativa da vida interna e do comportamento externo (Cowan, 1991; Meira, 2009, Zittoun, 2012).

No contexto desta pesquisa, o ato de parir é um evento normativo no curso de vida, porém, o vivenciar da violência obstétrica na assistência ao parto na rede privada se configura em uma situação inesperada, não normativa, podendo ser considerado como uma ruptura que marca a transição no ciclo de vida dessas parturientes. Por sua vez, para outras mulheres que desconhecem o discurso da humanização (que atribui a algumas práticas no processo do parto como violência obstétrica), o momento do contato com essa informação também pode se configurar como um ponto de ruptura na transição do curso de vida delas, promovendo as mudanças ao nível de aquisição de competência, identidade e de construção de significados. Pode-se também ser inferidos momentos inovativos no relato das histórias dessas mulheres, analisando-se o processo dialógico do *self*, de superação das ambivalências (entre o que se pensava ter vivido e o que após o contato com o discurso da humanização foi significado), da emergência de novos significados como promotores de mudanças no sentir, pensar, agir e além do reposicionamento no campo social e simbólico dessas mulheres vítimas da violência obstétrica.

## **2.7 Articulação dos conceitos teóricos para análise e interpretação das narrativas**

Ao longo da exposição sobre os fundamentos teóricos que embasam este estudo, procuramos, a partir desses conceitos, analisar os mecanismos implícitos no processo de significação da violência obstétrica e na reconstrução do *self*, com novos posicionamentos, que são relatados nas narrativas pregressas das experiências de algumas mulheres, no recebimento da assistência ao parto em rede privada. Nesse sentido, o conceito do *self* dialógico mostra-se apropriado para analisar as posições de Eu das participantes da pesquisa, devido as suas características dinâmica e multivocal. Esse conceito possibilita analisar as formas como essas mulheres em seu *selves* estabeleceram trocas dialógicas com outros significativos (obstetra, equipe da

assistência ao parto e outros sociais), e como construíram signos - imagem do parto idealizado - que orientaram suas trajetórias. Possibilita analisar também as rupturas, ambivalências, os momentos inovativos e o processo de construção do signo da violência obstétrica, a partir do contato com o discurso da humanização e consequentemente as novas configurações dos seus *selves* e posicionamentos frente à vida. A figura 5, abaixo, demonstra como os conceitos foram articulados na análise e interpretação das narrativas, no exercício empírico-teórico deste trabalho.

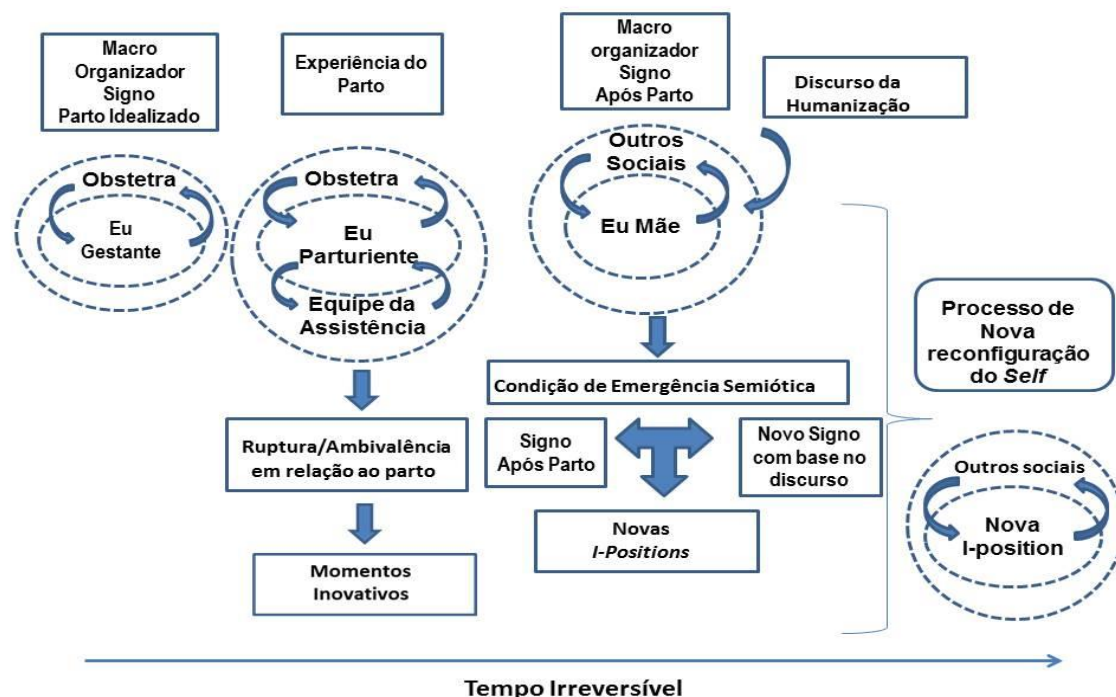


Figura 5. Articulação dos conceitos de emergência semiótica, *self* dialógico e IMs.

Nessa figura, a primeira imagem do *self* dialógico representa a movimentação dinâmica do *self* em processo de construção de signos, referente à imagem do parto na dialogicidade entre posições internas e externas (obstetra e outros sociais);

A segunda representação indica a movimentação do *self* na experiência do parto real e a dialogicidade entre posições internas e externas, na tentativa da realização do signo contruído do parto idealizado previamente. Nessa experiência, momentos inovativos podem emergir no processo dinâmico multivocal do sistema do *self*. Pode surgir, ainda, ambivalência ou ruptura na trajetória de vida das participantes, devido à inesperada diferença entre o que a experiência deveria ter sido, com base no signo do parto idealizado, e o que de fato aconteceu no parto real;

Na terceira representação, ocorre o processo dinâmico de construção de signo pela dialogicidade entre as vozes internas e externas do sistema do *self* sobre o discurso



da humanização, gerando assim, condições propícias de emergência semiótica referente à violência obstétrica. Diante disso, pode-se instaurar uma ruptura na trajetória de vida das participantes como um ponto de virada, com surgimentos de momentos inovativos e novas *I-positions*;

Na quarta representação do *self* dialógico, fica evidenciada uma nova reconfiguração do *self*, após seu processo dinâmico mutivocal de construção de significado e de novas posições.

### **CAPÍTULO III**

#### **ASPECTOS METODOLÓGICOS, OPERACIONAIS E ÉTICOS DA PESQUISA**

Neste estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa, visto que as características dessa abordagem atendem à necessidade de construir uma compreensão complexa e detalhada dos significados da assistência recebida no processo do parto. Segundo González Rey (2002), a epistemologia qualitativa representa um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia, que permitam a criação teórica acerca da realidade de casos com naturezas diferentes, na qual o sujeito pode expor suas ideias, concepções e significar sua experiência. “A informação expressa por um sujeito concreto pode converter-se em aspecto significativo para a produção de conhecimento, sem que tenha que se repetir necessariamente com outro sujeito” (González Rey, 2002, p. 35).

Trata-se de um estudo de caso, que adota uma abordagem narrativa e utiliza como método as experiências expressas nas histórias vividas e contadas pelos participantes da pesquisa sobre períodos de suas vidas e realidades experienciadas, no que se refere aos significados da violência na assistência ao parto (Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998; Creswell, 2014).

Segundo Yin (2005), o estudo de caso é uma estratégia que visa investigar um fenômeno contemporâneo, buscando preservar as características holísticas e significativas de um determinado evento, dentro de seu contexto de vida real. Para Laville e Dionne (1999), a vantagem mais marcante dessa estratégia é a possibilidade de aprofundamento, na qual o pesquisador tem a possibilidade de explorar elementos imprevistos, precisar alguns detalhes e construir uma compreensão do caso de forma mais criteriosa.

Nessa direção, foram analisados cada caso em seu contexto, a partir da abordagem narrativa como via de acesso à experiência de cada participante.

#### **3.1 Aspectos Éticos**

O presente estudo se encontra de acordo com os parâmetros éticos estabelecidos no Código de Ética Profissional do Psicólogo, pela Resolução CFP N° 010/05 de 21 de Julho de 2005 e pela Resolução CFP N° 466/2012, a qual dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi

submetido ao comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo aprovado sob protocolo nº CAAE 39581414.1.0000.5531. As participantes da pesquisa foram informadas a respeito do trabalho e a elas foi garantido o livre acesso às informações coletadas. Também foram dados os esclarecimentos solicitados pelas entrevistadas, bem como se garantiu a suspensão da participação, se assim fosse da vontade delas, em qualquer momento da pesquisa. Além disso, foi garantido o sigilo, a fim de assegurar a privacidade das participantes e dos dados confidenciais envolvidos no estudo.

Nesta pesquisa, optou-se por escolher participantes que compõem com suas histórias o banco de dados de uma Organização Não Governamental (ONG) e que sinalizaram interesse em fornecer entrevista para pesquisadores e/ou imprensa. Assim, partindo-se do pressuposto de que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos potenciais, subentende-se que esses participantes estão relativamente preparados para falar de suas histórias de forma mais consciente e menos vulnerável, o que diminui o risco, mesmo que mínimo, que o método utilizado possa vir a oferecer. Contudo, informamos que a participação das mulheres na pesquisa, narrando suas experiências, falando sobre situações difíceis para elas, poderia gerar ansiedades, assim como também trazer benefícios. Neste último caso, falar sobre esses eventos difíceis poderia propiciar uma ressignificação destes e repercutir positivamente na vida desses indivíduos.

### **3.2 Participantes e critérios de seleção**

Participaram deste estudo sete mulheres de classe média, que receberam assistência em rede privada entre os anos de 2011 a 2014. As participantes foram selecionadas através do banco de dados de uma Organização Não Governamental (ONG), que visa ao fortalecimento da autonomia da mulher e da mudança na forma de assistência ao parto no Brasil. Esse banco de dados é composto por depoimentos de mulheres que vivenciaram algum tipo de violência no parto e que sinalizaram interesse em dar entrevista para estudos e divulgação das suas experiências com a assistência ao parto.

As participantes foram convidadas para colaborar com a pesquisa e informadas a respeito dos objetivos do estudo e da relevância do trabalho, através de e-mail convite. Após a aceitação da participação neste estudo, foram enviados por e-mail para serem lidos e assinados o termo de consentimento livre e esclarecido (ver Anexo I) e o

questionário sociodemográfico (ver Anexo II). Esses documentos foram escaneados e reenviados para a pesquisadora, que aos recebê-los, combinou com a participante o dia e horário para a realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas via programa da internet, que serve para realização de videoconferências - *Skype*. Essa forma de contato foi adotada por razões econômicas e por se tratar de participantes da Bahia e de outros estados do Brasil.

### **3.3 Instrumento e técnica de coleta de dados**

Para a realização desta investigação, foi utilizada a técnica de entrevistas narrativas, que consiste na proposição pelo pesquisador, o que estimula o entrevistado a contar acontecimentos pessoais ou de seu contexto social com o mínimo de interferência possível do investigador (Jovchelovitch & Bauer, 2002). Estes autores afirmam que “as narrativas não estão abertas à comprovação e não podem ser simplesmente julgadas como verdadeiras ou falsas; elas expressam a verdade de um ponto de vista, de uma situação específica no tempo e no espaço” (p.110). Nessa perspectiva, entendemos que os acontecimentos narrados pelas participantes retratam o significado subjetivo da sua experiência, o que se adequa aos objetivos deste trabalho.

As entrevistas foram abertas em um contexto de conversação, com o foco sobre a assistência da equipe de saúde no trabalho de parto e parto das participantes. As narrativas foram iniciadas com uma proposição geral, com o objetivo de encorajar o relato da participante (ver anexo III). No final do relato narrativo, puderam ser formuladas algumas questões específicas que não foram suficientemente abordadas ou que necessitou de algum esclarecimento, a fim de abarcar algum ponto específico ao interesse do estudo. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

#### **3.3.1 Procedimento para análise dos dados**

A análise do corpus da pesquisa, as entrevistas narrativas transcritas, foi realizada a partir da leitura, interpretação e análise de dados, seguindo um dos modelos para classificação e organização dos tipos de análises narrativas propostos por Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber (1998), a saber: categorial - baseada em conteúdo que privilegia seções, nas quais os narradores mencionam palavras ou eventos em suas narrativas, que serão retiradas e classificadas por categorias, fazendo assim uma análise

da unidade categórica do conjunto das narrativas. As histórias foram divididas em seções de acontecimentos, que foram enquadrados em determinada categoria temática, com base no problema desta pesquisa. Essas seções foram submetidas à análise de conteúdo, considerando os aspectos explícitos, como por exemplo, o que aconteceu, quem fez parte do acontecimento, dentre outros; e os aspectos implícitos, como significados, características ou motivações do indivíduo, seguindo os seguintes passos:

- A) Leitura das entrevistas narrativas transcritas, buscando observar os elementos importantes que envolveram eventos significativos na experiência das participantes, na construção do significado da violência obstétrica;
- B) Recorte dos textos transcritos, as unidades de registro: uma frase, um episódio ou um acontecimento dentro destes temas: pré-natal, chegada a maternidade, contato com médico, hora do parto, tomada de conhecimento do discurso da humanização, mudanças percebidas em si;
- C) As unidades de registro foram agrupadas em três blocos de temas principais, de aspectos importantes da experiência narrada que reuniram episódios específicos para análise das narrativas, de acordo com os objetivos da pesquisa;
- D) Foram analisados os episódios relatados e explorados os processos, de acordo com a articulação dos principais conceitos teóricos que embasaram este estudo.

### **3.3.2 As participantes do estudo: caracterização sociodemográfica**

As participantes deste estudo apresentaram faixa etária que variou entre 27 a 37 anos, e escolaridade superior completo, exceto a participante 03, que tem escolaridade superior incompleto. Elas residiam em diferentes estados do Brasil, uma na Bahia, uma no Paraná, duas em São Paulo, uma em Rondônia, uma no Rio de Janeiro e uma no Piauí. Todas tiveram seus filhos nos respectivos estados, exceto a participante 06, que teve seu filho em São Paulo. Com relação à ocupação, seis trabalhavam fora do domicílio e apenas uma exercia suas atividades no lar. Quanto à situação marital, todas eram casadas. No que tange à crença religiosa, uma das entrevistadas afirmou ser evangélica, uma não declarou religião, uma dos Santos dos Últimos Dias, duas cristãs, uma metodista e uma católica. Quanto à renda familiar, três das entrevistadas possuíam

renda de mais de 6 salários mínimos<sup>3</sup>, três de 4 a 5 salários mínimos e uma de 1 a 3 salários mínimos.

Entrevista	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Localização	Ano Nascimento do filho (a)	Religião	Renda Familiar Salário Mínimo
01	37	Casada	Superior completo	Contadora	Bahia	2012	Evangélica	Mais de 6 SM
02	32	Casada	Superior completo	Doutoranda	Paraná	2011	_____	Mais de 6 SM
03	27	Casada	Superior incompleto	Dona de casa	São Paulo	2011	Santo dos Últimos Dias	4-5 SM
04	25	Casada	Superior completo	Publicitária	Rondônia	2013	Cristã	1-3 SM
05	27	Casada	Superior completo	Psicóloga	Rio de Janeiro	2013	Cristã	4-5 SM
06	35	Casada	Superior completo	Psicóloga	Piauí	2012	Metodista	Mais de 6 SM
07	35	Casada	Superior completo	Enfermeira	São Paulo	2013	Católica	4-5 SM

*Figura 6.* Perfil sociodemográfico das entrevistadas.

### 3.3.3 Considerações gerais sobre os casos

Nas histórias narradas, cinco participantes afirmaram que não conheciam o discurso da humanização no período de suas gestações e partos, e apenas duas participantes revelaram ter um conhecimento prévio no mesmo período. No caso dessas duas últimas participantes, elas mesmas julgaram seus níveis de conhecimento considerando-os como pouco e muito conhecimento. As cinco participantes que desconheciam o discurso da humanização, no momento do recebimento da assistência ao parto, significaram que o ocorrido se tratava de procedimentos padrões protocolados pelos hospitais e maternidades que lhes prestaram assistência, porém manifestaram um estranhamento pela forma como ocorreu tal acolhimento hospitalar. Foi somente quando tiveram contato com familiares, amigos, redes sociais, comunidades virtuais e noticiários, que iniciaram a ressignificação das suas experiências como violência obstétrica. Já as duas que possuíam um conhecimento prévio sobre o discurso da

<sup>3</sup> O valor do salário mínimo vigente em 2014 era de R\$ 724,00.

humanização, e que também receberam uma assistência que seguia o modelo tecnocrático hospitalar, revelaram ter vivenciado com maior impacto as práticas a que foram submetidas ou as tentativas de práticas não autorizadas por elas, no que se refere ao afeto ligado à experiência.

#### **3.3.4. Escolha dos casos para o estudo**

Dentre as entrevistas realizadas sobre as trajetórias de parturição marcadas pela violência obstétrica, selecionamos três casos a partir do nível do conhecimento prévio que as participantes afirmaram ter referente ao discurso da humanização. Assim, esses três casos foram eleitos como mais significativos para compor a análise, por abranger aspectos diferenciados que podem oferecer uma inteireza na compreensão da significação da violência obstétrica, para participantes com o conhecimento diferenciado do que se preconiza para a assistência humanizada ao parto.

## CAPÍTULO IV

### ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS CASOS

Neste capítulo serão apresentados três casos que foram reconstruídos e sintetizados pela pesquisadora, preservando-se alguns trechos originais das narrativas.

A organização para a apresentação de cada caso consiste, primeiramente, na **apresentação da síntese da história das participantes**, com o propósito de oferecer um entendimento abrangente das suas trajetórias, destacando os principais marcadores que serviram para a análise das narrativas e que foram divididos em três tópicos: o primeiro tópico refere-se à **Idealização do parto e da assistência**, na qual ocorre à construção semiótica da imagem do parto e da assistência ao parto que se desejava receber; o segundo tópico, **Conhecimento do discurso da humanização**, aborda o processo de encontro e construção do conhecimento sobre a humanização no parto; já o terceiro tópico, **Mudanças na posição do eu**, aborda as transformações e os reposicionamentos na vida das participantes, incluindo as perspectivas para o futuro.

Após essa etapa, foram realizadas as análises de cada caso individualmente, destacando os principais episódios extraídos das narrativas, com o objetivo de integrá-los em três blocos temáticos. No primeiro bloco, **Busca de recursos simbólicos para organização da experiência no futuro**, constam episódios que evidenciaram a construção semiótica de cada participante em seu contexto cultural e que serviram de base para a construção de significado, para o enfrentamento futuro do parto. No segundo bloco temático, **Experiências no parto**, constam alguns episódios em que a elaboração semiótica previamente construída é contrariada diante dos eventos vivenciados no momento do parto, gerando uma tensão na experiência singular de cada mulher em relação ao que foi idealizado para o parto. No terceiro bloco, **Significação da violência obstétrica e mudança de *I-Positions***, apresentam-se episódios que evidenciam a emergência semiótica no processo dialógico do *self* com outras vozes. Vozes, essas, que influenciaram na construção de uma nova significação da experiência do parto como violência obstétrica e no processo de reconfiguração do *self*, evidenciando mudanças percebidas pelas participantes, referentes à experiência tanto da violência obstétrica como da maternidade que conduziram a mudanças na trajetória de vida dessas mulheres.



## 1.0 Caso de Daniela – nome fictício (entrevista 06)

Psicóloga, 35 anos, casada e primigesta, sem conhecimento prévio a respeito do discurso da humanização.

### 1.1 Apresentação do caso

Daniela sempre desejou ter parto normal. Durante todo o pré-natal, indagava a sua obstetra sobre a possibilidade da realização do parto normal. No início da gestação, Daniela foi diagnosticada com diabetes gestacional<sup>4</sup>, porém manteve seu quadro clínico totalmente controlado durante toda a gestação. Mas, devido a essa situação, a gestação transcorreu sob muita tensão e medo. A médica obstetra de Daniela a advertiu de que a gestação deveria ser interrompida, por cesárea, quando chegasse na 38ª semana, devido ao risco envolvido. Daniela relatou que não sabia se realmente era necessário interromper a gestação, porém resolveu confiar na sua médica e torceu para entrar em trabalho de parto antes. Na 37ª semana e cinco dias, Daniela teve o rompimento da bolsa, em casa às 23h e revelou ter ficado muito feliz. Ela contou que ligou logo para a médica, a qual, por sua vez, mandou que ela fosse o mais rápido possível para a maternidade, alegando a burocracia do plano de saúde para dar entrada no internamento.

Chegando à maternidade, Daniela relatou que estava muito ansiosa a respeito da possibilidade da realização do parto normal, e na triagem com a equipe de enfermagem, questionou sobre a possibilidade do parto normal.

*A primeira enfermeira que me fez a triagem eu perguntei pra ela: - Será que vai ser parto normal? Será que eu vou conseguir? O que ela me disse foi que: - Olha, Daniela, geralmente você pode esperar até umas 12h, mas o fato é que o bebê precisa nascer!*

Após algum tempo da primeira triagem, Daniela passou por outra avaliação, para que a equipe da assistência entrasse em contato com a médica que a acompanhava.

---

<sup>4</sup> Quadro de diabetes gestacional, caracterizado pelo aumento do nível de glicose no sangue. Quando o bebê é exposto a grandes quantidades de glicose ainda no ambiente intra-uterino, há maior risco de crescimento fetal excessivo (macrossomia fetal) e, conseqüentemente, partos traumáticos, hipoglicemia neonatal e até de obesidade e diabetes na vida adulta. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes-gestacional>.

Nessa segunda triagem, Daniela teve outra boa avaliação e tudo transcorria bem. Ela estava apenas com um centímetro de dilatação.

*(. . .) ela [a enfermeira] disse: - Olha, seu parto está começando, tá com um centímetro e vamos devagar e sempre. E que meu trabalho de parto estava evoluindo, eu fiquei tranquila, na sala aguardando.*

Apesar das duas avaliações, que, para Daniela, indicavam o parto vaginal como natural consequência, quando foi feito o contato com a médica, esta mandou avisar a Daniela que seria realizada a cesárea. Daniela não compreendendo a incoerência das informações, questionou com uma das enfermeiras a razão da cesárea.

*(...) a enfermeira disse: - Seu parto vai ser cesárea. Eu disse: - Não! Por quê? Ela falou: - Sua médica disse que vai ser cesárea. Foi muito seca comigo. Aí eu disse: Não! Peraí. Eu quero entender porque vai ser cesárea. Liga pra médica. E aí, ela [a enfermeira] ligou. E aí eu comecei a questionar a médica assim, apertei ela de todas as formas para que ela me explicasse com argumentos claros por que eu não podia esperar? Quais eram os riscos de esperar, e porque eu não podia esperar?*

Nesse contato com a médica, esta informou a Daniela que ela estava com bolsa rota (a ruptura da bolsa parcial, em que a mulher vai perdendo líquido amniótico gradativamente); afirmou que Daniela corria risco de ter uma infecção. Porém, a parturiente não ficou satisfeita com a justificativa médica e se manteve questionando para tentar entender o motivo de não poder esperar a evolução do parto, uma vez que as avaliações estavam demonstrando que estava tudo bem com ela e com o bebê.

*(. . .) ela [a médica] se sentiu bastante apertada, porque eu perguntei pra ela: - Quais as chances que eu tenho? Ela disse: - Se você quiser, você faça com o médico plantonista, porque a minha indicação é cesárea. Ela estava muito agressiva, sabe? Eu não acreditei que ela estava me abandonando. Ela [a médica] estava muito autoritária. Então eu falei assim com ela: - Olha, doutora, eu vou te pedir cinco minutos, porque eu preciso pensar e conversar aqui com meu marido e daqui a pouco eu te ligo para dizer se eu vou fazer a cesárea com você ou o parto com o médico plantonista. Então*

*ela falou: - Anda logo, porque eu estou te esperando desde a hora em que você me ligou. Com uma grosseria, sabe? Aí desliguei o telefone.*

A reação de Daniela após o contato com a sua médica foi a de não acreditar no que estava acontecendo. Sentindo-se abandonada e sem saber que decisão tomar, na incerteza, conversou com o marido para decidir o que ela iria fazer. O esposo disse que a decisão teria que ser dela, e em meio a sua angústia, Daniela relatou que olhou para o céu e perguntou para Deus o que ela deveria dizer para a médica. E segundo ela, a resposta chegou imediatamente através de uma enfermeira, que a informou sobre o médico plantonista que fazia partos normais, dando boas referências dele.

*(. . .) e a resposta veio imediata, pois uma das enfermeiras virou para mim e falou assim: - Olha, Daniela, o médico que está de plantão é excelente, ele é uma sumidade em obstetrícia e ele faz seu parto normal, se você quiser. Aí foi a minha tábua de salvação, né? **De confiar num desconhecido e dispensar aquela conhecida em quem eu perdi a confiança.** Decidi apostar no desconhecido que estaria disposto a fazer a minha vontade.*

Assim, decidida, a parturiente conversou com o médico de plantão que a explicou sobre o procedimento, informando que seria um pouco demorado e que era necessário ter paciência. Daniela procurou saber sobre a possibilidade de fazer uso de anestesia, de voltar atrás e optar pela cesárea. Ela relatou que se sentiu confiante e esclarecida pelo médico plantonista.

*(. . .) aí o médico chegou e me explicou que é demorado o parto, que era preciso ter paciência (. . .) Eu estava contando com uma anestesia e falei: - Doutor, o senhor vai me dar uma anestesia, certo? O médico respondeu: - Certo, mas tem determinados momentos que eu não poderei mais dar. - E se em um determinado momento eu voltar atrás e querer uma cesárea, o senhor faz? E assim me confortou bastante porque ele disse: - Farei o que você quiser. Eu disse: - Graças a Deus! Alguém vai fazer o que eu quero.*

Nos momentos seguintes, Daniela foi direcionada para a sala de pré-parto e teve seu parto induzido por comprimido colocado no interior da vagina, para estimular as contrações e acelerar o processo de parto pela via normal.

*(. . .) O que aconteceu dali por diante é que ele mandou induzir o meu parto, assim, ele não explicou que iria mandar induzir, o que é que era induzir, eu nem sabia que podia induzir, que induzir era uma opção... A gente fica lá meio esquecida. É, eles colocaram uns comprimidos pra induzir o parto na vagina, eu nem sei o nome.*

Daniela, sob efeito da medicação para indução, começou a sentir muitas contrações e vontade de evacuar, relatando que foi proibida de beber água e de levantar da cama. As enfermeiras não a permitiam levantar nem para ir ao banheiro e só a mandavam esperar.

*Quando deu umas duas horas que elas [enfermeiras] mandaram eu esperar, eu falei: - Eu vou levantar agora, por favor! E aí eu levantei e fui pro banheiro e só estava eu e o meu marido no banheiro. E eu comecei a fazer força, sabe? E meu marido começou a achar que aquilo estava muito estranho e começou a me puxar pra cama de volta. Ele me puxando de um lado e eu puxando de outro, deixa eu aqui! Ele começou a perceber que o bebê ia nascer.*

Desse momento em diante, Daniela foi levada para a sala do parto e lá teve que assinar documentos que ela nem soube dizer do que se tratava. Acreditou ter se tratado de autorizações diversas. Posteriormente, foi anestesiada e sentiu-se melhor em relação às fortes dores. Na mesa de parto, teve seus braços e pernas amarradas, foi submetida a uma episiotomia. Teve sua solicitação negada de poder amamentar a filha, assim que a mesma nascesse. Daniela relatou que estranhou alguns detalhes, na forma em que se processou o seu parto.

*Eu achei algumas coisas estranhas, eu me senti um pouco estranha, **ficar com as pernas amarradas, aquelas fivelas de couro, aquilo me pareceu tão violento, né? E as pernas abertas, né? Aquela posição ginecológica eu pensei, nossa que posição humilhante. Pensei comigo, né? E o mais interessante é que eu só percebi que a minha filha nasceu, porque a médica falou a hora, seis e cinquenta e seis, aí eu falei, nasceu? Ou seja, eu fui a última a ser informada de que ela havia nascido, sabe? Aí eu fiquei***

*tentando olhar. Aí ela disse: - Ah! Nasceu, levanta pra ela ver! Foi alguns detalhes estranhos, não muito legal, né? Que te colocam em uma posição secundária.*

## **1.2 Principais tópicos marcadores da experiência gestacional e do parto**

### **1.2.1 Idealização do parto e da assistência**

Daniela relata que teve muito medo durante a sua gestação, devido à apreensão que existia pelo quadro clínico do diabetes, e que somente buscou informações sobre a melhor via do parto. Ela optou pelo parto normal. Relatou que vislumbrava um parto semelhante ao que assistia em um canal fechado sobre maternidade, porém afirma que devido ao medo, não conseguiu sonhar muito.

*(. . .) sabe o que eu fazia, era assistir aquele programa Maternity no Discovery Home and Health, é todo sábado. Eu assistia a esse programa e morria de tanto chorar, e sonhava sim que fosse alguma coisa parecida com aquilo, mesmo que tivesse dor, mesmo que tivesse dificuldade, eu queria o parto normal e eu sonhava com isso, não me permitia sonhar com muitos detalhes porque eu tive muito medo, sabe?*

Ao refletir sobre o tipo de assistência que receberia no parto, Daniela mencionou que criou uma expectativa em relação ao amparo e apoio que receberia de sua médica obstetra. Imaginou que compartilharia com ela a alegria do nascimento de sua filha.

*- Poxa, eu imaginei que estaria com minha médica do meu lado, essa expectativa eu criei, tendo o amparo dela. Jamais imaginei que ela fosse me tratar com tanta frieza, com tanta crueldade no dia do nascimento da minha filha. Pensei que iria compartilhar com ela a alegria pelo nascimento, com o apoio dela.*

### **1.2.2 Conhecimento do discurso da humanização**

Daniela relata que só tomou conhecimento do movimento social pela humanização no parto depois do nascimento de sua filha, através de uma amiga que a

apresentou a um grupo na rede social denominado "Cesárea? Não, obrigada!". Antes disso, ela não havia significado a própria experiência como violência obstétrica. Ela afirmou que pensou em processar a médica por assédio moral, por ter se sentido lesada de alguma forma, mas que não deu prosseguimento a essa possibilidade. Começou a acompanhar o grupo pela internet e a aprofundar os conhecimentos acerca da humanização no parto, e ao assistir um vídeo sobre a violência obstétrica, foi se dando conta de que o que aconteceu com ela, acontece com outras mulheres.

### **1.2.3 Mudança na posição do Eu**

Daniela relatou que se sentiu tocada pela causa, por ver pessoas passando pelo que ela passou sem se dar conta. Revelou que as lembranças da sua experiência ainda a incomodam. Porém, afirmou que se mantém estudando o tema da violência obstétrica, no desejo de dar seguimento a seus estudos acadêmicos, objetivando fazer mestrado sobre a violência obstétrica. Percebeu-se transformada, não só pela experiência da violência sofrida em si, mas também pela própria maternidade. Refletiu que se tornou uma pessoa mais forte, mais confiante nas próprias decisões e que o protagonismo acabou fazendo parte de sua vida como mulher e como mãe.

*(. . .) eu não sei se essas coisas, que só esse fato me mudou ou a maternidade em si ela transforma a gente (. . .) Eu acho que eu sou uma pessoa mais forte e confio mais nas minhas decisões, né? Poxa, não tinha ninguém me apoiando ali, né? Hoje em dia como mãe eu sou assim, eu acredito que algo é bom para minha filha, então eu farei daquela forma que eu acredito. O protagonismo, né? Ele acaba fazendo parte da minha vida como mulher e como mãe.*

## **1.3 Análises dos episódios**

### **1.3.1 Busca de recursos simbólicos para organização da experiência no futuro**

Com o propósito de dar sentido ao evento do parto e minimizar as suas ansiedades frente a um futuro incerto, Daniela buscou construir recursos simbólicos

juntamente com a sua médica. Isso ocorria quando Daniela trocava informações com a obstetra, nas consultas de rotina. Nesses momentos, a parturiente revelava o seu desejo pelo parto normal. Foram nessas ocasiões também que o processo de construção de uma imagem projetada para o seu futuro se iniciou.

*(. . .) eu sempre quis fazer parto normal, então eu sempre tive essa expectativa em relação ao parto normal. Durante todo o preparo do pré-natal, sempre perguntando pra médica será que dá? Como que é? E as informações vêm muito poucas (. . .) As médicas são sempre muito evasivas.*

Daniela não se limitou apenas a troca dialógica com a sua médica, buscou também outros recursos simbólicos disponíveis no meio cultural, visando se preparar para a incerteza do futuro. Nessa busca, Daniela tentou elaborar a ideia da dor, as formas possíveis do nascimento e o processo de trabalho de parto em si, através de um programa de TV em canal fechado (*Maternity* no *Discovery Home and Health*). Isso funcionou como recurso semiótico para uma organização subjetiva e construção de uma adaptação do *self*, para lidar com as várias incertezas no presente e fazer a projeção para o tempo futuro (Abbey & Valsiner, 2005).

Nos encontros com a obstetra, a imagem idealizada do evento do parto se construía gradativamente, porém, o fato de que se renunciaram complicações na gestação, provenientes do diabetes gestacional (mesmo que se mantendo controlado), despertou em Daniela o sentimento de medo e insegurança. Isso a deixou fragilizada, uma vez que sabia do risco de complicações tanto para ela como para o bebê.

Quando a médica sugeriu a Daniela realizar a cesárea na 38<sup>a</sup> semana, isto gerou nela muita incerteza sobre a real necessidade dessa intervenção em sua gestação, uma vez que ela estava com o quadro clínico controlado e tudo transcorria bem com a sua gravidez.

*(. . .) a médica falou que eu deveria fazer cesariana com 38 semanas, porque era muito perigoso o bebê permanecer dentro da barriga, apesar da minha diabetes estar totalmente controlada.*

*(. . .) e como eu não sabia se era verdade ou era mentira, eu resolvi confiar nela e torcer para eu entrar em trabalho de parto antes.*

Daniela decidiu acatar a voz da médica para a realização da cesárea na 38ª semana, porém relatou que torceu para que pudesse entrar em trabalho de parto antes do período determinado pela médica, pois, assim, vivenciaria o parto natural idealizado. Pode-se perceber na trajetória de Daniela uma experiência subjetiva de maneira dinâmica, através de um fluxo contínuo de *I-positions* do presente, como desejante do parto normal, e *I-positions* futuras, imaginadas por conta da possibilidade de ter que realizar a cesárea indicada pela sua médica. Porém, aliada ao seu posicionamento presente, ela torcia para entrar em trabalho de parto, antes do prazo estipulado pela obstetra. Nessa análise, o *self* emerge como uma instância habitada por diferentes *I-positions*, “vozes” que coexistem e veiculam diferentes perspectivas ao evento futuro (Hermans & Hermans-Jansen, 2003).

A figura 7, abaixo, ilustra as posições envolvidas na construção do significado do parto idealizado para o futuro, através das estratégias semióticas e da ambivalência instalada diante das tensões e contradições entre as vozes do *self*. Na segunda parte da figura, as duas posições são “internas”, sendo que uma delas é dominante (a do parto normal).

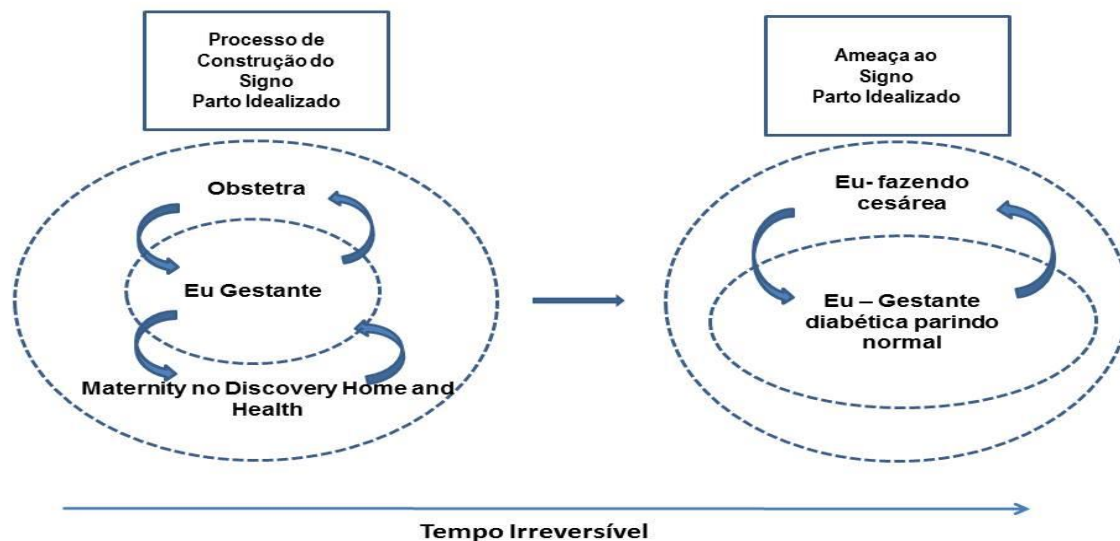


Figura 7. Posições envolvidas na construção do significado do parto idealizado.

Nesse bloco de episódios, considerando um dos pressupostos básicos da Teoria do *Self* dialógico, referente a sistemas abertos em constante relação de trocas com o ambiente, foi possível perceber o movimento no âmbito do *self* (coerente com o



pressuposto de uma dinâmica semiótica), evidenciado pelas diferentes vozes em diálogo, na busca pela construção de signo para orientar a trajetória parturitiva no futuro. Especialmente após a determinação da médica para a realização da cesárea na 38ª semana, o *self* emerge com diferentes vozes, que veiculam diferentes perspectivas ao evento do parto.

### 1.3.2. Experiência do parto

Na experiência do parto, novas tensões surgiram no *self* de Daniela. Ela teve uma intercorrência por bolsa rota e iniciou a perda de líquido, sem entrar em trabalho de parto. Fazendo contato com a médica, foi orientada a se dirigir à maternidade. Lá chegando, passou pelo processo de exames e foi constatado que estava tudo bem com ela e com o bebê. Entretanto, a voz externa da médica afirmava que o parto seria por cesárea. Do ponto de vista da teoria do *self* dialógico, pode-se afirmar que nesse contexto surgiu uma tensão entre vozes opostas do sistema do *self*.

Nessa dinâmica dialógica do *self*, podem ser identificados momentos inovativos na experiência de Daniela, quando ela se afirma em oposição à voz externa que tentava monopolizar e silenciar as demais vozes. Isso aconteceu antes que a voz externa da médica se constituísse hierarquicamente superior às demais vozes do sistema do *self* de Daniela.

Os momentos inovativos surgem, na tentativa de combater a constituição de uma *I-position* monopolizadora da configuração do sistema do *self*. Para os autores Cunha, Gonçalves e Valsiner (2010), Meira (2009), Gonçalves, Santos e Matos (2010), e Ribeiro e Gonçalves (2010), no processo de emergência de inovação, é instaurada uma tensão ambivalente entre as vozes monopolizadoras (voz que domina a configuração do *self*) e vozes inovadoras (voz que rebate e contradiz, questiona a voz monopolizadora).

No contexto de Daniela, a partir do momento em que ela questionou e rejeitou a voz médica que tentava silenciar a voz interna elaborada por recursos semióticos, na sua trajetória gestacional, podemos considerar que ocorreram momentos inovativos de reflexão e de ação. No surgimento de IMs de reflexão, Daniela revelou pensamentos que propõem uma outra perspectiva em relação à voz externa, o que lhe permitiu questionar, desafiar e contradizer a tentativa de dominância da voz médica. Já no momento inovativo de ação, Daniela assume um posicionamento desafiador e questionador, para contestar a posição da voz da médica.

*(. . .) Não! Peraí. Eu quero entender porque vai ser cesárea? Liga pra médica... e aí eu comecei a questionar a médica assim, 'apertei' ela de todas as formas para que ela me explicasse com argumentos claros porque eu não podia esperar? Quais os riscos de esperar e porque eu não podia esperar, se estava tudo bem comigo e com o bebê?*

Daniela tentou organizar as informações capturadas do seu ambiente, refletindo sobre as incoerências da voz médica, ao mesmo tempo em que observou os diagnósticos clínicos dela e do bebê, que estavam bons, e que havia sido fornecido pela equipe da assistência ao parto. Além disso, Daniela também refletiu sobre a atitude médica em não responder aos seus questionamentos, quando ela tentava estabelecer um diálogo com a médica visando compreender os riscos e as razões pelas quais ela deveria fazer a cesárea, como pode ser observado na narrativa que se segue:

*(. . .) mas aquilo não bateu, sabe? Porque outras pessoas esperam? O que as enfermeiras tinham me dito é que estava tudo bem.*

Nessa tensão entre vozes, a voz médica provocou uma intensificação da ambivalência, devido à incoerência das informações e uma ruptura na trajetória parturitiva de Daniela, marcando, nessa trajetória, um ponto decisivo em que a pessoa tem que desenvolver novas redefinições pessoais, ancoradas em sua cultura pessoal (Cowan, 1991; Zittoun, 2004, 2006, 2009, 2012).

*Se você quiser, você faça com o médico plantonista, porque a minha indicação é cesárea. Então, assim, ela me cortou e eu não acreditei.*

Nessa situação, Daniela se encontrou em um ponto de bifurcação entre dois caminhos: seguir a indicação por cesárea ou manter-se com sua posição pelo parto normal com o médico plantonista. A tensão e a ambivalência aumentaram fortemente e Daniela buscou outras vozes (do esposo e de Deus), para tomar sua decisão.

*(. . .) eu virei pro meu marido e perguntei: O que é que você acha? Ele disse: - Bom, é você quem tem que decidir. Eu olhei para o céu e perguntei para Deus: - Senhor o que é que eu vou falar? E a resposta veio imediata, pois uma das enfermeiras virou para mim e falou assim: - Olha, Daniela, o*

*médico que está de plantão é excelente, ele é uma sumidade em obstetrícia e ele faz seu parto normal se você quiser.*

A voz da enfermeira encorajou Daniela a manter-se aliada ao signo do parto idealizado e a fez buscar com o médico plantonista a realização do parto normal. Assim, a voz da enfermeira foi interpretada como uma resposta de Deus, tornando-se, a partir daí, uma voz significativa, ao mesmo tempo em que se unia às suas vozes internas. Daquele momento em diante, essas vozes ganharam posição hierarquicamente superior, no âmbito do *self* de Daniela, o que fez com que ela seguisse a orientação da enfermeira como resposta de Deus:

*Aí foi a minha tábua de salvação, né? De confiar num desconhecido e dispensar aquela conhecida em quem eu perdi a confiança. Decidi apostar no desconhecido que estaria disposto a fazer a minha vontade.*

A figura 8, abaixo, ilustra os elementos envolvidos na dinâmica multivocal dialógica do *self*:



*Figura 8.* Elementos envolvidos na dinâmica multivocal do *self* dialógico.

Nesse bloco de episódios da experiência no parto, pode-se perceber como o sistema que atuava como organizador da trajetória de Daniela, a posição de Eu dominante (Eu-parindo normal), ficou ameaçado diante da atitude da médica, que tentou conduzi-la a uma cesárea sem uma evidência real da necessidade da intervenção no processo de parto. Com isso, Daniela demonstrou uma busca de razões em seu ambiente e nas trocas dialógicas com outros sociais (enfermeiras, própria médica e a própria

observação do seu quadro clínico) que justificassem a necessidade da cesárea. Nessa circunstância, momentos inovativos de reflexão e ação a conduziram a um posicionamento questionador para com a médica, a fim de obter as razões pelas quais estava sendo imposta à cesárea. A atitude da médica, em resposta a ação de Daniela, a obrigou a fazer uma escolha entre se manter com a médica assistente e se submeter à imposição da cesárea ou fazer o parto normal com o médico plantonista. Nesse momento, os modos de ajustamentos e o senso de continuidade do *self* foram interrompidos, marcando uma ruptura na trajetória parturitiva de Daniela. Assim, ela teve que fazer uma nova redefinição pessoal, ancorada na sua cultura pessoal, a fim de produzir ajustamentos e reparação na dinâmica do *self*. Uma ambivalência, então, foi instalada, colocando Daniela em um ponto de bifurcação, no qual ela teria que decidir entre dois caminhos: a sujeição ou o protagonismo.

### **1.3.3 Significação da violência obstétrica e mudanças de *I-positions***

Daniela iniciou seu processo de reconstrução do significado da sua experiência a partir de uma amiga, que por meio de recurso semiótico do contexto cultural, a informou sobre um grupo virtual denominado “Cesárea? Não, obrigada!”. Daniela se interessou por esse projeto e foi aprofundando o seu conhecimento sobre o discurso da humanização do parto e nascimento. Nesse processo de reconstrução de significado, é perceptível a forma como Daniela contrasta o que ela projetou para o seu parto e o que ela vivenciou no seu processo parturitivo, por exemplo, abandono, ameaças, desinformação, rispidez, dentre outros. Como pode ser percebido na própria narrativa de Daniela, que segue abaixo:

*Poxa, eu imaginei que estaria com minha médica do meu lado, essa expectativa eu criei, tendo o amparo dela. Jamais imaginei que ela fosse me tratar com tanta frieza, com tanta crueldade no dia do nascimento da minha filha. Pensei que iria compartilhar com ela a alegria pelo nascimento e contar com o apoio dela.*

Daniela relatou que, ao assistir ao documentário “Renascimento do Parto”, ela pôde se dar conta da violência obstétrica que havia vivenciado em sua trajetória parturitiva e nas de outras mulheres.

*Olha gente! Isso não aconteceu só comigo, isso é uma coisa que acontece todos os dias!(. . .) Eu não conhecia a expressão de Violência Obstétrica.*

Assim, as vozes de outros sociais (amiga, sites, documentários, relatos, dentre outros) contribuíram para a emergência semiótica de uma nova significação da experiência – violência obstétrica, substituindo a significação anterior - assédio moral.

*Eu sabia que eu tinha vivenciado um assédio moral, né?(. . .) Eu tinha sido lesada de alguma forma. Alguns familiares me aconselharam e me sugeriram levar à justiça, a processar por danos morais. Eu não conhecia a expressão de Violência Obstétrica.*

Mudanças significativas se efetivaram no posicionamento subjetivo de Daniela em relação a si, percebendo-se na esfera intrapessoal mais forte, mais confiante e mais assertiva na vida e na prática da maternidade, como fica evidenciado abaixo:

*(. . .) eu acho que eu sou uma pessoa mais forte e confio mais nas minhas decisões, né? Poxa, não tinha ninguém me apoiando ali, né? Hoje em dia como mãe eu sou assim, eu acredito que algo é bom para minha filha, então eu farei daquela forma que eu acredito. O protagonismo, né? Ele acaba fazendo parte da minha vida como mulher e como mãe.*

As mudanças ocorreram também no âmbito profissional, a partir do momento em que Daniela afirmou que projetava para o futuro o estudo da violência obstétrica como tema de seu mestrado, como pode ser observado no episódio a seguir:

*(. . .) eu gostaria de fazer o mestrado, e eu gostaria muito de ter a oportunidade de fazer com esse tema, é um tema sobre o qual eu tenho lido, espero encontrar um orientador que se interesse né?.*

Analisando esses episódios, percebe-se que Daniela revelou compreensão da sua trajetória gestacional e parturitiva, e de como a significação da sua experiência contribuiu para mudanças na sua nova forma de agir e de ser. Essa nova significação foi relevante para a construção de novos projetos, com perspectiva para o futuro em diferentes esferas da vida (intrapessoal e profissional). Isso teve como consequência uma nova reconfiguração do sistema do *self*, que expandiu sua transformação da esfera do parto e maternidade para outras esferas de seu senso de *self*.

## **2.0 Caso Milena - nome fictício (entrevista 07)**

Enfermeira, 35 anos, casada e mãe de uma filha de sete anos, com pouco conhecimento prévio a respeito do discurso da humanização.

### **2.1 Apresentação do caso**

Milena teve uma filha de sete anos de parto normal em rede pública e relatou que a sua primeira experiência havia sido muito boa, enaltecendo algumas situações desse momento, tais como: possibilidade do contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento e a realização da amamentação nas primeiras horas de vida de sua filha. Quando engravidou da segunda filha, iniciou o pré-natal já deixando claro para o seu médico que não queria apenas um parto normal (via vaginal) e sim um parto natural (proporcionado com intervenções mínimas no processo do parto). Durante as consultas, médico e paciente conversaram muito sobre os desejos de Milena e fizeram um plano de parto (um registro da mulher sobre seus desejos referente ao seu parto). Entretanto, quando ela estava na 24ª semana, o médico começou a colocar alguns empecilhos para a realização das escolhas de Milena pelo parto natural, tentando conduzi-la à realização de uma cesárea.

*“... ele [médico] dizia que eu não ia ter dilatação, que a minha placenta estava envelhecida, enfim, e foi tentando fazer a minha cabeça pra cesárea. Que a gente deveria marcar uma cesárea!”*

Prosseguindo no pré-natal, quando Milena estava na 32ª semana, em consulta com o seu médico, ele mais uma vez insistiu com os mesmos argumentos para a realização da cesárea (placenta envelhecida) e definiu que a cesárea seria realizada quando Milena entrasse na 36ª semana. Com esse objetivo, o médico prescreveu uma medicação para amadurecimento do pulmão do bebê. Porém, Milena saiu do consultório decidida a trocar de obstetra e a não tomar nenhuma medicação, que lhe havia sido prescrita.

*Eu fiquei indignada com aquilo e falei: - Eu não quero isso pra mim! Não tomei medicamento nenhum, vim pra casa chorando muito e aí eu falei: E agora? O que é que eu vou fazer?*

Milena relatou que daquele dia em diante ficou sem saber o que fazer, e naquela altura da fase gestacional em que se encontrava, tentou buscar outro acompanhamento médico. Nesse tempo, conheceu uma enfermeira obstetra (parteira urbana) e um médico adepto do movimento pela humanização do parto. Ela relatou que simpatizou muito com a parteira e começou a discutir com ela sobre parto domiciliar. Aos poucos foi se apaixonando pela ideia, no entanto relatou uma insegurança em relação ao parto domiciliar:

*Eu tinha um pouco de medo, ainda que pra mim fosse muito bonito, mas era novo, pra mim era uma novidade, mas a gente começou a trabalhar isso, mas por conta desse medo eu acompanhei com médico também, disse pra ele o que eu queria fazer e a opção foi: nós podemos fazer um parto natural hospitalar e ficou acertado que a gente faria dessa forma.*

Nas consultas com o novo médico, Milena e ele planejaram o plano de parto, que constava a realização do parto natural de cócoras, dentre outros detalhes. Assim, decidiram pelo parto natural hospitalar. Milena construiu a imagem do seu parto e se sentia preparada para enfrentar a dor, a qual já conhecia, e também descreveu que na época sentiu-se muito feliz e com grande expectativa para vivenciar seu segundo parto.

*Fui às consultas, falamos sobre as posições do parto, eu falei pra ele que eu queria fazer um parto de cócoras e tal e enfim, eu já muito preparada*

*sabendo da dor que eu ia passar, mas que eu estava preparada e feliz. Feliz com o que ia acontecer, muito feliz! E tudo ficou acertado que a gente faria dessa forma: parto natural hospitalar.*

Milena relatou que três dias antes do seu parto, ela começou a sentir os pródomos (contrações iniciais de treino), começou a perder o tampão mucoso e já sabia que a hora do nascimento de sua filha estava chegando. Milena relatou que passeando no shopping com esposo e filha, começou a perder líquido, retornou para casa e ligou para a sua parteira, que a acompanharia no trabalho de parto em casa até a hora de ir para a maternidade. Porém, naquele dia a parteira estava em outra cidade. Ela informou a Milena de que ela deveria estar com o quadro de bolsa rota e por esse motivo estava perdendo líquido aos poucos. Recomendou o uso de vitamina C e caso sentisse necessidade, fosse ao hospital para avaliar o bebê. Porém, Milena percebeu algo na fala da parteira:

*(. . .) liguei pra ela e ela falou muito séria. Sua bolsa pode ter rompido, é, mas rompeu alta e por isso você está perdendo líquido em poucas quantidades, mas fica tranquila, toma vitamina C e se você achar que deve ir pro hospital, você vai só pra avaliar o neném.*

Daquele momento em diante, Milena relatou que iniciou um dilema entre ir ou não à maternidade, sem ter dado início ao trabalho de parto. Porém, foi à maternidade e lá teve um bom atendimento pelo médico obstetra de plantão e constatou que realmente ela estava com bolsa rota. Imediatamente o médico indicou internamento, alegando riscos à vida do bebê, mas Milena decidiu que iria aguardar entrar em trabalho de parto em casa:

*(. . .) imediatamente ele [médico plantonista] quis me internar e eu recusei. Recusei a internação. Eu falei pra ele que não! Que eu queria ter parto natural e que eu só ia pro hospital no momento certo. Ele até me questionou: - Qual o momento certo? Eu vou saber o momento certo. A minha intenção era ir pro hospital com 7 ou 8 centímetros de dilatação, eu ia fazer o pré-parto em casa. Aí ele começou a discutir comigo que era uma irresponsabilidade muito grande, porque eu estava com bolsa rota, que eu*



*correria o risco de infecção e que eu podia colocar meu bebê em risco. E eu bati o pé, eu falei que não ia ficar internada, eu sabia o que estava fazendo. E aí ele disse que eu deveria assinar um termo de recusa de tratamento pra que eu saísse do hospital, e isso eu fiz.*

Milena relatou que voltou para casa e seguiu as indicações da parteira, fazendo uso de bastante líquido e de vitamina C. Porém, às 3h da manhã, o obstetra de Milena ligou muito bravo, chamando-a de louca por não ter se internado. Recomendou que ela ficasse em jejum para ser internada imediatamente às 7 horas da manhã e que ele a estaria esperando. Ainda assim, ela se mostrou relutante:

*(. . .) eu falei pra ele [médico] que não! Novamente voltei à conversa que a gente [Milena e o obstetra] tinha falado que eu ia pro hospital com 7ou 8 centímetros de dilatação e que eu não iria pra o hospital naquele momento. Mas ele começou a me amedrontar muito, e eu me senti pressionada psicologicamente e chorava, chorava, chorava. Me dava um desespero muito grande, eu olhava pro meu marido e toda aquela felicidade que eu tava, sabe? Aquela ansiedade, nossa! Vou fazer o parto que eu queria, acabou. E eu fiquei com muito medo. E ele falava: - Oh, você está colocando sua filha em risco, você quer fazer isso? Colocar sua filha em risco? Não pode, é muita irresponsabilidade, você é louca! Enfim, ele foi falando, falando, falando e eu fiquei com muito medo. E ele me pediu pra ir ao hospital 7h da manhã e que ele estaria lá. Mas ainda assim, eu falei: - Tudo bem, eu vou pra lá, mas a gente vai fazer o parto natural. [Fala do médico] - Não, nós vamos fazer o seu parto natural”.*

Chegando ao hospital, Milena relatou que foi atendida por outra médica plantonista, que realizou exame de toque e exame para verificação dos batimentos cardíacos do bebê, a fim de verificar a possibilidade de sofrimento fetal, porém tudo estava bem. Milena foi internada pela intercorrência da bolsa rota, ligou para o seu médico e este a informou que estava a caminho do hospital. O médico chegou às 13h e já foi informando a Milena que havia conversado com o diretor do hospital e que teria que realizar a cesárea.

*Quando meu médico chegou, já 1 h da tarde, ele falou assim: - Conversei com o diretor do hospital, conversei com mais não sei quem, e ele falou assim: - A gente não pode esperar mais, eu vou ter que fazer sua cesárea. Eu falei, não! Não vou fazer cesárea, não quero fazer cesárea. Eu quis sair correndo do hospital. - Não tem como, a gente tem que fazer sua cesárea porque o protocolo do hospital é esse. Se você tá com 12h de bolsa rota, o hospital tem que fazer sua cesárea, porque senão, o hospital vai ter que responder por isso.*

Milena relatou que tentou argumentar, que mesmo com 12 horas de bolsa rota, estava tudo bem com o bebê, na tentativa de sustentar a escolha pelo parto natural.

*(. . .) isso é um absurdo, eu tô com 12 h de bolsa rota, mas a minha filha tá bem, os batimentos cardíacos estão bons e isso é determinante pra dizer se vai precisar de cesárea ou não. Não preciso de cesárea! Aí ele disse assim: - Olha, fica aí, conversa um pouquinho com seu marido, pensa um pouquinho, daqui a pouco eu volto. E eu fiquei lá falando pro meu marido, eu não quero! Eu não quero! E quando ele desceu, ele já não perguntou mais pra mim e ele falou assim: - Nós vamos fazer sua cesárea! Nós vamos fazer sua cesárea, porque você já está mais de 12 h de bolsa rota e o protocolo do hospital não permite isso. Se eu fizer isso, eu vou estar sendo negligente com o hospital e nós temos que fazer sua cesárea porque senão, você vai colocar novamente sua filha em risco.*

Nesse momento, Milena relatou que ficou desesperada e não sabia mais o que fazer, olhou para o marido e perguntou o que eles fariam. Disse que o medo a atingiu. Assim, decidiu permitir a realização da cesárea, porém, tentou acordar com o médico sobre o desejo de ter a filha nos braços após seu nascimento:

*(. . .) E aí eu pedi então pra ele, que mesmo fazendo a cesárea, que minha filha quando nascesse viesse para os meus braços. E ele disse assim pra mim: - Não, porque você vai estar coberta de panos e você não vai poder. Aí eu falei: - Não, mas ela nasce, não tem problemas, a gente tira o pano.*

*Eu quero minha filha comigo, eu quero que ela sinta a minha pele. Tudo bem, conversamos, aí foram me buscar.*

Milena relatou que chegou ao centro cirúrgico chorando muito, sem conseguir se controlar, e seu esposo ficou aguardando fora da sala de parto, sem saber o que estava acontecendo. A anestesia demorou a ser ministrada, devido ao estado emocional da parturiente. Quando conseguiu ser anestesiada, Milena teve seus braços imobilizados e sentiu-se totalmente sujeita à equipe da assistência, e descreveu ter vivenciado uma mistura de frustração e medo. No início da cirurgia, Milena relatou que percebeu a ausência do marido e que a equipe havia esquecido de chamá-lo.

*(. . .) deram a anestesia, me colocaram, né? Totalmente a mercê deles, porque eles me amarraram, eu pedi para não me amarrarem, mas eles amarraram os meus braços. E o anestesista ainda disse assim, brincou né? É pra você não esquecer e colocar a mão na sua barriga. Eu falei, então você me desamarra quando minha filha nascer?[Fala da equipe da assistência] Não, a gente desamarra você. E assim eu tava com tanto medo, era uma mistura de medo, frustração comigo e fiquei. Aí o médico obstetra entrou e começaram, né? A fazer os procedimentos. De repente eu falei, cadê o meu marido? Esqueceram de chamar meu marido, então quando já estava quase nascendo foram lembrar, aí eu falei cadê o meu marido? Eu não sabia, eu não tava vendo nada. Aí chamaram, ele entrou, ele até viu que já estava terminando o corte, aí ele ficou do meu lado o tempo todo, aí quando foi 15h, 3h da tarde eu escutei assim: Nasceu!*

Milena relatou que naquele momento ela refletiu que a filha não havia nascido e sim, havia sido retirada de dentro dela.

*(. . .) eu pensei assim: - Não nasceu! Tiraram ela de mim, arrancaram e eu não vi minha filha, eu vi passando ela pro berço, fizeram os procedimentos que eu não queria que fizessem. Aí enrolaram ela, trouxeram ela pra perto de mim e do meu marido, tiraram foto e acabou!*

Desse momento em diante, Milena pediu para o marido acompanhar o bebê e ela ficou na sala cirúrgica até o término da sutura da cirurgia. Após a conclusão, o médico a beijou e disse que estava tudo bem, mas ela emocionalmente não achava que estava bem:

*(. . .) aí depois que fecharam a cirurgia, disseram assim pra mim, o médico veio, deu um beijo no meu rosto e disse assim: - Tá tudo bem! Eu falei: - Não, não tá bem. Não tem nada bem! Ele foi embora, tipo assim, você, você é mais uma.*

Milena relatou que quando estava sendo conduzida para a sala de recuperação, a técnica de enfermagem a informou que o bebê não ficaria com ela, porque ele estava no berçário e não tinha profissional para levá-lo até ela.

*(. . .) Eu falei: - Eu vou pra sala de recuperação, eu não vou ter minha filha? Eu não vou poder amamentar a minha filha? A técnica falou: - A gente não tem funcionário mãezinha, a gente não tem funcionário pra levar sua filha! E aí eu fui pra recuperação, naquela agonia, mas eu não podia fazer nada, não tinha como andar. Eu fiquei na sala, não tinha ninguém na sala. Tinha uma mãe do meu lado que tava com o bebê e eu. Não tinha ninguém da enfermagem, não tinha ninguém! E o tempo foi passando e o tempo foi passando, passava um, passava outro e eu pedia pelo amor de Deus para pegar minha filha, mas parecia que eu estava falando sozinha e eu comecei a gritar. Eu tava tão desesperada que eu comecei a gritar, eu falei: - Eu quero minha filha! Eu quero minha filha! Já imaginando que alguma coisa tivesse acontecido com ela, porque eu via outras mães com as bebês e a minha filha não tava lá e ninguém me passava informação, ninguém falava nada, ninguém me ouvia.*

Milena relatou que se passaram quase três horas na sala de recuperação sem informações e por não aguentar a angústia dentro de si, tentou se levantar, mesmo sem sentir totalmente as pernas. Ela levantou o tronco e puxou as pernas para sair da cama e quando estava quase saindo da maca, chegou uma enfermeira e perguntou se ela estava louca. Ela disse que respondeu que estava querendo sair correndo daquele lugar.

Colocaram-na em outra maca e a deixaram em frente ao elevador por vinte ou trinta minutos, aguardando o profissional que a levaria para o quarto. Quando Milena estava chegando ao quarto, avistou o marido em frente ao berçário e uma auxiliar fez um questionamento que a deixou extremamente nervosa:

*(. . .) na hora que eu estava chegando, eu vejo o meu marido em pé, aquela cena pra mim, eu achei assim, meu marido em pé na frente do berçário, eu não estava entendendo aquilo, aí a auxiliar falou assim: - Sua filha teve um problema respiratório, né? Eu falei: - O quê?! E já me bateu de novo o desespero, eu olhei pro meu marido e falei: - Cadê a minha filha? Aí ele disse assim, nossa filha tá ali! (. . .) depois eu fui saber que na verdade minha filha não teve nada, quem teve foi uma outra bebezinha que nasceu e realmente teve um problema respiratório, precisou fazer reanimação e tudo. E aí, eu não sei por que que ela falou isso pra mim.*

Milena relatou a necessidade emocional de ver e pegar a filha no colo, de poder amamentá-la nas primeiras horas, ao mesmo tempo, descreveu seu estado emocional abalado por tudo que aconteceu com ela. Milena descreveu o momento em que trouxeram o bebê para o quarto e não deram a ela nenhum suporte emocional e nem orientação para a primeira mamada:

*(. . .) passou uns dez minutos, aí entrou uma auxiliar de enfermagem com a minha filha no berço, ela chorando muito, chorando muito. Aí ela vira e fala assim pra mim: -Toma mãe, aproveita e dá de mamar pra ela, porque ela está se esgoelando de fome. E deixou ela lá no berço. E aí meu marido pegou minha filha, eu peguei, mas eu estava tão agoniada com tudo o que tinha acontecido que eu não conseguia amamentar, nem colostro eu tinha e eu fiquei muito desesperada.*

## **2.2 Principais tópicos marcadores da experiência gestacional e do parto**

### **2.2.1 Idealização do parto e da assistência**

Milena relatou que imaginou uma assistência com profissionais mais preparados para acolher, ajudar, orientar e que tivessem mais carinho no contato humano. No que se refere ao nascimento de sua filha, ela afirmou que criou uma expectativa com relação ao seu médico, de que ele a apoiaria por conhecer os seus desejos e plano de parto.

*(. . .) Imaginava assim, ter a minha filha e ela vir direto pro meus braços e eu poder amamentá-la na primeira hora mesmo de vida, e que o médico estivesse ali comigo... **Eu esperava muito mais do meu médico** que me apoiou, né? Eu sei que foi pouco tempo porque eu fui com 36 semanas, minha filha nasceu com 40, né? Então ele teve muito pouco tempo, **mas ele sabia o que eu queria**, então eu gerei uma expectativa, assim, muito grande em cima dele, ele vai passar por cima de qualquer coisa independente de protocolo de hospital. Esperava que ao menos dentro de uma maternidade renomada, que é a principal maternidade daqui, que os profissionais estivessem mais preparados pra te acolher, pra te ajudar, orientar, que tivesse mais carinho, mais contato humano, o que foi completamente diferente.*

### **2.2.2 Conhecimento do discurso da humanização**

Milena relatou que, pela sua formação em enfermagem, já conhecia o discurso da humanização, mas não tinha tanto domínio do assunto e só após a experiência do seu segundo parto, foi que ela buscou aprofundar seus conhecimentos referentes à humanização do nascimento e parto.

*(. . .) Eu já conhecia, mas eu nunca tinha me aprofundado muito, né? Eu ouvia falar, **eu não conhecia, eu ouvia falar. Eu fui conhecer mesmo, depois do que aconteceu.** Eu fui me aprofundar, que eu fui buscar informações, que eu fui conhecendo outras pessoas, inclusive pessoas que eram do meu meio de faculdade e que eu retomei contato. Então, assim, eu ouvia dizer, mas eu não sabia o quanto isso estava acontecendo e como estava acontecendo.*

### 2.2.3 Mudança na posição do Eu

Milena relatou que, após a sua experiência, começou a se aprofundar na questão da humanização do parto e a participar de fóruns, visando ajudar outras mulheres, para que elas não fossem obrigadas a passar pela mesma situação que ela vivenciou. No aspecto profissional, resolveu fazer uma especialização em obstetrícia, pois era um desejo antigo. Ela afirmou que depois de tudo que viveu, ficou mais determinada, muito forte em suas decisões, muito engajada e projetou para o futuro uma postura de determinação para ultrapassar todas as dificuldades e sacrifícios, a fim de atingir sua meta, que é a realização da especialização.

*(. . .) eu sempre quis fazer pós em obstetrícia, mas eu nunca conseguia, era por questões financeiras ou era por excesso de trabalho. Eu fui fazer outras pós, mas eu não fiz a que eu queria. **Mas depois que tudo isso aconteceu eu falei: - Para, para, eu preciso fazer o que eu gosto! Eu preciso fazer o que eu amo! Eu preciso ajudar mulheres a não passar pelo que eu passei! Eu tô muito firme, eu tô muito engajada nisso, que é uma coisa que eu quero e eu vou ultrapassar o que for possível para conseguir, pra atingir a minha meta. Por mais tempo que isso dure, por mais sacrifícios que eu tenha que fazer, eu tô muito determinada a continuar. Acho que talvez se não tivesse acontecido, eu uma hora ou outra iria fazer obstetrícia, mas não com tanta força, como tô fazendo agora! Isso me deu mais força pra eu poder mudar a situação de outras mulheres e a seguir o que eu realmente queria, né?***

## 2.3 Análises dos episódios

### 2.3.1 Busca de recursos simbólicos para organização da experiência no futuro

Ao longo da sua trajetória, Milena teve uma experiência anterior significativa, que a incentivou a projetar para a sua segunda gestação um parto não mais normal e sim natural. Percebe-se que houve uma influência de signos anteriores na trajetória de Milena, por exemplo, o signo do parto normal, que proporcionou a emergência de um signo com a função de signo promotor. Signo esse, que guiou a construção da imagem

do seu segundo parto, antecipando a experiência real projetada para o futuro. Os signos promotores, conforme enfatiza Valsiner (2012, 2004), são signos profundamente internalizados e operam como orientação pessoal, baseada em valores e sentimentos. A idealização do parto da segunda filha foi desenvolvida na reconstrução do evento simbólico (nascimento da primeira filha), que formou um sistema com presença de circunscritores para atuar como um organizador na predição do futuro, dando certa previsibilidade ao caminho que percorreria até o parto. Os circunscritores semioticamente estruturados especificam a fronteira do campo de significação, e cada um dos significados possíveis está incluído nesse leque de opções, que é fornecido pelo signo promotor. Aqui, o signo promotor é um parto maravilhoso, com base na primeira experiência de Milena.

*(. . .) Eu tenho uma filha de 7 anos, foi parto normal e pra mim foi maravilhoso (. . .), logo que ela nasceu já veio pros meus braços, ela ficou o tempo todo comigo. Então foi maravilhoso, ela ficou o tempo todo comigo, eu amamentei. (. . .) no começo (do pré-natal) eu deixei bem claro que eu queria não parto normal, mas eu queria parto natural e ele (obstetra) me apoiou. Nas consultas, a gente conversava muito sobre isso, eu tinha um plano de parto.*

Milena compartilhou com seu obstetra o desejo pelo parto natural e com ele foi construindo dialogicamente o plano de parto, pautado nos princípios da generalização abstrativa do signo promotor, isto é, a continuidade generalizante do *self*, que segundo Valsiner, “é produto da externalização de signos internalizados que começam a funcionar como signos promotores” (2012, p. 54).

A figura 9, abaixo, busca ilustrar a emergência do signo de “**parto maravilhoso**” com função promotora. Esse signo emergiu da experiência significativa na trajetória de Milena no passado, pela experiência do seu primeiro parto, em que ela teve o parto normal, pegou a bebê no colo ao nascer, amamentou nas primeiras horas e não se afastou do bebê após o nascimento dele. Esses eventos constituíram-se como bases para a construção da imagem do seu segundo parto, como uma versão generalizada de sentimentos e desejos envolvidos na relação de Milena e o nascimento. Porém, Milena abriu a possibilidade de um novo significado, dentro desse campo de idealização e significação, que foi o acréscimo do desejo pelo parto não mais normal e



sim natural. Isso revela uma variação do significado, ou seja, essa variedade inclui cada um dos pontos dentro dos circunscritores que especificam a fronteira do campo de significado (Valsiner, 2012, 2004). Aqui, esse campo de significado estava dentro do significado de um parto maravilhoso.

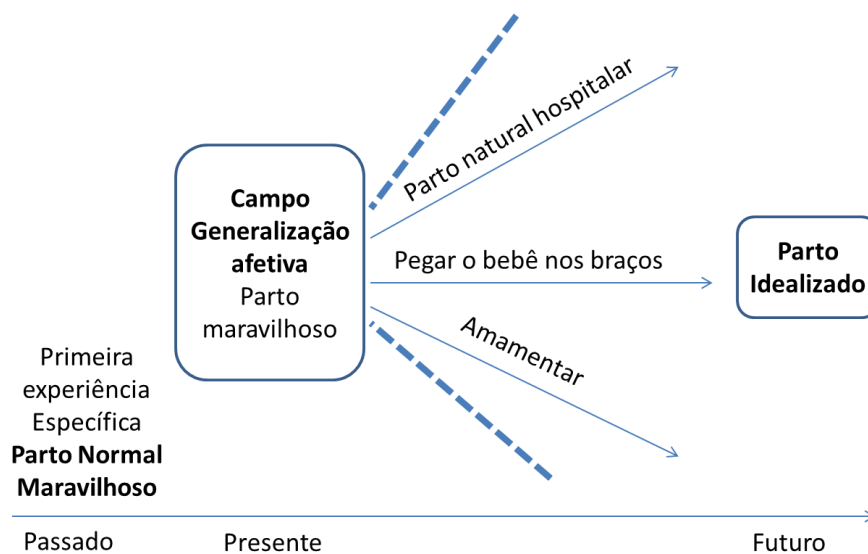


Figura 9. Emergência do signo de “parto maravilhoso” com função promotora.

Contudo, no decorrer do pré-natal, Milena relatou que o médico começou a colocar empecilhos para a realização do parto idealizado por ela, apresentando algumas justificativas ainda precoces, com o intuito de direcioná-la à cesárea. Afirmou Milena:

*Ele dizia que eu não ia ter dilatação, que a minha placenta estava envelhecida, enfim, foi tentando fazer a minha cabeça pra cesárea.*

As vozes (médico e paciente) antes alinhadas entraram em oposições, uma vez que a voz do médico tentava exercer uma dominância e subordinação à voz interna de Milena. Isso instalou uma tensão entre vozes internas e externas, promovendo a emergência de momento inovativo de ação, levando Milena a reagir contra as vozes do médico que estavam impondo a ela o caminho da cesárea. Assim, Milena interrompeu o acompanhamento com o médico que realizou inicialmente o seu pré-natal. Os momentos de inovação de ação constituem, aqui, reações e rejeições às orientações de significação da voz que tenta dominar e monopolizar a dialogicidade no sistema do *self*. Milena relatou que, após tentativas do primeiro médico em impor a ela a possibilidade da cesárea, ela resolveu não mais continuar o pré-natal com ele.

(. . .) com 32 semanas foi a última consulta que eu passei com ele, (. . .) porque ele disse que ia marcar a cesárea com 36 semanas, porque eu estava com a placenta envelhecida e que não ia ter jeito. Inclusive passou medicamento pra eu tomar pra amadurecer o pulmãozinho dela e um outro pra estimular as contrações, pra que eu fizesse o parto antecipado - a cesárea. Eu fiquei indignada com aquilo e falei: - Eu não quero isso pra mim. Não tomei medicamento nenhum, vim pra casa chorando muito e aí eu falei: E agora? O que é que eu vou fazer?

A figura 10, abaixo, representa os momentos inovativos de ação (IMs de Ação), no cenário da multivocalidade, no sistema do *self* que emerge na tensão entre *I-positions* contrapostas.

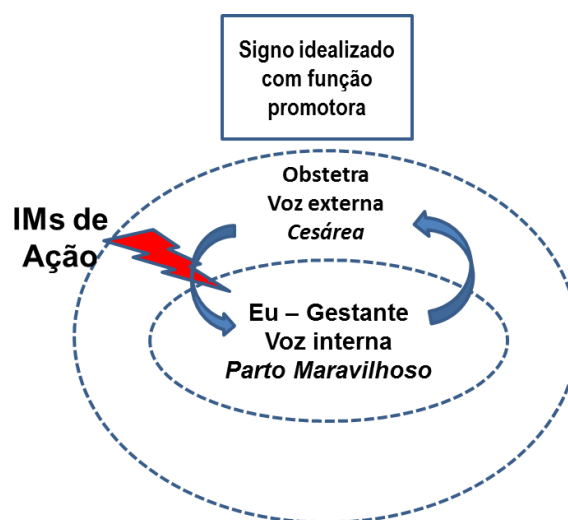


Figura 10. Momentos inovativos no sistema do *self*.

O que ocorreu na trajetória de Milena foi um empoderamento da voz interna do seu *self* e um reposicionamento diante da necessidade de tomada de decisão. Milena revelou não saber o que faria após ter deixado o seu médico obstetra, todavia, ela buscou outras possibilidades de acompanhamento na esfera da assistência ao parto, para ter respaldo em sua escolha, com base no signo promotor idealizado (parto maravilhoso).

*(. . .) comecei a entrar em contato com uma parteira. A gente começou a trabalhar sobre parto domiciliar e eu fui me apaixonando pela ideia, mas eu tinha um pouco de medo, ainda que pra mim fosse muito bonito, mas era novo pra mim. Era uma novidade e por conta desse medo eu fui acompanhada também por um médico também, que se dizia humanizado. Disse pra ele o que eu queria fazer. Disse minha opção pelo parto natural hospitalar e ficou acertado que a gente faria dessa forma. Fui às consultas, orientamos, falamos sobre as posições do parto eu falei pra ele que eu queria fazer um parto de cócoras e tal.*

Nesses episódios, percebe-se que o processo dialógico do *self* de Milena, na sua auto-organização, através da mediação semiótica do signo do parto maravilhoso com função promotora, formou um sistema circunscritor, que atuou como organizador da trajetória parturitiva dela. Os circunscritores serviram de base para Milena organizar suas ações, pensamentos, sentimentos, crenças e concepções referentes ao seu parto, delimitando, assim, zonas possíveis de novos significados dentro desse campo.

### **2.3.2 Experiência do parto**

Na experiência do parto de Milena, o fato de ter tido bolsa rota modificou a organização de seus planos projetados para aquele momento, marcando a trajetória parturitiva dela por uma ruptura. Ruptura, essa, em que a pessoa, assim como ocorreu com Milena, precisa desenvolver novas redefinições pessoais ancoradas na sua cultura pessoal, novas condutas, para produzir novidade e ajustamentos para a recuperação da estabilidade dinâmica do *self* (Cowan, 1991; Zittoun 2004, 2006, 2009, 2012).

Nesse momento, um ponto de bifurcação surge na trajetória de vida de Milena. Emergem tensões pela necessidade de decidir que caminho seguir, com base no signo forte já construído da imagem do seu parto. Isso gerou uma ambivalência em nível máximo, devido aos dois eventos opostos que poderiam acontecer: ficar no hospital e caminhar para um parto diferente do desejado *versus* voltar para casa e seguir o caminho traçado para o parto idealizado (parto maravilhoso – signo forte).

Milena assumiu voltar para casa e aguardar entrar em trabalho de parto, para depois seguir para o hospital. Posicionando-se, assinou a recusa de tratamento:

(. . .) ele [médico] fez exame e realmente constatou que eu estava com bolsa rota. Imediatamente ele quis me internar e eu recusei, **recusei a internação, eu falei pra ele que não, que eu queria ter parto natural e que eu só ia pro hospital no momento certo**, ele até me questionou: - Qual o momento certo? - Eu vou saber o momento certo! A minha intenção era ir pro hospital com 7 ou 8 centímetros de dilatação já, eu ia fazer o pré-parto em casa e aí ele começou a discutir comigo que era uma irresponsabilidade muito grande, porque eu estava com bolsa rota, que eu correria o risco de infecção e que eu podia colocar meu bebê em risco. **E eu bati o pé, eu falei que não ia ficar internada, eu sabia o que estava fazendo. E aí ele disse que eu deveria assinar um termo de recusa de tratamento, pra que eu saísse do hospital, e isso eu fiz!**

Às 3h da madrugada, quando o obstetra que acompanhava Milena ligou para ela, ela tentou dialogar com as vozes do médico, em relação ao que havia sido acordado entre eles para a realização do seu parto. O médico afirmou que realizaria o parto, conforme haviam planejado, mas que ela deveria ir ao hospital logo pela manhã.

No diálogo com o médico por telefone, Milena revelou ter percebido a emergência de um novo signo – cesárea, que destruiria o signo forte que ela havia criado anteriormente.

*Eu olhava pro meu marido e toda aquela felicidade que eu tava, sabe? Aquela ansiedade, nossa, **vou fazer o parto que eu queria acabou!** E eu **fiquei com muito medo**. E ele [o médico] falava: - Oh, você está colocando sua filha em risco, você quer fazer isso? Colocar sua filha em risco? Não pode! É muita irresponsabilidade! Você é louca! Enfim, ele foi falando, falando, falando e eu **fiquei com muito medo**.*

O *self* opera a partir de sugestões de outras vozes e a dissonância entre estas fez emergir contradições, as quais levaram à eclosão de altos níveis de tensão entre *I-positions* de Milena, o que ameaçou o campo semioticamente estruturado e regulado pelo signo do parto maravilhoso, que mantinha a continuidade da configuração dominante do *self* dela. Nesse senso de continuidade ameaçado, instauraram-se o medo

e a incerteza, impossibilitando, assim, a manutenção do domínio da posição de Milena pela realização do parto maravilhoso, ou seja, do que ela imaginava que seria o futuro.

Quando Milena foi ao hospital na manhã seguinte, constatou que estava tudo bem com ela e com o bebê. Internou-se, conforme havia sido orientada pelo seu obstetra e aguardou a evolução do trabalho de parto. Porém, quando o seu obstetra chegou, ele determinou a cesárea e Milena manteve um diálogo intenso entre as vozes internas e a externa do médico, na tentativa de manter o ajustamento do seu sistema de *self*. O momento inovativo de protesto emergiu, na tentativa de confrontação e resistência ativa direcionada a outros, no caso, a voz do médico que tentava dominar e silenciar a voz interna de Milena.

**Voz do médico:** *Quando meu médico chegou ele falou assim: - Conversei com o diretor do hospital (. . .), a gente não pode esperar mais, eu vou ter que fazer sua cesárea!*

**Voz de Milena:** Eu falei: - Não! Não vou fazer cesárea, não quero fazer cesárea. Eu quis sair correndo do hospital.

**Voz do médico:** Não, mas não tem como, a gente tem que fazer sua cesárea, porque o protocolo do hospital é esse, se você tá com 12h de bolsa rota, o hospital tem que fazer sua cesárea, porque se não o hospital vai ter que responder por isso.

**Voz de Milena:** *Mas isso é um absurdo! Eu tô com 12 h de bolsa rota, mas a minha filha tá bem, os batimentos cardíacos estão bons e isso é determinante pra dizer se vai precisar de cesárea ou não. Não preciso de cesárea!*

Nessa situação, é possível perceber a dinâmica da relação dialógica que se estabeleceu entre Milena e seu médico (vozes internas e externas do *self*). O que se verifica é que não foi estabelecido um diálogo de construção conjunta de significados, pois a voz do médico impôs uma orientação monológica na dialogicidade. Isso promoveu uma interrupção do senso de continuidade do *self* de Milena, quanto ao parto desejado por ela (regulado pelo signo “parto maravilhoso”).

*Ele voltou pra lá pro quarto e já não perguntou mais pra mim e falou assim: - Nós vamos fazer sua cesárea. Nós vamos fazer sua cesárea, porque você já está há mais de 12h de bolsa rota e o protocolo do hospital não permite isso! (. . .) E eu fiquei desesperada, eu já não sabia mais o que fazer e olhava pro meu marido e falei: - O que é que eu faço? O que é que a gente faz? E no fim, mais uma vez, o medo me atingiu e eu falei: - Eu vou fazer a cesárea, eu preciso da minha filha..*

Naquele momento, a partir da imposição médica sem oferecimento de nenhuma outra alternativa que possibilitasse a realização do desejo de Milena, ocorreu um momento disruptivo na trajetória parturitiva de Milena, em que ela teve que abrir mão de seu posicionamento, que era guiado pelo signo do parto maravilhoso, e decidiu fazer a cesárea, por medo e pela falta de maiores esclarecimentos por parte de seu obstetra. A realização da cesárea quase por uma imposição médica, após ameaçá-la e coagí-la, foi à contramão de tudo que Milena havia imaginado para si no momento significativo de sua trajetória de vida.

Nesses episódios, fica evidenciado o estabelecimento da relação monológica que foi estabelecida na interação de Milena com seu médico. A voz de Milena foi silenciada, sem uma permissão de trocas comunicacionais que dialogassem e permitissem uma construção conjunta de significados entre médico e paciente, para que pudessem oferecer outras tentativas. Milena tentou compreender a razão da cesárea, mas a justificativa médica foi baseada apenas no cumprimento de protocolos hospitalares, não tendo uma justificativa clínica. Não se estabeleceram outras tentativas para a efetivação do parto normal, como por exemplo, o uso em comum acordo com Milena de comprimidos via vaginal para estimular o trabalho de parto. A voz de Milena e seu desejo foram silenciados, gerando um forte desconforto emocional.

### **2.3.3 Significado da violência obstétrica**

Milena suspeitou ter vivenciado no seu processo parturitivo a violência obstétrica, porém tinha dúvidas se as suas experiências se enquadravam no signo desse tipo de violência.

*Eu tinha dúvidas se o que eu tinha sofrido era realmente uma violência obstétrica. Tinha muita dúvida, eu achava que sim, mas eu não tinha certeza e só após conhecer o movimento pela humanização, eu realmente tive a certeza do que era de fato que aconteceu.*

Milena buscou por recursos semióticos disponíveis na cultura, através dos meios virtuais, como vozes que dialogaram com as vozes internas da sua experiência, e que fizeram emergir uma nova significação da experiência em sua trajetória parturitiva.

*(. . .) depois que eu comecei a entender, que eu comecei a estudar, pesquisar, mas, enfim, (. . .) comecei a participar de fóruns e tudo, compreendi o que vivi.*

Milena, então, fez a associação dos fatos vivenciados e dos atos dos profissionais da assistência ao parto com as vozes do discurso da humanização.

*Isso é uma violência, você ser amarrada, você ser tratada da forma como você é tratada, você ser chamada de louca por médico, claro que é uma violência!*

Ela fez uma síntese da sua experiência, com base no conhecimento do discurso da humanização:

*A forma como eu fui tratada, é, eu não me senti uma mulher, eu não me senti uma mãe. Eu me senti um zé ninguém, você ser amarrada em uma cama. (. . .) pra mim isso não é bom, na verdade eu não acho isso bom pra ninguém, você pedir pra não ser amarrada. Não! mas eu vou te amarrar porque você pode esquecer e elevar sua mão. Você não poder ter o seu filho perto de você, agora saiu aquela lei<sup>5</sup>, né? Que independente do parto o bebê tem que ir pro colo da mãe. Nossa! foi tão pouco o tempo em que minha filha ficou comigo depois do parto, que na verdade eu não considero um parto, um parto pra mim é parir mesmo!*

---

<sup>5</sup> Permanência do bebê junto à mãe: Todo recém-nascido tem o direito a permanecer junto à mãe, em alojamento conjunto. Amparo legal: Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, Artigo 10, Inciso V.

A partir da sua experiência e significação da violência obstétrica, Milena relatou uma mudança interpessoal na sua vida profissional, que pode ajudar outras mulheres a não passarem pela experiência que ela mesma vivenciou. Revelou-se empenhada na realização da pós-graduação em obstetrícia, um desejo adiado de Milena, que ganhou força e efetividade:

*Eu fiz enfermagem pra estudar obstetrícia, especificamente pra isso, que sempre foi uma paixão muito grande (. . .) Eu sempre quis fazer pós em obstetrícia, mas eu nunca conseguia. Ou era por questões financeiras ou era por excesso de trabalho. (. . .) depois que tudo isso aconteceu eu falei: **Para! Para! Eu preciso fazer o que eu gosto, eu preciso fazer o que eu amo, eu preciso ajudar mulheres a não passar pelo que eu passei. Eu tô muito firme, eu tô muito engajada nisso, que é uma coisa que eu quero e eu vou ultrapassar o que for possível para conseguir, pra atingir a minha meta. Por mais tempo que isso dure, por mais sacrifícios que eu tenha que fazer, eu tô muito determinada a continuar. Acho que talvez se não tivesse acontecido, eu uma hora ou outra iria fazer obstetrícia, mas não com tanta força, como tô fazendo agora! Isso me deu mais força pra eu poder mudar a situação de outras mulheres e a seguir o que eu realmente queria, né?***

Percebe-se em Milena uma nova direção na sua trajetória profissional, após a sua experiência gestacional e parturitiva, que repercutiram em mudanças significativas no eu, inclusive a transformação da própria experiência em signo com função promotora, que a impeliu a uma nova posição de Eu e uma nova reconfiguração do *self*.

Nesses episódios, Milena demonstrou que o pouco conhecimento que possuía referente ao discurso da humanização, fez com que ela percebesse a sua experiência como violência obstétrica, porém só teve a certeza da significação do que vivenciou, após a busca por recursos semióticos em sites, fóruns e diálogos com outras vozes. Foi a partir disso, que ela pôde realmente se dar conta da significação da violência obstétrica sofrida. Revelou que, a partir da significação do que aconteceu em sua trajetória gestacional e parturitiva, mudanças interpessoais emergiram e a motivaram a retomar um desejo adiado, o de fazer a especialização em obstetrícia, com a finalidade de ajudar outras mulheres a não passarem por situações que ela havia passado. Ela revelou também mudanças intrapessoais, como mais determinação e força para vencer as



dificuldades que antes impossibilitavam a efetivação do seu desejo pela área de especialização profissional, assumindo novas posições de Eu e uma nova reconfiguração do *self*.

### **3.0 Caso Edna - nome fictício (entrevista 04)**

Publicitária, 25 anos, casada, primigesta com muito conhecimento prévio a respeito do discurso da humanização.

#### **3.1 Apresentação do caso**

Edna relatou que em seu pré-natal trocou de médico obstetra cinco vezes, devido à percepção que teve desses profissionais, em relação às diversas justificativas médicas que eles davam para conduzi-la à cesárea, tais como, que não teria dilatação, que o bebê seria grande e que ela estava com diabetes gestacional<sup>6</sup>. Isso aconteceu até o momento em que ela encontrou um médico que desmistificou a questão do diabetes gestacional e refez todos os exames dela. Ele constatou que ela tinha uma pré-disposição para o quadro clínico, mas não o quadro em si e daí passou a ser acompanhada em seu pré-natal por esse médico, por ter se sentido segura com relação à postura profissional dele e pela possibilidade da realização do parto normal.

Edna, ao entrar na 38<sup>a</sup> semana de gestação, deu início aos pródromos (dores iniciais que não necessariamente evoluem para o trabalho de parto) e foi ao seu médico para uma consulta. No atendimento, ele resolveu interná-la. Solicitou que ela caminhasse em volta do hospital e depois retornasse para efetivar o internamento. Porém, Edna relatou que não queria ficar no hospital sem estar no efetivo trabalho de parto e retornou para sua casa.

Depois de quase uma semana, Edna relatou que acordou na madrugada com dores no estômago e postou sobre suas dores em uma comunidade virtual sobre parto, que ela fazia parte. Nessa troca de informações com outras participantes, desconfiou que estivesse entrando no efetivo trabalho de parto, porém se manteve tranquila e voltou a dormir para aguardar a evolução normal do trabalho de parto. Pela manhã, as dores aumentaram e ela enviou uma mensagem para o marido, que estava retornando do trabalho, informando-o da situação. O esposo, ao chegar a casa, quis logo levá-la para a

---

<sup>6</sup> Ver nota de rodapé 2, página 57.

maternidade. Edna ainda relutou, porque só queria ir ao hospital quando estivesse sentindo dores fortes, mas pela insistência do esposo, foi para a maternidade.

*(. . .) Quando ele chegou já era 8h, né? Aí eu já tinha enviado uma mensagem pra ele dizendo que a neném ia nascer. Ele chegou em casa super nervoso. - Vamos pro hospital! Vamos pro hospital! Eu disse: - Não, essas coisas demora, eu só vou pro hospital quando eu estiver sentindo uma dor forte mesmo. Não tô sentindo quase nada! E ele disse: - Não! Vamos embora, vamos embora! Chamou um táxi e aí fomos pra maternidade.*

Edna relatou que ligou para o seu médico e este estava dando aula. Ele informou que posteriormente iria ao hospital. Ela foi atendida pelo médico plantonista, que a examinou e constatou que ela já estava com a dilatação completa (10 cm). Edna relatou que quando soube do estágio em que estava o seu trabalho de parto ficou surpresa, porque não sentia dores fortes. Ela ria com o esposo, porque imaginava dores mais intensas, e narrou:

*(. . .) eu não tava sentindo dor nenhuma, eu não tava gritando, nem me esperneando. Eu sentia uma dor leve aí eu fechava os olhos, aí aquela dor tipo, durava um minuto assim, aí passava e depois eu já tava bebendo água, ia no banheiro. Andando pra lá e pra cá normalmente. E depois, quando eu sentia a dor de novo, eu fechava os olhos, né? Me concentrava. Não tinha grito, nem nada. Porque não era uma dor muito forte.*

Porém, após essa constatação clínica da dilatação completa, Edna informou que começou uma divergência entre ela e o médico plantonista, devido à tentativa de indução para uma cesárea:

*(. . .) aí ele falou assim: - E aí, vai ser cesárea? Aí eu olhei pra ele e falei: - Não! Vai ser normal. Aí ele falou assim: - Não existe isso de parto normal. O nome disso é parto transpélvico (através da pelve) e você sabia que há não sei quantos mil anos atrás, inventaram a cesárea? O médico falou desse jeito, sabe? Aí eu falei: - É, inventaram a cesárea? Que bom! Mas eu vou ter um parto normal. E eu já liguei pro meu médico. Aí ele falou: - Seu*

*médico vai chegar em 5 minutos? Aí eu falei: Eu não sei! Aí ele falou: - Porque se seu médico não chegar em 5 minutos, porque seu bebê vai nascer em 5 minutos, né? Então vamos pra sala de parto. Aí eu fiquei assustada.*

Edna informou que foi direcionada para sala de parto, que pediram para ela deitar e ela se recusou, porque desejava ter mobilidade na hora do parto. Preferiu ficar sentada, mas determinaram que ela deitasse e ela obedeceu. Edna, então, reclamou da inclinação da cama, pois começou a sentir falta de ar. A equipe da assistência inclinou um pouco a posição da cama e a mantiveram na posição de litotomia (deitada de barriga para cima), com as pernas presas e abertas, em posição ginecológica.

*(. . .) E uma enfermeira falou pra eu deitar. E a cama estava super deitada. Aí eu falei assim: - Moça eu estou sentindo falta de ar, eu não quero ficar assim. Aí ela levantou, então, um pouco a cama, a maca. - Você vê até onde fica bom. Aí ela levantou um pouco a maca, mas ainda eu fiquei na posição deitada com as pernas abertas, presa naquele negócio onde você coloca as pernas para fazer exame, no suporte.*

Nesse cenário, Edna relatou que tentaram puncionar a sua veia para colocar o soro. Porém, ela advertiu que não queria que fosse colocado ocitocina no soro e a enfermeira disse que o procedimento do uso da ocitocina não seria realizado. No entanto, Edna avaliou que fizeram uso da ocitocina em seu soro.

*(. . .) ela foi aplicar um soro na minha veia. Aí eu falei: - Eu não quero ocitocina! Aí ela falou assim: - Eu não vou colocar ocitocina na sua veia. Eu só vou colocar um sorinho, caso você precise ir pra uma cirurgia. Aí ela colocou o “sorinho” na minha veia. Só que depois de 5 minutos o “sorinho” começou a fazer efeito e era ocitocina!*

Nesse momento, Edna relatou que se deu conta de que o marido não estava presente na sala do parto para acompanhá-la e perguntou a equipe pelo esposo. Ela obteve como resposta o questionamento se o esposo tinha autorização para acompanhá-la. Ela narrou que respondeu embasada em suas convicções a respeito de seus direitos e mencionou a lei que garante a parturiente o direito de ter um acompanhante no parto:

(. . .) *Aí eu perguntava do meu marido. E eles falavam: - Teu marido tem autorização pra entrar? Tem autorização pra entrar? - Tem a minha autorização pra entrar, meu acompanhante! Eu sei que existe uma lei do acompanhante<sup>7</sup>, eu quero meu marido aqui e se ele não vier, eu vou atrás dele e eu vou ganhar o neném no meio do corredor. Eu quero ver quem vai me segurar. E toda hora eu perguntava do meu marido e eles falavam: - Eu não sei do seu marido. **E quando eu ameacei me levantar da maca e tirar o soro, uma enfermeira falou assim: - Tá! Eu vou atrás do seu marido.***

Após esses acontecimentos, o médico plantonista entrou na sala de parto e Edna questionou o motivo da presença dele, uma vez que ela esperava que o médico que a acompanhou fizesse o parto.

*Quando o médico entrou eu perguntei: - O que o senhor tá fazendo aqui? Porque era o médico plantonista, né? Aí ele falou: - Oh! Eu só sou funcionário e você vai ganhar o neném comigo.*

Edna descreveu o momento em que, no preparo dos instrumentos cirúrgicos, alguém perguntou ao médico o tipo do instrumento que ele utilizaria para a realização da episiotomia (corte no períneo) e o médico solicitou a tesoura. Nesse instante, ela solicitou ao médico para não realizar a episiotomia, porém, o médico foi enfático em dizer-lhe que ele mandava na situação alí e que iria fazer a episiotomia. Edna relatou que naquele momento iniciou-se uma discussão em que ela reivindicava o direito sobre seu próprio corpo, mas era confrontada com o médico em todos os instantes:

*E eu sentindo já as dores do parto. As dores da ocitocina mesmo! Aí ela (instrumentista cirúrgico) perguntou pro médico: - Você vai querer a tesoura ou o bisturi pra fazer a episio? Aí ele falou: - Vou querer tesoura. **Aí eu falei: - Não! Não quero tesoura. Não precisa doutor! Eu não quero que me corte!** Ele falou: - Precisa sim! - Eu não quero, não precisa, não precisa! Ele falou: **-Precisa sim, quem manda aqui sou eu. Aqui quem***

---

<sup>7</sup> Lei do acompanhante 11.108/2005 – Obriga que seja permitido um acompanhante da escolha da parturiente para acompanhá-la no trabalho de parto, parto e pós-parto.

***manda sou eu! Olha, eu falei: - Não! Quem manda sou eu. No meu corpo, mando eu! O senhor não vai me cortar!***

Edna informou que nesse clima o esposo chegou à sala de parto e a discussão se manteve sob ameaças médicas:

***Aí meu marido chegou logo em seguida. Quando ele chegou a gente ainda estava na discussão, né? Dele dizendo que iria fazer a episio em mim e eu falando que ele não ia fazer. Aí ele falou: - Olha, se eu não fizer, depois você vai parecer uma canoa. Seu neném vai rasgar tudo! E aí você vai ficar aberta, rasgada e vai ficar parecendo uma canoa. E depois não venha em meu consultório dizer que teu marido tá achando que você tá frouxa.***

Após essa fala do médico, Edna disse que olhou para o esposo, na tentativa de que ele se posicionasse frente à discussão, uma vez que eles haviam planejado o parto sem intervenções desnecessárias, com base nos estudos sobre o parto humanizado:

***Eu olhei pro meu marido como, né? Se ele ia aprovar uma coisa dessa comigo, sendo que a gente já tinha conversado muito sobre isso, né? Sobre a questão do parto, da episio, de tudo! E aí meu marido falou: - Não precisa fazer doutor! Eu não quero que corte ela!***

Só após a intervenção do esposo foi que o médico resolveu não realizar o procedimento, mas mesmo assim, disse que as enfermeiras da equipe seriam suas testemunhas de que a paciente havia se recusado a receber um procedimento padrão:

***E aí o médico falou assim: - Ah é? Então tá bom! Não vou cortar a senhora não! Não vou fazer a episio não! Mas eu vou usar essas enfermeiras, essas três enfermeiras aqui, como testemunha de que a senhora se recusou a um procedimento padrão.***

Edna, então, se manteve firme na sua decisão:

*Aí eu falei: - Tudo bem, pode usar elas como testemunhas. Eu não quero que me corte! Aí ele não cortou.*

Refletindo sobre esse momento, Edna relatou que não sofreu laceração (rompimento dos músculos da região perineal) e a filha com poucos minutos nasceu.

Assim que a filha nasceu, ela pediu para pegar a filha nos braços:

*Eu falei: - Me dá ela, né, dá ela. Aí ele falou: - Não! Você tá suja!*

E logo após o nascimento e corte do cordão umbilical, levaram a bebê para realizar os procedimentos padrões: medir, pesar, vacinar, aplicar colírio, dentre outros. Isso acontecia enquanto Edna pedia para que alguém a deixasse pegar a sua filha no colo:

*Pegou a criança e levou pra pingar coisa no olho dela, tomar injeção, medir peso e o tamanho. E eu fiquei gritando o nome dela, chamando ela, pedindo que alguém me entregasse a minha filha, né. E eles ficaram brincando de apostar o peso de minha filha, sabe? Ele [médico obstetra] e o pediatra apostando. Ah! quanto você acha que ela tá? Com três quilos, não sei o quê, brincando de apostar o peso dela. E eu gritando lá, pedindo pra me entregar minha filha. Que eu tinha falado que eu queria ela no meu colo. Aí o pediatra depois que fez todos os exames, disse assim: - Ah, ninguém ainda entregou o bebê pra você? Aí eu falei: - Me dá ela, me dá! Ninguém me entregou não! Aí ele falou: - Então toma aí. Pegou e me deu ela. Aí ela veio para o meu colo, parou de chorar, ficou 5 minutos assim no meu braço. Aí depois eles levaram ela pra dar banho e ficou por isso mesmo.*

### **3.2 Principais tópicos marcadores da experiência gestacional e do parto**

#### **3.2.1 Idealização do parto e da assistência**

Na entrevista, Edna informou que idealizou um parto lindo, calmo, um momento bom, em que teria mobilidade física e que poderia no processo do parto tomar banho de chuveiro para alívio das contrações. Imaginou que teria a filha no colo, logo após o nascimento, e que poderia amamentá-la nas primeiras horas. Além disso, desejou ter seus direitos respeitados e o controle sobre seu próprio corpo. Edna também planejou ter o bebê em instituição privada, acreditando que teria seus direitos garantidos, porque temia vivenciar a violência obstétrica nas instituições públicas.

*( . . . ) eu imaginava que ia ser uma coisa boa, que ia poder ter mobilidade de ir ao banheiro, tomar banho de chuveiro. Sei lá, de pegar minha filha assim que ela nascer, dá uma recepção materna boa pra ela, sabe?*

*A expectativa que eu tinha era de ser respeitada no meu parto, sabe? Do médico respeitar a minha opinião. Se a minha opinião não era de acordo, se colocava em risco a vida de minha filha ou a minha vida, que ele falasse comigo de uma maneira mais humana, né? Falasse comigo, olha, Edna, as coisas não são assim, você vai precisar disso, vai precisar daquilo e tal.*

*Eu tinha medo de ganhar meu neném em maternidade pública e sofrer violência obstétrica. Eu tinha medo e eu quis um plano de saúde, eu corri atrás de um plano de saúde, fiz um plano de saúde pra ganhar meu neném pelo plano de saúde e ter meus direitos garantidos.*

### **3.2.2 Conhecimento do discurso da humanização**

Durante a sua gravidez, Edna buscou informações sobre parto a partir do terceiro mês de gestação, pesquisando na internet, assistindo a diversos filmes de partos normais hospitalares, porém com diversas intervenções médicas que a causavam repulsa. Edna informou que se indagava se só existiam partos daquela forma que via nos filmes. Nessa inquietação, ela passou a acessar mais a internet, e em uma de suas pesquisas pela rede, descobriu um espaço Parto Humanizado, na sua cidade, especializado em partos humanizados. Esse espaço é voltado para atender e preparar a gestante e seus familiares para o parto. Assim, combinou com o esposo para conhecer o lugar e lá passaram a ser instruídos sobre o parto humanizado.

(. . .) com três meses de gestação eu comecei a correr atrás de me informar com relação ao parto, eu clicava nos links que eu via na internet e eu só via partos, partos não normais, horríveis, assim o médico apertando a barriga da mãe, né? O médico cortando a mãe embaixo e fazendo a episio na mãe. E eu olhava aquilo dizia: - Meu Deus, não é isso que eu quero! Aí meu marido me mandava vídeo de cesárea também. Eu falava: - Nossa! Não é isso que eu quero!

(. . .) quando eu conheci o espaço Parto Humanizado, que é uma casa, é uma clínica, né? Que ajuda, né? Dá aula de yoga, tem reuniões para casais grávidos, relatos de parto normal, elas dão indicações de blogs, de grupo pra gente seguir, aí eu vi lá na internet que tinha aqui em minha cidade. Aí eu pedi pro meu marido pra gente ir lá, né? Pra gente conhecer. Aí a gente começou a frequentar as reuniões e a gente começou a assistir vídeo de parto humanizado lindo, sabe? Que fugia totalmente daquela monstruosidade que eu assistia na internet do parto normal hospitalar.

**Eu estudei muito** sobre a importância do nascimento pra vida de um bebê, da recepção materna, eu vi muito isso, **estudei muito** sobre isso que é importante esse primeiro contato mãe e filho, sabe?

### 3.2.3 Mudança na posição do eu

Edna informou na entrevista sobre o seu reposicionamento pessoal e social diante da temática da humanização do parto. Buscou estudar mais sobre temas relacionados ao parto e buscou diversos recursos, que pudessem acrescentar informações a seus conhecimentos prévios e que também servissem de materiais, para que ela pudesse instruir outras gestantes. Edna se autodenominou como agente de informação na divulgação das evidências científicas sobre os atos violentos no processo de parto, ou seja, sobre a temática da humanização em torno da gestação, parto e nascimento.

(. . .) depois que eu passei por tudo isso, eu não me acomodei, depois que eu ganhei neném eu fui e estudei mais sobre violência Obstétrica, né?(. . .) Eu



*estudei mais sobre parto normal, sobre evidências científicas, estudei mais sobre questões de criação de filhos, escolhas de pediatras, indicações corretas ou não, estudei mais e mais sobre tudo isso.*

*Eu Assisti o documentário: “Renascimento do parto”. E comprei dois DVDs desse documentário, um a gente empresta e outro fica aqui em casa, né? **Somos agente de informação!** Toda vez que a gente encontra alguma amiga ou qualquer pessoa que esteja grávida e pergunta, a gente informa pra ela, entrega vários papéis informativos nas mãos delas, dá dica de links de blogs de tudo pra elas estudarem. (. . .) E eu me vejo, nessa importância de saber o que agora eu sei e que devo informar. Eu não posso guardar essas informações comigo. Eu não posso reter essas informações. Eu me vejo na obrigação de disseminar isso, né? E de acabar com essa cultura, é uma coisa horrorosa, é uma cultura cesarista. (. . .) Eu continuo nos grupos: "Cesárea? Não, obrigada!" e em outro site sobre parto. Eu ajudo as mães que estão pra ganhar neném, elas fazem perguntas nos grupos, eu vou lá e respondo, eu coloco links pra elas.*

Edna falou na entrevista, com orgulho de si mesma, sobre o fato de ter lutado e conseguido sustentar as suas decisões no seu processo parturitivo, da sua luta contra um sistema rigoroso. Informou que percebeu a força que emergiu dentro si mesma, depois da vivência da violência e da sua luta pela garantia de seus direitos.

*E quando eu ganhei minha filha eu notei que eu era muito mais forte do que eu imaginava, não pela questão de eu conseguir trazer ela ao mundo de forma normal, mas de conseguir trazer ela ao mundo da melhor forma que eu pude, sabe? Porque tudo que eu pude fazer pra que ela viesse tranquila, sabe? Eu tentei fazer, eu lutei pelos direitos, pelos nossos direitos, sabe? E vendo tudo isso, eu vejo que eu sou muito mais forte do que eu imaginava. (. . .) Ao mesmo tempo enquanto estava em trabalho de parto, eu lutava pelos meus direitos. Então hoje eu me vejo, assim, eu sou uma mulher realmente forte e eu consigo, eu não tenho mais medo dos desafios que vêm!*

### **3.3 Análises dos Episódios**

### 3.3.1 Busca de recursos simbólicos para organização da experiência no futuro

O processo de construção da imagem do parto na trajetória gestacional de Edna teve seu início na tentativa de diálogo com seus cinco primeiros obstetras. Nesses diálogos, foram apresentadas justificativas, por parte dos médicos, que impossibilitavam a realização do parto natural desejado por ela. Nessas primeiras tentativas de estabelecimento de confiança e desencadeamento do pré-natal, Edna vivenciou alguns momentos inovativos. Tais momentos promoveram reflexões e ações nessa dialogicidade entre vozes, como por exemplo, o momento inovativo de ação, que a impulsionou a trocar de médicos por cinco vezes, visto que rejeitava as justificativas dadas por eles, referentes à sua situação clínica (diabetes gestacional), a possível dificuldade de dilatação, à possibilidade de um bebê grande, dentre outros argumentos usados na tentativa de minar o desejo, a voz interna de Edna, com relação ao parto normal.

*Eu troquei de médico ginecologista obstetra cinco vezes, até chegar no meu médico. Todos os outros médicos me diziam que não ia fazer meu parto normal, porque meu bebê seria muito grande. Você não terá dilatação! Você tem diabetes gestacional. Então eu me informei e via que tudo aquilo era sem embasamento científico pra falar que eu tenho que fazer uma cirurgia e eu não queria uma cirurgia, eu queria um parto normal.*

Paralelamente ao momento inovativo de ação, ocorreram momentos inovativos de reflexão, que revelaram uma compreensão de Edna no que se refere ao discurso do médico, visto que esse buscava ser dominante no diálogo entre paciente e obstetra. A partir da emergência de momentos inovativos de ação e de reflexão, Edna procurou outro médico e outros recursos simbólicos, para elaborar um ajustamento na projeção do futuro incerto, em relação ao seu parto. Conforme afirma Valsiner (2004), as pessoas estão constantemente criando significado para o futuro, a fim de orientar a si mesmas, em direção a uma experiência no futuro de forma antecipada.

*Eu fiquei estudando, me preparando para o dia do parto, comecei a correr atrás de me informar com relação ao que é um parto humanizado na internet até conhecer e frequentar um espaço Parto Humanizado. É um lugar que fala só coisas com relação ao parto normal, prepara a mulher*

*pro parto normal, tem Yoga, tem tudo, sabe? Elas indicavam comunidades, indicavam artigos científicos que falavam que não deveriam cortar o cordão umbilical do bebê imediatamente, que tinha que esperar parar de pulsar, que não deveria colocar ocitocina na veia da mulher, porque prejudica tanto a mãe como o bebê, sabe? E uma série de outras coisas que elas ensinaram sobre a lei do acompanhante.*

Nessa busca de recursos simbólicos, Edna foi construindo a imagem do parto que desejava:

*(. . .) a gente [ela e o esposo] começou a assistir vídeo de parto humanizado lindo, sabe?(. . .) Eu disse: Nossa! É isso que eu quero pra mim, **eu quero um parto lindo, quero um parto calmo, quero ter um parto, sabe? Que eu possa ter direito e respeito sobre meu próprio corpo e que eu possa pegar meu bebê assim que ele nascer...***

Segue, abaixo, a figura 11 que representa os elementos envolvidos na dinâmica de posicionamento dialógico do *self*, na troca com as vozes médicas e com outros recursos simbólicos. Nela, destacam-se os momentos inovativos.

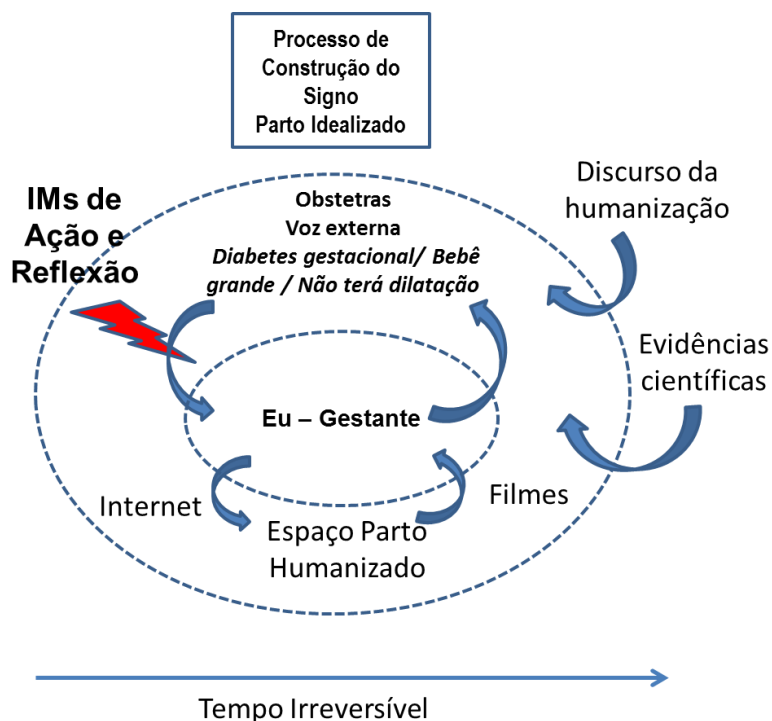


Figura 11. Elementos envolvidos na dinâmica de posicionamento dialógico do *self*.

Nesses episódios, ficou evidente o processo de construção semiótica da imagem do parto desejado por Edna, baseado nos recursos simbólicos oferecidos na cultura, e como o processo dialógico entre as vozes (médica e de Edna) se estabeleceram e promoveram o surgimento de momentos inovativos de ação e de reflexão. Essa dialogicidade promoveu uma atitude semioticamente articulada de Edna, e fez com que ela pudesse buscar outro médico que estabelecesse um diálogo mais alinhado com as suas vozes internas.

Percebe-se também, nesses episódios, um protagonismo de Edna na condução da sua própria trajetória gestacional, a partir da relação das vozes médicas e da voz pessoal. E a partir dessa relação de alteridade (eu/outro), o protagonismo pessoal é criado no interior dessas relações interpessoais. Segundo Salgado e Gonçalves (2007), nas relações entre a pessoa e o outro, cria-se um significado pessoal, no qual uma determinada posição (*I-position*) em relação ao outro (médicos) é assumida, criando-se, assim, um padrão específico de relacionamento (sentido de si mesmo e do mundo). Nessa análise, pode-se perceber a construção de um padrão de desconfiança e de constante necessidade de posicionamento para se estabelecer a dialogicidade com esse outro, para que não se constitua uma relação monopolizadora, que silencie a voz pessoal de Edna. Dessa forma, as ações do Eu são moldadas pela expectativa que se tem da resposta do outro.

### 3.3.2 Experiência do processo do parto

O *self* emerge através dos encontros relacionais de alteridades (eu-outro). Desses encontros dialógicos, posicionamentos (*I-positions*) são internalizados, construídos com base nos significados pessoais da relação com o outro – formando uma cultura pessoal baseada na imagem de parto dentro de padrões orientados pelo discurso da humanização. Edna descreveu em sua narrativa como idealizou esse evento em sua trajetória:

*(. . .) eu quero um parto lindo, quero um parto calmo, quero ter um parto, sabe? Que eu possa ter direitos e respeito sobre meu próprio corpo e que eu possa pegar meu bebê assim que ele nascer. Eu quero que ele nasça em um ambiente tranquilo, quero que ele nasça bem. (. . .). Vamos ter um parto no hospital, pelo plano de saúde, mas a gente vai ter o parto normal, dentro do*

*quarto vou pro chuveiro, vamos pra bola se for necessário, ficar na bola de pilates lá, me movimentar.*

Porém, no encontro com o médico plantonista, Edna foi surpreendida com a proposta da realização da cesárea, estando ela em trabalho de parto avançado, com dilatação completa. Nesse diálogo, ela percebeu uma ameaça ao seu plano de parto, o que desestabilizou seu senso de continuidade do *self*. A posição dominante no sistema do *self* de Edna era de protagonista do seu parto - posição que emergiu a partir das trocas com outros significativos (Espaço Parto Humanizado, filmes, vídeos, comunidades virtuais), que criaram um campo de sentidos para ela. Isso ficou evidente pelo confronto que se estabeleceu entre Edna e a equipe da assistência do seu parto, quando tentaram dominá-la e impor tratamentos que contrariavam o seu campo de sentido de parto humanizado. Abaixo, verificamos alguns exemplos desses episódios, em que se pode perceber o confronto entre a imagem idealizada de parto humanizado e a situação real em contato com médico e equipe de assistência.

#### **Voz pessoal versus voz médica:**

##### **A) Parto normal e parto cesárea**

*Aí ele [o médico plantonista] falou assim: E aí? Vai ser cesárea? Aí eu olhei pra ele e falei: - Não! Vai ser normal. Aí ele falou assim: - Não existe isso parto normal. O nome disso é parto transpélvico e você sabia que há não sei quantos mil anos atrás, inventaram a cesárea? - O médico falou desse jeito, sabe? Aí eu falei: - É, inventaram a cesárea? Que bom! Mas eu vou ter um parto normal.*

##### **B) Realizar ou não realizar episiotomia**

*(. . .) E eu sentindo já as dores da ocitocina mesmo! Aí ela perguntou pro médico: -Você vai querer a tesoura ou o bisturi pra fazer a episio? Aí ele falou:- Vou querer tesoura. Aí eu falei:- Não! Não quero tesoura. Não precisa doutor. Eu não quero que me corte! Ele: -Precisa sim! Aí eu falei: - Você não vai, você não vai fazer, não vai fazer! Aí ele disse:- Vou sim! Aí ele falou: -Olha, se eu não fizer, depois você vai parecer uma canoa. Seu neném vai rasgar tudo! E aí você vai ficar aberta, rasgada e vai ficar*

*parecendo uma canoa. E depois não venha em meu consultório dizer que teu marido tá achando que você tá frouxa.*

C) Direito de contato pele a pele, assim que o bebê nasce

*Quando minha filha nasceu, eu pedi pra ele me entregar ela, né? Ela tinha acabado de nascer. Eu falei: -Me dá ela. Aí ele falou: -Não! Você tá suja!*

**Voz pessoal versus voz equipe da assistência:**

A) Imobilização física e mobilidade de acordo com a idealização do parto de Edna

*E quando chegou lá na sala de cirurgia, ele me mandou deitar na cama. E eu falei assim: -Eu não quero deitar. Eu quero ficar sentada, ter mobilidade. Aí disseram: -Deita aí! (. . .) Eu fiquei na posição deitada com as pernas abertas, presa naquele negócio onde você coloca as pernas para fazer exame.*

B) Uso de hormônio sintético (ocitocina) para acelerar o trabalho de parto

*Aí ela foi aplicar um soro na minha veia. Aí eu falei: Eu não quero ocitocina! Eu não quero ocitocina! Aí ela falou assim: -Eu não vou colocar ocitocina na sua veia. Eu só vou colocar um sorinho, caso você precise ir pra uma cirurgia. Aí ela colocou o sorinho na minha veia. Só que depois de 5 minutos o sorinho começou a fazer efeito e era ocitocina.*

C) Direito a acompanhante ou não

*Aí eu perguntava do meu marido. E eles falavam: -Teu marido tem autorização pra entrar? Tem autorização pra entrar? - Tem a minha autorização pra entrar, meu acompanhante! Eu sei que existe uma lei do acompanhante, eu quero meu marido aqui e se ele não vier, eu vou atrás dele e eu vou ganhar o neném no meio do corredor. Eu quero ver quem vai me segurar?*

Esses episódios revelam a tentativa de estabelecimento de uma orientação monológica na relação entre as vozes da assistência médica e a voz pessoal de Edna. Porém, com base nas informações adquiridas previamente na sua trajetória gestacional e com base na construção simbólica sobre violência obstétrica, Edna manteve o posicionamento de protagonista de sua trajetória parturitiva, não permitindo a monopolização das vozes externas. Ela vivenciou um momento inovativo de ação, quando defendeu a sua escolha pelo parto normal e quando ameaçou sair da sala de parto para buscar o marido como acompanhante, revelando comportamento de recusa ativa direcionada para as vozes externas, que tentavam silenciá-la. O momento inovativo de protesto pode ser percebido na atitude de Edna em recusar a episiotomia, desafiando a voz médica. Mesmo sofrendo ameaças, a parturiente mantinha-se firme no seu posicionamento e não cedia à voz do médico, que tentava silenciar a voz dela. Os momentos inovativos na dialogicidade entre as vozes externas e internas do *self* de Edna conduziram-na a tomar atitudes em defesa do respeito e da dignidade, em sua trajetória parturitiva.

Analisando esses episódios, pode-se perceber a contradição entre a idealização de Edna em relação ao seu parto e a forma como os procedimentos padrões da assistência foram realizados com ela. Aconteceu um distanciamento do modelo preconizado pelo discurso da humanização, promovendo uma ruptura da imagem idealizada e do parto real possível, ou seja, foi possível reconstruir o que era imaginado para o evento do parto e o que foi experimentado na trajetória parturitiva de Edna, destacando a ruptura experimentada. Ruptura implica processos em que os modos existentes de ajustamento e o senso de continuidade do *self* no fluxo regular de uma experiência são interrompidos (Cowan, 1991; Zittoun, 2004, 2006, 2009, 2012). Na tentativa de restabelecimento do sentido de continuidade do *self* de Edna, emergiram momentos inovativos para uma nova reorganização ou reconfiguração do sistema do *self* dela, em direção a uma nova estabilidade.

### **3.3.3 Significação da violência obstétrica e mudanças de *I-Positions***

Edna revelou que identificou o signo da violência obstétrica, no momento do contato com o médico plantonista no dia do seu parto:

*Eu já tive certeza da violência obstétrica, na hora que ele viu que eu já estava com 10 cm de dilatação completa e ele me perguntou se eu ia fazer cesárea e eu falei que eu não ia fazer cesárea, que ia ter um parto normal.*

Com uma construção simbólica prévia do que era a violência obstétrica, Edna percebeu no transcurso de sua experiência, que estava sendo mais uma vítima desse tipo de violência. Porém, não imaginava que, por se tratar de uma maternidade privada, pudesse sofrer da mesma violência que ela temia sofrer, se fosse para uma maternidade pública.

*Eu tinha medo de ganhar meu neném em maternidade pública e sofrer violência obstétrica. (. . .) Eu quis um plano de saúde, eu corri atrás de um plano de saúde, fiz um plano de saúde pra ganhar meu neném pelo plano de saúde e ter meus direitos garantidos e não fui!*

Antes do parto, Edna refletiu sobre a sua trajetória gestacional. Ela buscou recursos semióticos para construir um quadro significativo sobre o evento do seu parto, baseado no discurso da humanização. Obteve conhecimento de atos e condutas consideradas violentas no processo parturitivo, pois visava criar significado à frente de seu tempo. Conforme Valsiner (2004), as pessoas buscam criar significados para orientar a si mesmas em direção a uma experiência antecipada no futuro, porém isso não fornece uma garantia, por não poder ser previsto com exatidão o futuro incerto.

*(. . .) mesmo eu tendo me informado, mesmo eu conhecendo todos os meus direitos, (. . .) eu fui uma vítima de violência obstétrica. Quer dizer que os excessos de informações não me privaram de cair nessa armadilha obstétrica.*

Mudanças significativas se efetivaram no âmbito do *self* de Edna, após a experiência da sua trajetória parturitiva. Na esfera pessoal, ela revelou ter buscado formação em diversos temas sobre parto, nascimento e maternidade.

*(. . .) depois que eu passei por tudo isso, eu não me acomodei, depois que eu ganhei neném, eu fui e estudei mais sobre violência obstétrica, né?(. . .) Eu*



*estudei mais sobre parto normal, sobre evidências científicas, estudei mais sobre questões de criação de filhos, escolhas de pediatras, indicações corretas ou não, estudei mais e mais sobre tudo isso.*

Na esfera interpessoal, Edna se autodenominou como agente de informação para outras mulheres e gestantes, exercendo papel socioeducativo no contexto do nascimento e parto revelando uma nova *I-positions*:

*Somos agentes de informação (. . .). Eu me vejo nessa importância de saber o que agora eu sei e que devo informar isso. Eu não posso guardar essas informações comigo. Eu não posso reter essas informações. Eu me vejo na obrigação de disseminar isso, né? Eu continuo ainda nos grupos "Cesárea? Não, obrigada!" e em outro site sobre parto. Eu ajudo as mães que estão pra ganhar neném, elas fazem perguntas nos grupos, eu vou lá e respondo, eu coloco links e diversos informativos pra elas.*

Na esfera intrapessoal, Edna relatou que se percebeu muito mais forte e sem medos para enfrentar os desafios, o que revela uma reconfiguração do *self*, com nova percepção de si, a partir da sua experiência no parto:

*(. . .) enquanto estava em trabalho de parto, eu lutava pelos meus direitos. Então hoje eu me vejo, assim, eu sou uma mulher realmente forte e eu consigo, eu não tenho mais medo dos desafios que vem!*

Na análise desses episódios, ficam evidenciadas as mudanças de *I-positions* nas esferas interpessoal e intrapessoal, e as novas reconfigurações do *self* de Edna. Além disso, é possível perceber o movimento de construção e consolidação de valores e sentidos capazes de direcionar as ações da entrevistada em seus contextos sociais, a partir da experiência em sua trajetória parturitiva.

## CAPÍTULO V

### ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS CASOS ANALISADOS

Neste trabalho, o *self* é concebido como um sistema aberto, multivocal e dialógico, no qual diversas posições de Eu (*I-positions*) estão envolvidas num processo dinâmico de posicionamento e reposicionamento, expressando diferentes vozes que habitam os indivíduos e que veiculam diferentes perspectivas sobre o mundo. A voz emerge de um determinado posicionamento e interage com outras vozes internas e externas que fazem parte do mesmo *self*, trocando informações, concordância, discordância, conflitos e lutas, podendo gerar também tensões e ambivalências.

Nos casos analisados, as posições internas representam diferentes partes de si mesmas, pertencentes ao Eu (eu mulher, eu gestante, eu paciente) de cada pessoa. Já as posições externas representam pessoas e objetos de convívio dos indivíduos, como partes do mundo que passam a integrar a esfera intrasubjetiva da experiência (meu Deus, meu esposo, meu médico). Esses domínios internos e externos do *self* mantêm uma fronteira aberta para o diálogo entre posições que se encontram em processo de negociação (Hermans, 2001).

Os diálogos estabelecidos com outras pessoas e/ou o diálogo interno com o *si mesmo*, na dinâmica do *self* dialógico, configuram-se como um processo altamente dinâmico e constante de continuidade e descontinuidade, que estabelece uma relação dialógica entre posições, a partir da possibilidade de se mover de uma posição para outra. O *self* é reconstruído e recriado de acordo com as diferentes situações e em diferentes espaços do tempo. Nessa perspectiva, focalizamos nas narrativas das participantes do estudo aspectos da dinâmica em curso no âmbito do *self*, em cada trajetória gestacional e parturitiva, visando compreender a **construção do significado da violência obstétrica na assistência ao parto** prestada na rede privada.

A construção de significado é um processo ativo, baseado na experiência, através da qual as pessoas se relacionam com seu ambiente, por meio de mecanismos de mediação semiótica – ou seja, o processo de utilizar e construir signos para se relacionar com o mundo (Valsiner, 2004, 2012). Nessa compreensão, baseada na análise sistêmica do indivíduo em seu contexto social, o significado da violência obstétrica emergiu de um processo dinâmico dialógico do *self* com as diferentes vozes relevantes, ao longo do curso de vida: desde outros sociais (familiares, médicos, grupos virtuais) a recursos simbólicos da cultura (programas de TV, internet, blog, filmes, documentários).

As participantes, com o propósito de construir um entendimento acerca do parto e produzir sentido para enfrentar o imprevisível futuro, recorreram ao que, no presente trabalho, foi denominado de **Busca de recursos simbólicos para organização da experiência no futuro**. Essa busca de recursos simbólicos consistiu no movimento dessas mulheres visando, através da mediação semiótica, construir sentidos pessoais e determinadas imagens sobre a experiência do parto e de se organizar criando familiaridade, de forma antecipada, para lidar com a incerteza que cerca o evento do parto, por acontecer no futuro próximo (Valsiner, 2004).

A imagem do parto desejado, emergindo dessas trocas dialógicas, configurou-se como um circunscritor, passando a operar como um delimitador de emergência limitada de novidade no parto dos filhos das parturientes, promovendo orientações pessoais baseadas em valores, além de especificar fronteiras no campo de significados. Orientadas por essa imagem, essas mulheres persistiram em sua direção pessoal, enfrentando oposições oriundas dos médicos que as acompanhavam. Para se manterem dentro do campo de significado do parto natural, elas vivenciaram eventos que se configuraram, em suas trajetórias, como rupturas. Essas rupturas provocaram descontinuidade e fizeram com que elas desenvolvessem novas redefinições pessoais, para restabelecer o senso de continuidade relativa do *self* e, assim, manterem-se decididas por suas escolhas dentro do campo de significação construído.

Nos três casos apresentados, as participantes revelaram uma falta de confiança completa nos profissionais que as acompanharam. Elas informaram também, que, na tentativa de diálogo, muitas vezes as respostas eram evasivas e não ofereciam um esclarecimento e uma preparação para o processo do parto.

No caso de Daniela, ela deixou isso muito claro e ainda informou que não sabia se podia confiar nas explicações oferecidas por sua obstetra. Milena, pela sua primeira experiência e também pela sua profissão, buscou estabelecer um plano de parto natural. Porém, revelou que inicialmente foi apoiada e incentivada por seu primeiro médico, mas logo depois ele começou a colocar empecilhos para a realização do parto natural, o que a conduziu à troca de médico na 32ª semana de gestação. Edna precisou trocar de obstetra cinco vezes, pois não se sentia segura na relação médico-paciente, e também por perceber logo de início que os médicos davam desculpas e justificativas incoerentes e até incorretas sobre a sua situação como, por exemplo, o diagnóstico da diabetes gestacional como justificativa para não realizar o parto normal.

Diante dos relatos das participantes, percebe-se que o período do pré-natal foi permeado por dúvidas, medo, insegurança no que diz respeito às vozes médicas. O discurso médico apresentou fatores dificultadores, relacionados às condições físicas da mulher, enfatizou fatores de risco no processo parturitivo e construiu obstáculos à realização do parto normal. Esses dados revelam a forma como muitos profissionais se relacionam com o evento do parto, sempre visualizado como um risco iminente em potencial, que conduz a uma prática médica sutil de tentar conduzir a paciente para a realização da cesárea. Nesse cenário, a relação médico-paciente se estabelece sob tensão e ambivalência entre o desejo pelo parto normal e as vozes apontando fatores de risco para o evento.

Na trajetória das participantes, no período de gestação e parto, ocorreram constantes transformações das posição de Eu do sistema do *self*, mediadas pelo signo promotor do parto natural humanizado. Nesse processo, esse signo promotor orientou a construção de significados no âmbito do *self*, que nas participantes familiarizadas com o discurso da humanização, esteve ligado a uma persistência demonstrada na condução de seus processos parturitivos da maneira natural, com a realização do parto fisiológico e não cirúrgico.

Na dialogicidade entre posições de Eu, essas mulheres vivenciaram momentos inovativos, para manterem-se orientadas dentro do seu campo de significado das vozes internas, e também na tentativa de combater as vozes externas que tentavam direcioná-las para a cesárea. A escolha das participantes pela via do parto natural condiz com achados de outros estudos (Tedesco, Maia Filho, Mathias, Benez, Castro, Bourroul, & Reis, 2004; Barbosa, Giffin, Ângulo - Testa, Gama, Chor, D'Orsi, & Reis, 2003), que afirmam que a maioria das mulheres não querem e não podem cesáreas. Já nos estudos de Dias et al., (2008), verificou-se que, independente do desejo inicial da gestante, a interação dela com o serviço de saúde resulta quase sempre em cesariana.

Na experiência do parto, o principal aspecto subjetivo que marcou as trajetórias parturitivas das entrevistadas foi o rompimento das expectativas previamente construídas acerca do parto. Mesmo que só uma das participantes tenha realizado a cesárea, de alguma forma a imagem do parto idealizado foi consistentemente desfeita. Isso instaurou sentimentos de vulnerabilidade, abandono e insegurança, que promoveram intensa ambivalência emocional. De forma singular, cada uma buscou reagir às vozes externas impositivas, na tentativa de reorganizar e reorientar seu sistema

do *self*, resistindo na direção do parto imaginado e desejado, apesar dos significativos obstáculos que enfrentaram em suas trajetórias gestacionais e parturitivas.

Os momentos inovativos de ação, reflexão e protestos emergiram no sistema do *self* das participantes, permitindo estabelecer um diálogo mais simétrico entre as vozes que desejavam constituir uma relação monológica no sistema do *self* delas e as vozes internas. Assim, em cada vivência, essas mulheres buscaram regular ações, pensamentos e emoções, na tentativa de regulação do *self*. Conforme em outro estudo, verificamos que a imaginação criativa, a fé religiosa e atos de protestos sutis usados pelas pacientes são estratégias de resistência para lidar com as estruturas opressivas institucionais da assistência ao parto (Gomes, Nations, & Luz, 2008).

Nas narrativas das entrevistadas, pôde-se perceber atos e situações que elas vivenciaram e identificaram como violência obstétrica, a saber:

No caso de Daniela: persuasão da médica que acompanhou o pré-natal para uma cesárea, sem o oferecimento de outras tentativas para a realização do parto normal; proibição de mobilização no trabalho de parto; exame de toque com expressões inadequadas “*a enfermeira foi me fazer um toque e disse: Não grita! Eu disse: Como não? O tom dela era um pouco sádico, sabe?*”; proibição de se alimentar; realização de episiotomia, “*Me fizeram episiotomia, que ninguém me contou que eu iria fazer, ninguém me perguntou se eu queria fazer*”; foi colocada em posição ginecológica e amarrada com fivelas de couro.

No caso de Milena: comunicação inadequada do médico, ao chamá-la de louca; proibição de contato pele a pele com o bebê; imobilização física na hora da cesárea; falta de oferecimento de outras possibilidades para a tentativa de realização do parto normal; abandono em uma sala de recuperação, após o nascimento do bebê.

No caso de Edna: indução para a cesárea; falta de acolhimento; tentativa de imposição de procedimentos; falas grosseiras e desrespeitosas; dificuldade para permitir entrada de acompanhante na sala do parto; uso de ocitocina por intervenção não-consentida; proibição do contato pele a pele, após o nascimento do bebê.

Todas essas experiências contribuíram para a significação da violência obstétrica, na trajetória de vida das participantes.

No que tange ao **processo de significação da violência obstétrica**, os papéis desempenhados por outros sociais e a agentividade das participantes contribuíram para a significação da violência experienciada, nas trajetórias parturitivas.

Para as duas participantes que desconheciam o discurso da humanização e só posteriormente ao nascimento de seus filhos tiveram contato com esse discurso, o processo de significação se constituiu no encontro com o signo da violência obstétrica, através da interação com outros sociais e com os dispositivos semióticos na cultura. Esses dispositivos proporcionaram a integração de elementos da experiência parturitiva passada para a criação de sentido da violência, que conduziram essas mulheres à reconfiguração da posição de Eu do seu sistema do *self*.

A construção de significado da violência obstétrica para Edna ocorreu na sua trajetória gestacional e parturitiva, pela interação com recursos simbólicos do discurso da humanização, o que a conduziu para diversos momentos inovativos, a fim de resistir e reivindicar pelos seus direitos, e, assim, enfrentar a violência.

A análise das entrevistas revela que as mudanças empreendidas no âmbito do *self* estão intimamente articuladas com as mudanças nos sistemas de significados pessoais. Pôde-se perceber que a construção do significado da violência obstétrica previamente ou após as trajetórias parturitivas das participantes proporcionou mudanças de posicionamento, tanto nas esferas intrapessoal como interpessoal, além de expandirem a transformação da esfera do parto e maternidade para o senso de *self* como um todo.

Desse modo, a significação da violência obstétrica na assistência recebida no processo de parto ocorreu através da dialogicidade do *self* das mulheres com outros sociais e na interação com recursos simbólicos disponíveis na cultura, associando-se isso à própria experiência vivenciada. Essa significação promoveu nas participantes novas reconfigurações no âmbito do *self* e novos posicionamentos em diferentes esferas da vida.

De maneira geral, no que se refere às narrativas de todas as participantes, inclusive as que não tiveram suas narrativas analisadas neste estudo, foi possível perceber que, mesmo com a pergunta disparadora - **Como se deu o seu processo de trabalho de parto, desde o momento das primeiras dores ou chegada à maternidade até o nascimento de seu bebê, ressaltando a assistência recebida da equipe de saúde e médico nesse processo** - elas iniciaram seus discursos a partir do pré-natal e após o parto (algumas mencionaram problemas com a amamentação ainda na maternidade e internamento do filho logo após o nascimento). Porém, para este estudo, fiz o recorte das narrativas, considerando as experiências relatadas do pré-natal até o parto.

O processo da significação da violência obstétrica para as participantes não se limitou apenas ao momento do parto e do conhecimento do discurso da humanização. Isso permitiu-me inferir que as participantes tiveram momentos inovativos (IMs) de reconceituação atualizados durante a entrevista. De acordo com Gonçalves e colegas (2009, 2010), os IM de reconceituação são momentos em que ocorre a compreensão do processo que contribuiu para a mudança em si mesmo, fazendo referência a uma nova identidade integrada a novos padrões, além de reavaliações da experiência. Foi possível fazer também o reconhecimento do contraste entre as duas posições no passado e no presente, e do processo de transformação subjacente à mudança. Nesse tipo de IM, a pessoa é capaz de perceber sua nova posição e também de reconhecer-se como diferente, em relação ao passado, devido ao processo de transformação que aconteceu.

Segundo Valsiner: “o encontro com eventos de vida dramáticos e traumáticos é inevitável no curso do viver e se dá no nível microgenético” (2012, p. 252). O nível microgenético refere-se à experiência vivida imediata do ser humano, que ocorre à medida em que a pessoa enfrenta o próximo e imediato momento, no decorrer do tempo irreversível. Buscando estabilidade do ponto de vista psicológico, a pessoa cria dispositivos semióticos que formam o campo de significação, que vão estabilizar temporariamente, mantendo-se à espera de uma possível desestabilidade (Boesh, 2005 citado por Valsiner, 2012).

Nessa perspectiva do processo de significação, as narrativas das entrevistadas desenharam o processo de significação da experiência, apresentando o processo microgenético da trajetória gestacional e parturitiva, retrospectivamente, por meio das narrativas do que foi vivenciado, relatando enfrentamentos, a construção de seus campos de significação em situação de rupturas e descontinuidade, e a emergência de ajustamentos e novas posições de Eu.

As participantes relataram suas experiências de maneira que permitiu a compreensão de como ocorreu o processo de construção de significado da violência obstétrica, partindo dos sentimentos vagos, desconfiados e difusos, ainda na trajetória gestacional e parturitiva. Isso ficou evidente quando elas perceberam algo “estranho” na assistência até o momento do encontro com o discurso da humanização, uma vez que esse signo “estranho” pôde ser ressignificado, a partir do signo da violência obstétrica. Assim, foi possível, neste estudo, analisar suas experiências dando uma forma, um nome, um significado, o que Valsiner (2012) chama de “molduras recorrentes para a

ação humana” (p. 252), as quais canalizam a experiência subjetiva proporcionando uma elaboração semiótica mais específica, neste caso a significação da violência obstétrica.

Por fim, os momentos inovativos na dialogicidade entre vozes, neste estudo, utilizados com outra perspectiva, diferente do modelo proposto pelos estudos em psicoterapia, representaram importante recurso analítico na consideração do cotidiano, fora do contexto clínico. Assim como no contexto clínico, foi possível, neste estudo, analisar os processos de mudanças e transição que operam a partir da emergência de momentos inovativos, exercendo papel de vozes alternativas (exceções) às vozes dominantes que monopolizam a autonarrativa problemática, podendo promover uma mudança qualitativa no sistema de posicionamento do *self* (Gonçalves & Santos, 2009; Gonçalves, Santos, Matos, & Salvatore, 2009; Cruz & Gonçalves, 2010; Gonçalves, Santos, & Matos, 2010; Cruz & Gonçalves, 2010; Meira, 2010).

Através desse estudo pôde-se observar os momentos inovativos que ocorrem constantemente na esfera do *self*, para além do que tem sido observado na autonarrativa problemática do sujeito em terapia. Assim, como o *self* se constitui de multiplicidades de vozes que se opõe, se alinham e se contradizem, os momentos inovativos são acionados constantemente nesse fluxo da dialogicidade. Como contribuição teórica, esse conceito pode ser expandido para se pensar em fazer a análise da constituição das hierarquias dos signos, da dominância de determinados posicionamentos, bem como do fluxo contínuo da dialogicidade do sistema do *self*. É possível inferir também, a partir desse conceito, que, nos casos clínicos, as constituições das narrativas problemáticas podem ser oriundas dos entraves na dialogicidade do *self*. Isso porque, tais entraves impossibilitam a fluidez de momentos inovativos em determinada esfera da experiência do sujeito, gerando uma narrativa problemática que requisita intervenções terapêuticas como recursos, na tentativa da emergência de momentos inovadores que promovam mudanças qualitativas no sistema de posicionamento do *self*.

### 5.1 Considerações finais

O presente estudo, desenvolvido a partir da perspectiva da Psicologia Cultural de orientação semiótica, utilizou a teoria do *self* dialógico, considerando o funcionamento da dinâmica dialógica do *self* no processo de construção de significados e discutiu aspectos relacionados à questão que orientou esse estudo: **como as mulheres**



**construíram significados acerca da violência obstétrica na assistência ao parto prestada na rede privada ao entrar em contato com o discurso da humanização.**

Ao refletir acerca da humanização no parto, considerando a assistência em instituições privadas, foi possível perceber como as relações dialógicas na esfera da assistência ao parto foram marcadas por tensão e ambivalência, gerando nas participantes sentimentos de insegurança, medo e incertezas, ao passo que foram vivenciadas como ruptura.

O objetivo geral deste estudo foi, justamente, analisar o processo de construção de significados por mulheres acerca da violência obstétrica na assistência ao parto, prestada na rede privada, bem como analisar os significados que elas constuíram, ao entrarem em contato com o discurso da humanização. Para isso, três casos foram avaliados, com o intuito de perceber como se constituiu o processo de construção de significado acerca da violência obstétrica. Verificou-se que, nas narrativas das mulheres selecionadas para a pesquisa, havia uma dinâmica relacional do *self* na organização da experiência individual - na construção de sentido, o que promoveu mudanças de posicionamento dessas participantes envolvendo o senso do *self* como um todo.

As reflexões em torno dos relatos possibilitaram compreender a forma como essas mulheres, nas suas trajetórias, estabeleceram interação com recursos simbólicos e com Outros no contexto cultural, constituindo sua cultura pessoal na dialogicidade com outras vozes. Elas também estabeleceram mudanças de posicionamento, após a construção do signo da violência obstétrica.

Nesse recorte, ficaram evidenciadas as escolhas das mulheres pelo parto normal e a luta para sustentar suas decisões, contrariando o modelo tecnocrático no contexto da assistência ao parto na rede privada. Destaco a necessidade de transformação desse modelo, a fim de que as relações entre médicos e pacientes se constituam de forma horizontal, e que a mulher ocupe nesse cenário a posição de protagonista de sua própria história.

Esta pesquisa possui uma contribuição social, na medida em que discute e apresenta vivências na esfera da assistência ao parto e nascimento na rede privada, que não condizem com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, em torno da humanização no parto. A partir dos casos de mulheres de três estados do Brasil (São Paulo, Piauí e Rondônia), pôde-se perceber a relação entre profissionais de saúde e mulheres, marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito, ameaças, conflito, desinformação, estabelecimento hierárquico de relação de poder, invalidando a

autonomia da mulher – condições que caracterizam as formas de violência que ocorrem na rede privada de assistência ao parto.

As situações descritas pelas participantes denunciam a necessidade de mudanças no funcionamento do sistema de saúde privado, como a adoção de práticas baseadas nas evidências científicas, orientadas pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito a fisiologia do parto recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Além disso, a prestação de um atendimento centrado nas necessidades das parturientes, promovendo o direito das mulheres e seu protagonismo no processo parturitivo. Entre estes direitos destaca-se o direito a informação idônea, a tomada de decisão compartilhada entre médico e parturiente, dignidade e autonomia, dentre outros.

Este trabalho contribui cientificamente para o campo teórico-prático da psicologia cultural, na elaboração de conceitos teóricos, a partir da análise de dados empíricos, bem como soma aos estudos referentes à humanização e à violência na rede privada, que tem pouca produção no âmbito acadêmico.

Porém, encontramos alguns limites na pesquisa. O primeiro corresponde ao número reduzido de casos estudados. Outra limitação foi à abrangência dos casos, que focalizou apenas mulheres, mas poderia expandir a outros atores como os parceiros, que, de acordo com as narrativas das próprias participantes, exerceram um papel relevante no processo gestacional e parturitivo, dando suporte às parceiras ou atuando em aliança com elas. Com relação à teoria do *self* dialógico, uma limitação deste estudo é a ausência de uma discussão teórica mais aprofundada que explorasse os aspectos mais subjetivos das participantes, no que se refere às posições de eu, as tensões e ambivalências, e as rupturas, pois essas foram estabelecidas a partir de inferências do pesquisador.

Futuros estudos podem abrir caminhos para avançar nessa temática da violência obstétrica e humanização, tais como: estudos realizados com os obstetras, para que estes também tenham voz para expressar um outro olhar sobre a violência na assistência médica ao parto e nascimento; investigações referente à ressignificação sobre o parto fisiológico, focando no processo de transformação de obstetras tecnocráticos em obstetras adepto do movimento pela humanização do parto, desenhando, assim, as trajetórias que os conduziram ao modelo humanizado, com o objetivo de compreender desde a sua formação - o modelo social imposto por instituições e pela própria classe médica - até as dificuldades e tensões no seu processo de mudança profissional.

Dessa maneira, essas iniciativas podem contribuir para que se estabeleça um diálogo constante em torno do parto e nascimento. Isso porque, torna-se cada vez mais necessário o diálogo entre todos os agentes sociais envolvidos no evento do parto – mulheres, profissionais de saúde, dentre outros, para que se possa compreender o que está por trás de cada voz e suas demandas. Assim, é preciso encontrar possibilidades de negociação e ajustamentos nessa dialogicidade, a fim de que se possa chegar mais próximo do ideal da assistência humanizada.

## REFERÊNCIAS

- Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). Emergence of meanings through ambivalence. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6 (1), 114-121.
- Aguiar, J.M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. (Tese de Doutorado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Aguiar, J.M., & D'Oliveira, A.F.P. L. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15 (36), 79-91.
- Aguiar, J. M., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L.B. (2013). Violência Institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29 (11), 2287-2296.
- Barbosa, G.P., Giffin, K., Ângulo-Tuesta, A., Gama, A.S., Chor, D., D'Orsi, E., & Reis, A. C. G. V. (2003). Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(6), 1611-1620.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001). *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (1983). *Assistência Integral à Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18069.htm).
- Brasil (2005). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*. Harvard School of Public Health University Research. Disponível em: [http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final.pdf](http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf)
- Bruner, J. (2008). *Actos de Significado*. Lisboa: Edições 70.
- Cabell, K. (2010). Mediators, regulators, and catalyzers: A context-inclusive model of trajectory development. *Psychology & Society*, 3(1), 26-41.

- Cavalcante, F.N., Oliveira, L.V., Ribeiro, M.M.O.M., & Nery, I.S. (2007). Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21 (1), 31-40.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e Projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3ª edição. Porto Alegre: Penso.
- Cruz, G., & Gonçalves, M. M. (2010). Momentos de inovação e mudança espontânea: um estudo exploratório. *Psychologica*, 53, 67-80.
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. *Resolução N° 010/05 de 21 de Julho de 2005*. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/legislacao/codigo-de-etica/>.
- Conselho Nacional de Saúde. *Resolução CFP N° 466/2012*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Cowan, P. A. (1991). Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In P. A. Cowan & M. Hetherington, *Family transitions*: Hillsdale, New Jersey, LEA.
- Cunha, C., Gonçalves, M., & Valsiner, J. (2010). Identity transitions in psychotherapy: The role of Re-conceptualization innovative moments. *Panel for the Dialogical Self Conference. Guiding the dialogue: constraining the dialogical self*.
- Defensoria Pública do Estado de São Paulo (2013). *Violência obstétrica: você sabe o que é?* Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>
- Dias, M.A.B. (2006). *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- Dias, M.A.B., Domingues, R.M. S. M., Pereira, A. P. E., Fonseca, S. C., Gama, S. G. N., Theme Filha, M.M., & Leal, M.C. (2008). Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1521-1534.
- Diniz, C.S.G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Diniz, C.S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 627-37.
- D'Oliveira, A.F.P.L., Diniz, C.S.G., & Schraiber, L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359, (11), 1681-1685.

- GENP - Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto (1997). Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: Rattner, D., & Trench, B. *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: SENAC.
- Gomes, A.M.A., Nations, M.K., & Luz, M.T. (2008). Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saúde & Sociedade*, 17 (1), 61-72.
- Gonçalves, M., & Santos, A. (2009). Innovative moments and change. Processes in psychotherapy: an exercise in new methodology. In *Dynamic process methodology in the social and developmental sciences*.
- González Rey, F. (2002). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: from information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119 (1), 31-50.
- Hermans, H.J. (2001). The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture Psychology*, 7(3), 243–281.
- Hermans, H. J. M. (2012). Dialogical self theory and the increasing multiplicity of I-positions in a globalizing society: an introduction. In H.J.M. Hermans (Ed.), *Applications of dialogical self theory. New directions for child and adolescent development*, 137, 1-21.
- Hermans, H. J. M., Kempen, H. J. G., & van Loon, R. J. P. (1992). The Dialogical Self, *American Psychologist*. Washington, DC, 47 (1), 23-33.
- Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (2003). Dialogical processes and development of the self. In: Valsiner, J. & Connolly, K. *Handbook of developmental psychology*. London: Sage Publications, 534-559.
- Jovchelovitch, S., & Bauer, M.V. (2002). Entrevista narrativa. In M. V. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. Thousand Oaks: Sage.
- Madureira, A. F. A., & Branco, A. M. C. U. (2005). Construindo com o outro: uma perspectiva sociocultural construtivista do desenvolvimento humano. In: Dessen, M.A., & Junior, A.L.C.A (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano*, 90-109. Porto Alegre: Artmed.
- Maia, M. B.(2010). *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da Gravidez: parto e puerpério*. (14ª Ed). São Paulo: Saraiva.
- Malheiros, P. A., Alves, V. H., Rangel, T. S. A., & Vargens, O. M. D. C. (2012). Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(2), 329.
- Mattos, E. (2013). *Desenvolvimento do self na transição para a vida adulta: Um estudo longitudinal com jovens baianos*. (Tese de doutorado). Universidade Federal da Bahia.
- Meira, L.M.A. (2009). *Mudanças narrativas: estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida*. Tese de doutoramento. Universidade de Minho - Instituto de Educação e Psicologia.
- Melo, C. O. M. (2007). *Violência institucional no âmbito da saúde reprodutiva: a percepção de mulheres usuárias do SUS, na cidade de Natal/RN*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Nagahama, E. E. I., & Santiago, S. M. (2008). Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1859-68.
- Nogueira, A.T. (2013). *A alma do parto*. São Paulo: Biblioteca 24 horas.
- Odent, M. (2002). *O renascimento do parto*. Manaus: AMZ Mídia Industrial.
- Oliveira, M.K. (1992). Vygotsky e o processo de formação de conceitos. In La Taille, Y., Oliveira, M.K., & Dantas, H. (Eds.), *Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão*, 23-34. São Paulo: Summus.
- Organização Mundial da Saúde (1996). *Care in normal birth; a practical guide. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit*. Family and Reproductive Health. Geneva; World Health Organization.
- Osis, M.J.M.D. (1998). Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14 (1), 25-32.
- Papalia, D.E., & Feldman, R.D. (2013). *Desenvolvimento humano*. 12ª edição. Porto Alegre: ARTMED.
- Paula, de E., & Chauvet, E. (2013). *O renascimento do Parto*. Brasília: Masterbrasil Filmes.
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 13(I), 759-768.
- Rattner, D. (2013). A humanização da atenção a nascimentos e partos no SUS. *Coletiva*, Disponível em:

[http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=134:a-humanização-da-atenção-a-nascimentos-e-partos-no-sus](http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&id=134:a-humanização-da-atenção-a-nascimentos-e-partos-no-sus)

- Rattner, D., Santos, M.L., Lessa, H., & Diniz, S.G. (2010). ReHuNa - A rede pela humanização do parto e nascimento. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 4, 215-228.
- Rede Nacional Feminista de Saúde (2002). *Dossiê Humanização do Parto*. São Paulo.
- ReHuNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - Carta de Campinas (1993). *In: Rattner, D., & Trench, B. Humanizando Nascimentos e Partos*. São Paulo: Editora Senac.
- Reis, A.E., & Patricio, Z. M. (2005). Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciências & Saúde Coletiva*. 10 (suplementar), 221-230.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). Innovation and stability within the dialogical self: the centrality of ambivalence . *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126.
- Salgado, H. O., Niy, D. Y., & Diniz, C. S. G. (2013). Meio groge e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Jornal of Human Growth and Development*. 23 (2), 190-197.
- Salgado, J., & Gonçalves, M. M. (2007). The dialogical self: social, personal, and (un)counscious. In A. Rosa, & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge Handbook of Socio-Cultural Psychology*, 608-621. Cambridge: Cambridge University Press.
- Santos, A., & Gonçalves, M. M. (2009). Innovative moments and change processes in psychotherapy: An exercise in new methodology. In J. Valsiner, P. C. M. Molenaar, M. C. D. P. Lyra, & N. Chaudhary (Eds.), *Dynamic process methodology in the social and developmental sciences* (pp. 493-526). New York: Springer.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2010). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. In *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 129-139.
- Santos, A., M. M. Gonçalves, Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 82 (4), 449-466.
- Santos, L. M., & Pereira, S. S. C.(2012). Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis*, 22 (1), 77-97.
- Sarlo, B.(2007). *Tempo passado: cultura da memória e guinada subjetiva*. São Paulo: Companhia das letras; Belo Horizonte; UFMG.



- Sarmiento, R., & Setúbal, M.S.V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista Ciências Médicas, Campinas*, 12 (3), 261-268.
- Soifer, R. (1986). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Tedesco, R.P., Maia Filho, N.L., Mathias, L., Benez, A.L., Castro, V.C.L., Bourroul, G.M., & Reis, F.I. (2004). Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 26(10), 791-798.
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (2), 419-427.
- Tornquist, C. S. (2004). *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil* (Tese de Doutorado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Valsiner, J. (2004). The promoter sign: developmental transformation within the structure of dialogical self. In: *Developmental Aspects of The Dialogical Self*, Gent.
- Valsiner, J. (2012). *Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Valsiner, J. (2013). *An invitation to Psychology*. London: Sage.
- Versiani, C.C., Barbieri, M., Gabrielloni, M. C., & Fustioni, S.M. (2015). *Journal Research Fundamental Care Online*. 7 (1), 1927-1925. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935
- Wolff, L.R., & Waldow, V.R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto, *Saúde Sociedade*, 17, (3), 138-51.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Zittoun, T. (2004). Symbolic competencies for developmental transitions: the case of the choice of first names, *Culture Psychology*, 10, 131-161.
- Zittoun, T. (2006). *Transitions: development through symbolic resources*. Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- Zittoun, T (2008). Learning through transitions: the role of institutions. *European Journal of Psychology of Education*, 23, 2, 165-181.
- Zittoun, T. (2009). Dynamics of life-course transitions: a methodological reflection. In J. Valsiner, P. Molenaar, M. Lyra, & N. Chaudhary (Eds.), *Dynamic process methodology and the social and developmental sciences*, 405 - 429. New York: Springer.

Zittoun, T. (2012). Life-Course: A Socio-Cultural Perspective. In J. Valsiner. *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*.

**ANEXO I****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos a senhora para participar da pesquisa **SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO EM NARRATIVAS DE MULHERES ATENDIDAS NA REDE PRIVADA**, na responsabilidade da pesquisadora Isa Patrícia Barbosa Cardoso, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cecília Sousa Bastos, a qual pretende analisar nas narrativas de mulheres atendidas em maternidades privadas os significados construídos acerca da violência na assistência que lhes foi prestada durante o processo do parto.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista narrativa contando sua experiência sobre como aconteceu à assistência ao parto na maternidade onde você teve o seu filho (a). Esta entrevista será gravada, após seu consentimento, e será transcrita, possibilitando manter maior fidedignidade às informações. O risco decorrente de sua participação na pesquisa refere-se ao surgimento de desconforto psicológico (tristeza ou angústia), caso alguma pergunta da entrevista suscite lembranças negativas.

Caso isso ocorra, a senhora poderá interromper sua participação na pesquisa. Todavia, se a senhora aceitar participar, estará contribuindo com a humanização da saúde da mulher no Brasil acerca da assistência ao parto, poderá promover mudanças que visem melhorar o atendimento do cuidar e do assistir a parturiente no contexto hospitalar.

Se depois de consentir em sua participação, a senhora desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A senhora não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira por sua participação nesta pesquisa.

Os dados da pesquisa serão armazenados durante o período de cinco anos, analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, a senhora poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (71) 3283 6442, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Escola de Enfermagem - UFBA, na Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia, telefone (71) 3283-7615.

**Consentimento Pós-Informação**

Eu,

\_\_\_\_\_ fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

**ANEXO II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****DADOS REFERENTES À PARTICIPANTE DA PESQUISA**

1. Nome completo: \_\_\_\_\_

2. Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 3. Estado onde reside: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade:

1º grau incompleto    1º grau completo    2º grau incompleto  
 2º grau completo    Formação universitária incompleta    Formação universitária completa    Especialização    Mestrado    Doutorado

5. Ocupação atual: \_\_\_\_\_

6. Religião: \_\_\_\_\_ Praticante: Sim Não

7. Estado civil: \_\_\_\_\_

8. Ocupação do marido / parceiro atual (quando for o caso): \_\_\_\_\_

9. Renda familiar mensal:

1 a 3 salários mínimos    4 a 5 salários mínimos    Mais de 6 salários

10. Informações sobre o filho

Ano de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo:

Masculino      Feminino

## ANEXO III

### ROTEIRO

#### Contatos iniciais:

*O meu interesse mais geral é compreender o significado da violência na assistência recebida no trabalho de parto e parto. Você pode contar de forma bastante livre, sobre como aconteceu à assistência ao parto na maternidade onde você teve o seu filho(a).*

*Em um segundo momento, se necessário, poderei fazer algumas perguntas sobre seus sentimentos e significados atribuídos à assistência recebida.*

**Pergunta disparadora: Como se deu o seu processo de trabalho de parto, desde o momento das primeiras dores ou chegada à maternidade até o nascimento de seu bebê, ressaltando a assistência recebida da equipe de saúde e médico nesse processo?**

ASSISTÊNCIA AO PARTO	DETALHAMENTO E POSSÍVEIS QUESTÕES
<b>Antes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você imaginou ou sonhou o nascimento de seu filho(a)?</li> <li>• Quais eram suas expectativas sobre a assistência que você receberia no seu parto?</li> </ul>
<b>Durante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais foram as suas percepções acerca das práticas assistenciais ao seu parto?</li> <li>• Aconteceu alguma coisa que você sentiu como sendo de violência ou maltrato que marcou a sua experiência?</li> <li>• Com quem você contou como seu suporte emocional durante o processo do parto, parto e pós-parto?</li> <li>• O que aconteceu de mais significativo nos aspectos positivo e negativo nesse processo de parto?</li> </ul>
<b>Depois</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando você começou a conhecer o movimento social sobre o parto humanizado?</li> <li>• Quando você interpretou que o que você vivenciou foi uma violência obstétrica?</li> <li>• Como você se percebe hoje, após vivenciar sua história de parto?</li> <li>• O que mudou em você após todas as coisas que você vivenciou?</li> </ul>