



Universidade Federal da Bahia – UFBA
Instituto de Psicologia – IPsi
Programa de Pós-graduação em Psicologia – PPGPSI

Patrícia Brito Ribeiro

Significados da maternidade para mulheres que vivenciaram a violência obstétrica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos
Coorientador: Prof. Dr. Márcio Santana da Silva

Salvador
2017

Patrícia Brito Ribeiro

Significados da maternidade para mulheres que vivenciaram a violência obstétrica

Dissertação elaborada como requisito de avaliação parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (PPGPSI/UFBA).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos

Coorientador: Prof. Dr. Márcio Santana da Silva

Salvador

2017

Ribeiro, Patrícia Brito
R484 Significados da maternidade para mulheres que vivenciaram a violência
Obstétrica / Patrícia Brito Ribeiro. - 2017.
122 f. : il.

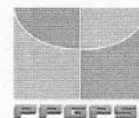
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos
Coorientador: Prof^o Dr^o Márcio Santana da Silva
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia,
Salvador, 2017.

1. Mulheres – Violência nos hospitais. 2. Maternidade. 3. Psicologia étnica.
4. Violência – Aspectos morais e éticos. 5. Obstetrícia - Violência. I. Bastos, Ana Cecília
de Sousa Bittencourt. II. Silva, Márcio Santana da. III. Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Psicologia. IV. Título.

CDD: 361.3



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



TERMO DE APROVAÇÃO

“SIGNIFICADOS DA MATERNIDADE PARA MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA”

Patrícia Brito Ribeiro

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Ana Cecília de Sousa Bittencourt Bastos (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Prof.^a Dr.^a Ana Maria de Oliveira Urpia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Prof.^a Dr.^a Maria Virginia Machado Dazzani
Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador, 30 de março de 2017.

Agradecimentos

À minha mãe Clarice, meu alicerce, exemplo de determinação, força e afeto, por sempre ter acreditado, investido e possibilitado a minha formação pessoal e profissional.

Às minhas filhas Letícia e Bruna, motivos de grande orgulho em minha vida, pelas pessoas que estão se tornando, livres de preconceitos e repletas de amor e respeito ao outro. Obrigada pela compreensão nos momentos de ausência, pelo carinho e apoio nos momentos de angústia. Vocês me transformam a cada dia em uma pessoa melhor. Minha Lê, obrigada pela ajuda na transcrição!

Ao meu bebê Guilherme, meu sonho realizado, obrigada por trazer a minha vida tantas mudanças, tanto amor e tanta felicidade. Obrigada por aceitar as minhas ausências e por compartilhar os nossos momentos de cuidado e amamentação com a produção deste trabalho. Agradeço também a Rose por ter cuidado dele com tanto zelo e carinho nas minhas ausências.

Ao meu amor, João Marcos, meu companheiro, meu parceiro na realização de tantos projetos de vida, exemplo de profissional e de pessoa, a minha admiração e respeito sempre! Obrigada pelas leituras incansáveis, pelos conselhos indispensáveis, pelo apoio, pelo acolhimento e por todo amor que acalma o meu coração.

À minha tia querida, Claudice, por sempre acreditar em mim e me estimular com tanto carinho, amor e admiração.

Aos meus sogros, Gerusa e Marcelo, exemplo de profissionais e pessoas, agradeço pelas discussões compartilhadas e pelo carinho de sempre.

Ao meu amado Serviço de Psicologia do HAN, agradeço pela compreensão e por terem facilitado esta trajetória, compartilhando no meu dia a dia tanto afeto, acolhimento e galhardia.

Vocês são os melhores! Saudades eternas!

Aos colegas do grupo de pesquisa, em especial aos semióticos, agradeço pelo olhar generoso, pelas experiências compartilhadas e pelas palavras acolhedoras.

À colega Julianin, agradeço pela sensibilidade e por ter se preocupado tão genuinamente comigo quando precisei. Obrigada pela leitura, pelo afago, por ter me ajudado a acreditar que era possível e por me ensinar que a vida só faz sentido se pudermos nos apoiar uns aos outros.

À incentivadora, orientadora e professora Ana Cecília Bastos, por ter me permitido fazer parte do seu grupo e ter acreditado na realização deste trabalho.

Ao meu coorientador Márcio da Silva, que me apresentou à Psicologia Cultural, agradeço a liberdade em traçar a minha trajetória de pesquisa e o estímulo a determinação e perseverança.

Às pessoas e instituições que facilitaram o meu acesso às participantes e disponibilizaram espaços para escuta, permitindo a realização deste trabalho e me receberam de maneira respeitosa e cuidadosa.

Finalmente, às mulheres, que aceitaram participar desta pesquisa, agradeço pela confiança em compartilhar suas trajetórias de vida.

“Um conselho eu daria pras minhas filhas e pra todo mundo. Nunca deixe ninguém fazer nada com o seu corpo, se você acha que não tá no seu limite, se não tá no seu padrão. Eu daria pra qualquer pessoa esse conselho. Com você, com seu corpo, com sua mente, com seu coração, se você acha que tá errado vá à luta e não deixe, mesmo que te digam, que te dêem argumentos que aquilo ali é o melhor pra você, se você achar que não é, não vá”.

(Isaura, 28 anos)

Resumo

A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero, entendida como ações realizadas pelos profissionais de saúde, sejam elas físicas ou verbais, que anulam a autonomia da mulher nas decisões sobre o seu corpo e seu processo reprodutivo, através de uma assistência desumanizadora, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais. No contexto de uma atenção obstétrica marcada por atos de violência, cabe uma reflexão sobre as emoções e as particularidades de cada vítima. A partir da perspectiva semiótica da Psicologia Cultural este estudo tem como objetivo geral compreender como as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica constroem os significados da maternidade. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo e exploratório, que utilizou como delineamento o estudo de casos múltiplos. Participaram do estudo quatro mulheres com idades de 28 a 34 anos, escolaridade da alfabetização ao ensino superior incompleto. Residentes e naturais da cidade do Salvador, três das participantes vivenciaram a experiência do parto em instituições públicas de Salvador e apenas uma participante experienciou o parto em uma instituição pública na cidade de São Paulo. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma ficha de dados sociodemográficos e uma entrevista narrativa sobre violência obstétrica. Os dados foram analisados na perspectiva categorial baseada em conteúdo. Os resultados mostraram narrativas contrastantes e foram apresentados em duas subseções: (a) narrativas marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica e (b) narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica. Os resultados, de modo geral, mostraram que todas as participantes foram afetadas pela violência obstétrica. Apesar de terem vivenciado a experiência de violência obstétrica de formas distintas, todas as participantes utilizaram o apoio familiar e a crença religiosa para lidar com a experiência do parto. Em relação as condições de emergência semiótica, os resultados sugerem que a tensão e a ambivalência parecem não ser constantes, pressupõe-se que flutuam entre período de baixa, média e alta tensão e ambivalência. A experiência da violência obstétrica contribuiu para emergência de novos significados da maternidade como força e plenitude.

Palavras-chave: maternidade, violência obstétrica, psicologia cultural

Abstract

Obstetric violence is a form of gender violence, understood as actions carried out by health professionals, whether physical or verbal, that annul the autonomy of women in decisions about their body and their reproductive process, through dehumanizing assistance, Abuse of medicalization and the pathologization of natural processes. In the context of obstetric attention marked by acts of violence, it is necessary to reflect on the emotions and particularities of each victim. From the semiotic perspective of Cultural Psychology this study has the general objective to understand how women who have experienced obstetric violence construct the meanings of motherhood. This is a qualitative and exploratory study, which used as a study the multiple case study. Four women aged 28 to 34 years, literacy level in incomplete higher education participated in the study. Residents and natives of the city of Salvador, three of the participants experienced the experience of childbirth in public institutions in Salvador and only one participant experienced delivery in a public institution in the city of São Paulo. The instruments used in the research were a socio-demographic data sheet and a narrative interview on obstetric violence. Data were analyzed from a content-based categorical perspective. The results showed conflicting narratives and were presented in two subsections: (a) narratives marked by the presence of obstetric violence discourse and (b) narratives marked by the absence of obstetric violence discourse. The results, in general, showed that all participants were affected by obstetric violence. Although they experienced the experience of obstetric violence in different ways, all participants used family support and religious belief to deal with the experience of childbirth. Regarding the conditions of semiotic emergence, the results suggest that tension and ambivalence do not seem to be constant, they are assumed to fluctuate between low, medium and high voltage periods and ambivalence. The experience of obstetric violence contributed to the emergence of new meanings of motherhood as strength and fullness.

Keywords: maternity, obstetric violence, cultural psychology

Sumário

Lista de Figuras	11
Apresentação	12
Introdução.....	13
Violência obstétrica.....	19
Caracterização e tipificação do conceito de violência obstétrica.....	19
Avaliação dos impactos da violência obstétrica.....	21
As experiências das mulheres que vivenciaram a violência obstétrica.....	22
Delimitação do objeto de estudo.....	27
Fundamentação Teórica	28
Rupturas-transições.....	32
Condições de emergência semiótica	35
Método	39
Delineamento	39
Contexto do estudo e participantes.....	39
Caracterização sociodemográfica.....	40
Instrumentos	41
Ficha de dados sociodemográficos.....	41
Entrevista sobre violência obstétrica.....	41
Procedimentos de coleta de dados.....	41
Procedimentos de análise de dados	42
Considerações éticas	42
Resultados	44
Narrativas marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica	45
Caso 1 – Dandara	46
Caso 2 – Isaura.....	67

Narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica	77
Caso 3 – Luana	77
Caso 4 – Maria	86
Discussão.....	92
Considerações finais.....	104
Referências	108

Lista de Figuras

Figura 1. Caracterização sociodemográfica das participantes.

Figura 2. Categorias de análise das narrativas.

Figura 3. A maternidade como ruptura na trajetória de vida da mulher.

Figura 4. Sobreposição de rupturas.

Apresentação

“Transformar a experiência do parto significa modificar a relação das mulheres com o medo e debilidade, com nossos corpos, com nossas filhas e filhos; suas implicações são de grande alcance psíquico e político”.

Adrienne Rich

As recomendações sobre a Humanização do Parto têm sido mais frequentes em todo mundo a partir da divulgação de determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Organização Mundial de Saúde, 2005, 2014) e de novas políticas públicas de saúde que visam à garantia dos direitos das mulheres e o respeito a sua saúde sexual e reprodutiva. A partir desse movimento e da constatação de que as políticas para promover uma assistência obstétrica respeitosa não foram adotadas ou não foram convertidas em ações preventivas eficazes, surge a discussão sobre a violência obstétrica (C. S. G. Diniz, 2005).

Inseridas no contexto da assistência obstétrica, pública ou privada, encontram-se mulheres que se deparam constantemente com a dificuldade de acesso a assistência a saúde e com profissionais, vivenciando situações de fragilidade e violência com consequências psicológicas, físicas, econômicas e sociais (Rattner, 2009a). Justifica-se um estudo sobre violência obstétrica devido a sua repercussão na saúde pública e mais especificamente na saúde da mulher, pois mulheres afetadas pela violência, muitas vezes, retratam suas lembranças desse período como uma experiência traumática (J. M. Aguiar, 2010; S. G. Diniz, D’Oliveira, & Lansky, 2012; Parker, 2004; M. F. Santos, 2014; Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2009). Tais experiências podem desenvolver nas mulheres transtornos psiquiátricos, como o transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade e a depressão pós-parto trazendo prejuízos sociais e econômicos, inclusive podendo afetar a formação do vínculo mãe-bebê e comprometer a sua relação conjugal (Larkin, Begley, & Devane, 2012; Parker, 2004; Souza, 2014; Zambaldi et al., 2009).

O interesse por tal problemática surgiu a partir da minha experiência pessoal como usuária do sistema privado de assistência a saúde obstétrica em Salvador, Bahia e, posteriormente, da vivência como psicóloga de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, quando pude compartilhar, através das narrativas de diversas mães, de experiências singulares de partos. O conhecimento pessoal e profissional fomentaram o desejo de estudar sobre o processo de tornar-se mãe, mais especificamente, sobre os cuidados oferecidos pela equipe de saúde no período da gestação, do parto e do puerpério e como essa experiência afeta a vida das mulheres e a vivência da maternidade.

Introdução

A história da parturição no Brasil mostra que, tradicionalmente, os partos eram realizados, nos domicílios das parturientes, por mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres ou parteiras leigas (Brenes, 1991). A experiência do parto era compartilhada com a família e com outros membros significativos da rede de apoio social da gestante. As modificações em tal cenário da assistência obstétrica nacional começaram com a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro e a conseqüente modernização da cidade e o estabelecimento da medicina higiênica, presente na Europa, com o objetivo de sujeição e controle populacional (Carneiro, 2015).

Diante dos surtos epidêmicos e dos altos índices de mortalidade, entre 1813 e 1815, surge no Brasil a valorização do saber médico e um movimento de combate às demais práticas de cuidado não-científicas, que passam a ser condenadas não apenas pela medicina, como também pelas demais instâncias sociais, como a Igreja e as autoridades civis. Tais mudanças contribuem para a medicalização do parto e sua migração dos domicílios para os hospitais (Carneiro, 2015).

A utilização dos avanços tecnológicos foram intensificados nas últimas décadas para a assistência à saúde reprodutiva da mulher, com o apoio da comunidade médica e o objetivo de

proporcionar uma maior qualidade na assistência ao parto. Tal avanço potencializou a medicalização do parto e a adoção de intervenções, por parte dos profissionais de saúde, como rotina, como a episiotomia¹, a cesárea eletiva, a manobra de Kristeller², realizadas sem ao menos contar com uma avaliação cuidadosa e adequada. A crença dos profissionais de saúde é que a adoção de tais procedimentos proporciona maior qualidade na assistência ao parto e ao pós-parto (S. G. Diniz & Chacham, 2006).

Porém, apesar dos avanços tecnológicos e da modernização da assistência obstétrica em todo mundo, a manutenção das taxas de mortalidade materna e perinatal chamaram a atenção para a necessidade de revisão dos procedimentos e intervenções adotados como rotina nesse contexto da saúde (Ciello et al., 2012; Hotimsky, Rattner, Venancio, Bógus, & Miranda, 2002; Rattner, 2009a; Salgado, 2012). A obrigação da revisão dos procedimentos e intervenções realizados na assistência a saúde possibilitou a realização de diversos estudos nessa área para a discussão da eficácia e segurança dessas práticas (Ciello et al., 2012; C. S. G. Diniz, 2001, 2005; S. G. Diniz & Chacham, 2006; Gama, Giffin, Angulo-Tuesta, Barbosa, & d'Orsi, 2009; Miranda, 2009; J. de O. Santos & Shimo, 2008; R. A. A. dos Santos, Melo, & Cruz, 2015).

Em 1979, Ano Internacional da Criança, foi criado na Europa um Comitê para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal naquele continente. Surgem então, nesse período, grupos de pesquisadores independentes que buscaram sistematizar os estudos sobre a eficácia e segurança dos procedimentos e intervenções realizados pela medicina. É o advento da Medicina Baseada em Evidências, que reuniu médicos de diversas especialidades de todo mundo para realizar revisões sistemáticas sobre as várias áreas da medicina. O grupo que realizou a revisão sistemática sobre a gravidez e o parto foi o primeiro de centenas que surgiram de outras especialidades médicas.

¹ Episiotomia é um corte da musculatura, tecidos eréteis, nervos e vasos da vulva e vagina com a intenção de ampliar o canal de parto (C. S. G. Diniz, 2009)

² Manobra de Kristeller são compressões abdominais realizadas pelas mãos que envolvem o fundo do útero (Hotimsky, 2007)

A revisão sistemática realizada pela equipe da obstétrica comprovou, através de avaliações científicas, que o mínimo de intervenção está relacionada a uma maior segurança no parto (C. S. G. Diniz, 2001; S. G. Diniz & Chacham, 2006). Com isso, incentivou-se a incorporação de mudanças na assistência ao parto, trazendo para o contexto brasileiro a necessidade de adaptação da assistência através de novas políticas públicas de saúde. Diniz (2001), descreve um breve histórico sobre a crise do modelo da assistência vigente no mundo para discutir os limites e as possibilidades da humanização do parto e de uma nova política criada para atender as novas demandas que buscam respeitar os direitos e a autonomia da mulher.

Os processos para a humanização da assistência ao parto no Brasil se estabeleceram em diferentes estados, através de movimentos realizados por profissionais da área, lideranças políticas e pesquisadoras. Dentre os movimentos, surgiu a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), fundada em 1993, com a divulgação da Carta de Campinas, documento que denunciou as circunstâncias de violência e de constrangimento que ocorriam durante a assistência obstétrica daquela época (C. S. G. Diniz, 2005). A ReHuNa aproximou representantes dos movimentos pela humanização do parto de todo o país com os objetivos de denunciar práticas violentas e abusivas e de promover mudanças na assistência ao parto (C. S. G. Diniz, 2005). A partir dos encontros realizados e promovidos pela ReHuNa, o movimento pela humanização do parto no Brasil foi se consolidando e, em 2010, na III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, realizada em Brasília, o Brasil foi apontado como a atual liderança do movimento por outra forma de assistência ao parto (Carneiro, 2015).

A ReHuNa e iniciativas governamentais, como a inauguração da primeira maternidade humanizada no Rio de Janeiro em 1994, a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas em 1998 e a proposição das Casas de Parto, promoveram um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde. O Programa de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como metas o atendimento integral e humanizado às gestantes nas instituições públicas de saúde, com o objetivo de qualificar o cuidado e reduzir a mortalidade materna e perinatal, e a Política Nacional de Humanização (PNH), lançados em 2000 pelo Ministério da Saúde, buscam compreender a humanização como a valorização dos múltiplos sujeitos implicados no processo de produção da saúde (C. S. G. Diniz, 2005; Rattner, 2009b).

No entanto, apesar das novas políticas públicas vigentes no país, o Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, realizou uma pesquisa entre 2011 e 2012, *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento no Brasil*. Tal pesquisa apresentou dados que mostram os profissionais de saúde brasileiros mantendo um modelo intervencionista, contrário às últimas recomendações mundiais. No Brasil foi observado o aumento das taxas de cirurgias cesarianas, chegando a 88%, na rede privada, e 46%, na rede pública e a manutenção do número de intervenções realizadas no parto normal assistido, como a episiotomia que só é recomendada entre 15 e 30% dos casos, mas vem sendo utilizada como procedimento de rotina (S. G. Diniz & Chacham, 2006).

O modelo hegemônico de atenção ao parto no Brasil é um modelo biomédico e intervencionista, que diminui a possibilidade de escolha da mulher, sua história, suas experiências, medos e desejos, favorecendo a passividade no seu processo de cuidado da gestação ao pós-parto (Rosa Maria S. M. Domingues, Santos, & Leal, 2004). Com isso, esse período da vida da mulher é lembrado como uma experiência traumática, marcada pela dor, pela violência e pela solidão, como mostram estudos realizados nos últimos anos sobre a prevalência de violência obstétrica (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Ciello et al., 2012; Pereira, 2004; Quevedo, 2012; Salgado, 2012; Teixeira & Pereira, 2006).

Na revisão de literatura nacional e internacional, foram encontradas nomenclaturas diferentes para se referir ao tema da violência obstétrica como, por exemplo, violência

institucional (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; J. M. Aguiar, 2010), desrespeito, maus tratos e abuso na atenção obstétrica (McMahon et al., 2014; Schroll, Kjærgaard, & Midtgaard, 2013) e violência de gênero no campo da saúde (Schraiber, D'Oliveira, Portella, & Menicucci, 2009). Entretanto, na legislação brasileira, ainda não há uma definição para esse tipo de violência e, por esta razão, neste estudo será adotado o termo violência obstétrica, a partir da definição da Lei Orgânica da Venezuela de 2007. A escolha por essa nomenclatura trata-se de um posicionamento político, em primeiro lugar, por defender que a violência obstétrica está diretamente relacionada com a questão de gênero, etnia e classe social (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Asamblea Nacional, 2007; Leal et al., 2014) e em segundo lugar por esse tipo de violência ocorrer em ambientes específicos de assistência obstétrica (Asamblea Nacional, 2007).

A partir da definição da Lei Orgânica da Venezuela de 2007, compreende-se a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, entendida como ações realizadas pelos profissionais de saúde, sejam elas físicas ou verbais, que anulam a autonomia da mulher nas decisões sobre o seu corpo e seu processo reprodutivo, através de uma assistência desumanizadora, do abuso da medicalização e da patologização dos processos naturais (Asamblea Nacional, 2007). Uma assistência é considerada desumanizadora quando desrespeita dois aspectos fundamentais da política de humanização: (1) o dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e (2) a adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (Brasil, 2002).

A violência de gênero tem suas bases fixadas nas características das sociedades patriarcais, nas quais prevalecem estruturas de discriminação e subordinação da mulher que consolidam a formação de conceitos e valores que desqualificam sistematicamente a mulher, suas atividades e opiniões (Asamblea Nacional, 2007). Por ter sua base fixada na sociedade patriarcal e por poder ocorrer de forma sutil, a violência obstétrica nem sempre é reconhecida por sua vítima como um ato de violência. Embora, mesmo sem tal reconhecimento, esse tipo

de violência possa acontecer e favorecer a ocorrência de transtornos psiquiátricos, limitações físicas e comprometer o vínculo mãe-bebê (J. M. Aguiar, D'Oliveira, & Schraiber, 2013).

A violência é um fenômeno social, que envolve relações culturais, políticas e econômicas historicamente construídas (Ristum, 2014) e pressupõe uma desigualdade de poder (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011). Na assistência obstétrica, a relação entre as usuárias e o profissional de saúde é caracterizada pela assimetria de poder (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011). Nessa relação, o profissional de saúde de diferentes formações é reconhecido pela sociedade, pelo Estado e pela cultura como o especialista para o cuidado, promoção e prevenção em saúde (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011). Durante a gestação, o parto e o puerpério, os profissionais e as instituições de saúde são as principais fontes para acompanhamento e o eventual tratamento, por essa razão a autonomia da mulher para as decisões sobre o seu corpo e os cuidados do seu bebê é diminuída, assim como a possibilidade de se opor em casos de abuso, maus tratos ou desrespeito.

É importante ressaltar que alguns grupos de mulheres se tornam mais vulneráveis ao cuidado da medicina e à vitimização pela violência obstétrica. A violência obstétrica está associada a outros fatores socioculturais e econômicos como idade, escolaridade, classe social e etnia. As principais afetadas pela violência obstétrica são as mulheres negras, de baixa renda e de baixa escolaridade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Hotimsky et al., 2002; McCallum & Reis, 2006).

No contexto de uma atenção obstétrica marcada por atos de violência, cabe uma reflexão sobre as emoções e as particularidades de cada vítima. A partir da perspectiva semiótica da Psicologia Cultural, considerando que os significados orientam e medeiam os atos de cada indivíduo e são construídos a partir das interações sociais de cada um (Correia, 2003), este estudo tem como questão central, como as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica constroem os significados da maternidade?

Violência obstétrica

A produção teórica e empírica sobre a humanização do parto vem crescendo em todo mundo, principalmente com o foco nos relacionamentos interpessoais entre os pacientes e a equipe de assistência obstétrica (C. S. G. Diniz, 2005; Rosa M. S. M. Domingues et al., 2014; Rattner, 2009a). Embora diversos estudos realizados, principalmente por antropólogas feministas, na perspectiva etnográfica, venham discutindo nas últimas décadas modelos de assistência ao parto e denunciando as diversas violências sofridas pelas mulheres no contexto da assistência obstétrica (Davis-Floyd, 2003; Martin, 2001; McCallum & Reis, 2006), tais produções ainda são primordiais e oportunas para a atual discussão sobre o parto e as mais novas políticas públicas de incentivo à assistência humanizada no contexto da atenção obstétrica brasileira.

Na literatura nacional e na internacional, é possível encontrar estudos sobre violência obstétrica com diversos objetivos, tais como: (a) caracterização e tipificação do conceito (Bohren et al., 2015; Borba, 2012; Bowser & Hill, 2010), (b) avaliação dos impactos (Souza, 2014) e (c) estudos com foco nas experiências das mulheres (J. M. Aguiar, 2010; Larkin et al., 2012; McMahon et al., 2014; Salgado, 2012; Schroll et al., 2013).

Caracterização e tipificação do conceito de violência obstétrica. No que concerne à caracterização da violência obstétrica, Borba (2012) buscou, através de uma revisão integrativa proposta pelo método de Cooper, a caracterização da violência embasada em seus tipos, na identificação dos profissionais envolvidos e nos locais de ocorrência. Nos resultados encontrados, constatou-se que a violência ocorre em todas as etapas do processo de parto e principalmente no pré-parto. Em relação aos profissionais, o médico foi frequentemente descrito como um dos atores da violência, porém, foi observada uma tendência de generalização da violência como prática de outros profissionais de saúde. No que se refere aos tipos, a negligência foi identificada como mais frequente, seguida pela ausência de informação,

tratamento grosseiro, objetificação e promoção de desconforto durante os procedimentos.

Outros estudos de revisão também buscaram a caracterização do construto como, por exemplo, o estudo de revisão sistemática de Bohren et al. (2015). Nessa revisão, o objetivo foi sintetizar evidências qualitativas e quantitativas sobre os maus-tratos de mulheres durante o parto nas unidades de saúde, para informar o desenvolvimento de uma tipologia baseada em evidências. Foram revisados 65 estudos provenientes de 34 países. Na análise dos resultados, foram separados os estudos pela abordagem de pesquisa, qualitativos e quantitativos. Os achados qualitativos foram organizadas sob sete domínios: (1) abuso físico, (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, (4) estigma e discriminação, (5) não cumprimento de padrões profissionais de cuidado, (6) mau relacionamento entre mulheres e provedores e (7) condições e restrições do sistema de saúde. Os temas adicionais identificados nos estudos quantitativos foram integrados na tipologia. Diferente de Borba (2012), Bohren et al (2015) não apresentou, em suas análises, uma discussão sobre o envolvimento dos profissionais e nem sobre os locais de ocorrência, focalizando apenas na tipificação do construto. Porém, apesar desta limitação do estudo, sua abrangência, o objetivo e o método utilizados ofereceram contribuições para uma melhor compreensão do construto e para a delimitação deste objeto de estudo.

Bowser e Hill (2010) analisaram as evidências publicadas, na literatura, referentes à definição, abrangência, contribuições e impacto de desrespeito e abuso no parto, para avaliar intervenções e identificar as lacunas. Os termos utilizados na busca foram: cuidados abusivos, cuidado desrespeitoso, nascimento digno, comportamento de cuidado, humanização do parto, a discriminação durante o parto, o estigma, a detenção, negligência, responsabilidade, direitos humanos e parto, os profissionais de saúde, a capacitação, reparação, sistemas de saúde e parto, qualidade do atendimento, as barreiras ao tratamento de emergências obstétricas e percepção das mulheres sobre os cuidados maternos. Com base em uma revisão abrangente das evidências, sete categorias de desrespeito e abuso no parto foram identificadas: abuso físico, cuidado não-

consentido, o cuidado não-confidencial, cuidados indignos, a discriminação com base em atributos específicos das pacientes, abandono de cuidados e a detenção em instalações. As categorias propostas de desrespeito e abuso tratam sobre os direitos humanos e os princípios de ética e destinam-se a ajudar a sintetizar e organizar a ampla gama de manifestações de atenção desrespeitosa e abusiva ao parto relatados na literatura. No entanto, os autores pontuaram que as manifestações de desrespeito e abuso tipicamente caem em mais do que uma categoria, assim categorias não se destinam a ser mutuamente exclusivas.

Assim como Bohren et al. (2015), o estudo de Bowser e Hill (2010) teve como foco a tipificação da violência obstétrica, trazendo contribuições para a construção do conceito, mas sem discussões mais amplas sobre os atores da violência obstétrica e os locais onde ocorrem. Apesar dos objetivos semelhantes, os estudos foram realizados através de métodos de pesquisa diferentes. Enquanto Bowser e Hill (2010) utilizaram a revisão de literatura, Bohren et al (2015) fizeram uma revisão sistemática, para isso definiram uma estratégia de busca dos estudos, elaboraram critérios de inclusão e exclusão dos artigos e realizaram uma análise criteriosa acerca da qualidade da literatura selecionada.

Avaliação dos impactos da violência obstétrica. No que diz respeito à avaliação dos impactos da violência obstétrica, foi observada uma escassez de estudos na literatura recente, pois apenas um estudo Souza (2014) teve como objetivo investigar a associação das várias categorias de violência obstétrica com depressão pós-parto. O método utilizado foi a revisão da literatura científica a partir de uma pesquisa nos bancos de dados Scopus, análise de artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e livros e teses sobre violência obstétrica. Os artigos foram organizados em categorias, tendo como base um modelo conceitual de qualidade de cuidado a partos e nascimentos. Foram criados indicadores de violência obstétrica e construído um modelo de regressão logística, a fim de buscar a associação entre violência com depressão pós-parto.

Os resultados deste estudo identificaram uma alta prevalência de depressão pós-parto, sendo maior em mulheres adolescentes e de raça não-branca e uma forte associação positiva entre os diversos indicadores de violência na atenção obstétrica com depressão pós-parto. Também foi observada uma interação positiva em escala multiplicativa da violência profissional por negligência com raça e com idade, da violência profissional física com idade e da violência profissional verbal com raça. A partir dos resultados dessa investigação, conclui-se que os indicadores utilizados para refletir a violência obstétrica mostraram-se positivamente associados à depressão pós-parto. Tal resultado mostra a necessidade da realização de projetos de intervenção com os profissionais da assistência obstétrica buscando uma reflexão sobre a necessidade de mudanças de atitude destes profissionais que atendam aos preceitos da política de humanização.

As experiências das mulheres que vivenciaram a violência obstétrica. Em relação aos estudos realizados com foco na experiência das mulheres, foram observadas contribuições importantes nas publicações mais recentes como, por exemplo, o estudo realizado por Aguiar (2010) que teve como objetivo investigar como e porque a violência institucional acontece nas maternidades públicas no contexto brasileiro. Através de uma pesquisa de corte qualitativo, foram realizadas 21 entrevistas semiestruturadas com puérperas atendidas em maternidades públicas do município de São Paulo e 18 entrevistas com profissionais de saúde que atuam em diferentes maternidades, do mesmo município e de municípios adjacentes. A análise do material buscou relatos de violência institucional nos depoimentos e os valores e opiniões associados.

Os resultados dessa pesquisa revelaram que tanto as puérperas, quanto os profissionais entrevistados reconheceram práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas com uma frequência elevada que leva as pacientes a esperarem algum tipo de maltrato. As dificuldades estruturais, a formação pessoal e profissional e a impunidade relativa a tais atos foram apontados como causas para a violência institucional.

Os relatos também demonstraram a banalização da violência institucional através de jargões de cunho moralista e discriminatório, utilizados de maneira jocosa pelos profissionais; no uso de ameaças como forma de persuadir a paciente e na naturalização da dor do parto como preço a ser pago para se tornar mãe.

O estudo de Aguiar (2010) teve como referencial teórico autores que tratam do conceito de violência, Marilena Chauí e das relações de poder entre os profissionais de saúde e pacientes, Hannah Arendt e Foucault. As entrevistas realizadas com as mulheres tiveram como objetivo descrever as experiências das mulheres com as maternidades públicas e a ocorrência de maus tratos.

O estudo de Larkin et al. (2012), realizado na República da Irlanda, teve como objetivo descrever uma exploração das experiências de parto das mulheres. Através de um estudo qualitativo descritivo que consistiu em entrevistas com grupos focais (FGIS), foram identificados importantes aspectos das experiências de parto das mulheres. A coleta de dados foi realizada em quatro maternidades selecionadas aleatoriamente, onde foi recrutada uma amostra de conveniência de 25 mulheres que se voluntariaram para participar de cinco grupos focais. As participantes elegíveis eram maiores de 18 anos, capazes de discutir suas experiências de parto em inglês, que tivessem passado pelo trabalho de parto e tivessem tido um bebê saudável e vivo. A coleta de dados foi realizada cerca de três meses após o nascimento.

Nos resultados, foram identificados três temas principais: começar, chegar lá e consequências. As mulheres experimentaram o trabalho de parto em uma variedade de contextos e com diferentes aspirações. As parteiras desempenharam um papel fundamental na habilitação ou desenvolvimento de experiências positivas, assim como o controle era um elemento importante na experiência do parto. As mulheres muitas vezes se sentiram sozinhas e sem suporte. A ocupação das unidades hospitalares impedia a presença de acompanhantes para as mulheres tanto no início do trabalho de parto e no período após o nascimento. Algumas

mulheres chegaram a relatar que não teriam outro bebê devido a suas experiências de parto.

Apesar da pesquisa de Larkin et al. (2012) ter sido realizada em um contexto cultural diferente da pesquisa de Aguiar (2010), os dois estudos mostraram relatos de desrespeito aos direitos da mulher e do bebê. No estudo de Aguiar (2010), foram observados relatos de cunho mais discriminatório através de agressões verbais. No estudo de Larkin et al. (2012), os relatos estavam associados mais ao impedimento de um acompanhante e à falta de suporte pelos profissionais de saúde. Os resultados encontrados na pesquisa de McMahon et al. (2014), mesmo tendo sido realizada em outro país, trouxe resultados semelhantes à pesquisa de Aguiar realizada em 2010, no Brasil, o que demonstra a manutenção de uma prática assistencial na atenção obstétrica, ainda marcada pela violência e o desrespeito

McMahon et al. (2014) realizaram um estudo em 16 aldeias de quatro distritos da região Morogoro, na Tanzânia oriental, que teve como objetivo analisar como mulheres da zona rural e os seus parceiros masculinos descrevem desrespeito e abuso vivenciados durante o parto e como eles respondem ao abuso, em curto ou longo prazo. A pesquisa se baseou em entrevistas em profundidade com 112 participantes, incluindo mulheres que pariram no período anterior a 14 meses e os seus parceiros. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, traduzidas e codificadas usando ATLAS.ti. A análise baseou-se em princípios da Teoria Fundamentada.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas em Swahili. Uma fase inicial de codificação aberta e indutiva em uma seleção de transcritos ricos, diversos e representativos foi conduzida baseada em parte na teoria fundamentada. Isto resultou na criação de uma tabela de codificação que foi validada por coautores. Um coautor fluente em Swahili e Inglês aplicou os grandes códigos para transcrições restantes usando ATLAS.ti. Os dados codificados foram então traduzido do Swahili para o Inglês e uma segunda fase de codificação detalhada foi realizada por um cientista social. Durante o processo de análise, um subconjunto dos coautores discutiu os códigos e temas e fez as comparações entre os grupos de respondentes e regiões.

Isso ajudou na triangulação de conclusões e deu textura e nuance às descrições. Baseando-se nos princípios da teoria fundamentada, uma revisão da literatura seguiu a conclusão de codificação.

Quando inicialmente descreveram suas experiências de parto, as mulheres retrataram a assistência dos cuidadores como insatisfatória. Após a sondagem, as mulheres relataram eventos ou circunstâncias que são descritas como abusivas na literatura da saúde materna: sentiram-se ignoradas ou negligenciadas; demandas monetárias ou tratamento discriminatório; abuso verbal e raros casos de abuso físico. Os resultados foram consistentes em todos os grupos de respondentes e distritos. Como resposta ao abuso, as participantes descreveram estratégias aquiescência ou de não confrontação: resignar-se ao abuso, voltar para casa ou ignorar certas instalações ou provedores. Os entrevistados do sexo masculino descreveram abordagens mais ativas: solicitar um melhor atendimento, pagar propina, apresentação de uma denúncia e agressão de um cuidador.

Salgado (2012) realizou um estudo no Brasil com o objetivo de descrever e analisar a experiência da cesárea autoreferida como indesejada por mulheres que buscaram um parto normal e os mecanismos associados à discrepância entre o desejo original (de passar por parto normal) e o desfecho (a realização de uma cesárea) e suas implicações no pós-parto, a saber, no aleitamento materno, na ocorrência de depressão pós-parto/babyblues e na formação do vínculo. A pesquisa qualitativa, contou com o preenchimento de roteiro de questões semiestruturadas, via e-mail, por mulheres participantes de mídias sociais, e análise dos dados a partir de categorias pré-determinadas e novas categorias advindas da análise.

Os resultados da pesquisa evidenciaram o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, como o convencimento para realizar a cesárea com base em informações distorcidas e ameaçadoras, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas na condução do pré-natal e do

trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante, a privação do contato com o bebê após o nascimento, o uso de medicamento para sedar as mulheres logo após o parto, entre outras ocorrências analisadas sob a ótica da violência institucional obstétrica. A análise dos resultados empíricos foi pautada na perspectiva das relações de gênero. Os resultados deste estudo reforçam as evidências encontradas nos estudos de McMahon et al. (2014) e Aguiar (2010) de uma assistência na gestação, parto e puerpério marcada pela violência obstétrica.

Schroll (2013) realizaram um sub-estudo do estudo de Bidens (sigla da Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estónia, Noruega e Suécia). O objetivo do estudo foi descrever como as mulheres, que já haviam sofrido abuso nos cuidados da saúde, davam sentido e manejavam sua experiência durante a gravidez, o parto e no período pós-natal precoce. A partir de uma perspectiva da psicologia fenomenológica, mulheres que haviam relatado sofrimento substancial como resultado de uma experiência anterior de abuso dentro do sistema de saúde (*abuse in health care – AHC*), foram propositalmente selecionadas em uma amostra dinamarquesa de um estudo multinacional de coorte, dos eventos negativos de vida entre as mulheres grávidas (o estudo Bidens). Onze mulheres foram entrevistadas individualmente por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada. As transcrições das entrevistas foram analisadas por meio de uma análise qualitativa sistemática de condensação de texto.

Nos resultados, quatro categorias foram identificadas para descrever as experiências de AHC das mulheres e suas consequências sobre a gravidez e o parto: atos abusivos de dano não-intencional e desumanização, memória corporal e achado a força para seguir em frente. O abuso nos cuidados de saúde pode ter consequências profundas sobre a vida reprodutiva das mulheres, entre outros que afetam a sexualidade, o desejo de ter filhos e as expectativas da via de parto. No entanto, as mulheres descreveram formas construtivas para gerir a experiência, para que os profissionais de saúde também possam contribuir significativamente.

Apesar da existência de diferentes estudos sobre violência obstétrica, foi observado

ainda um número restrito tanto na literatura nacional, quanto na literatura internacional, de estudos que tratem dessa temática a partir da perspectiva da vítima, fator que revela a necessidade de um maior aprofundamento. Além dos poucos estudos levantados, apenas um deles buscou descrever os significados e sentidos da violência obstétrica, no entanto, a partir da perspectiva fenomenológica. Não foram achados estudos que tratem da construção de significados da maternidade para as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica, a partir da perspectiva da psicologia cultural de abordagem semiótica, analisando também o processo de construção após a experiência de violência obstétrica. Tais observações mostram a lacuna nos estudos realizados sobre o conceito de violência obstétrica, apontando para a necessidade de uma avaliação mais ampla e um aprofundamento.

Delimitação do objeto de estudo. Diante do que foi apresentado na seção de revisão de literatura, na qual foi observada uma lacuna nos estudos realizados sobre a violência obstétrica, foram observados poucos estudos que avaliaram as consequências desse evento para a vida da mulher, dentre eles não foram identificados estudos que tratassem do tema da maternidade para mulheres afetadas pela violência obstétrica. Os achados apontam para a necessidade de uma melhor conceituação do tema, ampliação da sua caracterização e tipificação, além da necessidade de desenvolvimento de estudos que possibilitem a implantação de projetos de intervenção visando a redução dos casos de violência. A proposta deste estudo é aprofundar o entendimento sobre a construção de significados da maternidade após a experiência de um ou mais eventos de violência na assistência obstétrica, possibilitando um avanço no estudo da violência obstétrica, a partir de uma perspectiva ainda não estudada na literatura nacional e internacional.

Assim, o objetivo geral deste estudo é compreender como as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica constroem os significados da maternidade após a experiência de violência obstétrica vivenciada durante a gestação, parto e puerpério. Desta forma, os objetivos

específicos do estudo são: (a) explorar as condições de emergência semiótica experienciadas pelas mães afetadas pela violência obstétrica no processo de construção de significados da maternidade, (b) analisar os principais recursos utilizados pelas mães para lidar com a experiência de violência obstétrica e (c) identificar os significados da maternidade construídos pelas mães afetadas pela violência obstétrica na gestação, parto e puerpério.

Fundamentação Teórica

Historicamente é possível observar mudanças significativas na identidade feminina estruturada em torno da maternidade e associada a fatores sociais, econômicos e políticos. Se até o século XVIII havia uma conduta de indiferença materna em relação aos filhos em todo o mundo (Badinter, 1985), no final desse mesmo século foi instituído o mito do amor materno, impondo para as mulheres a necessidade de assumir novos papéis e novas responsabilidades (Badinter, 1985). Nos anos seguintes, as mudanças atreladas à maternidade continuam com os avanços na medicina e as possibilidades de controle da natalidade, trazendo novas implicações para a função materna (Borges, 2005).

Diante do breve histórico apresentado, é possível perceber que a compreensão dos significados da maternidade demanda o entendimento de duas bases principais da maternidade, a biológica e a cultural. A base biológica está relacionada principalmente aos aspectos das mudanças corporais que acontecem desde a gestação. Já a base cultural envolve atributos socialmente construídos que definem os papéis que a mulher deve exercer com a maternidade (Reis, 2010).

O processo de tornar-se mãe tem início antes da gravidez, pois as identificações feitas na infância influenciam e determinam o modo como cada mulher exercita a maternidade (Zornig, 2012). Ao longo da vida, a mulher, ao idealizar e planejar a maternidade, durante a gestação e durante o parto também constrói os significados da maternidade (Reis, 2010). Porém, o parto tem uma função importante, pois simboliza a conclusão da transformação em mãe, na

qual a mulher inicia o trabalho de parto como grávida e finaliza o processo com uma nova responsabilidade de ser mãe, é o momento que assinala o início de uma nova fase em que a mulher se defronta pela primeira vez com a necessidade de realizar atividades que não faziam parte do seu repertório comportamental, exigindo estratégias adaptativas e originando novos padrões de vida (Borges, 2005; Martins, Abreu, & Figueiredo, 2014; McCallum & Reis, 2006).

Se, durante o processo de construção da maternidade, seja durante a gestação, o parto ou puerpério, a mulher se depara com uma situação de violência, ocasionada por aqueles que deveriam ser os seus cuidadores, os profissionais de saúde, ela sofre uma ruptura, uma mudança significativa em seu ambiente e em seu funcionamento psíquico e comportamental, que pode produzir sentimentos ambivalentes de tensão, incertezas, medos e inseguranças, que podem levar a mulher a se questionar sobre a integridade de si mesma e sobre o sentido de continuidade da vida (Zittoun, 2007a). Geralmente as rupturas são seguidas por transições, que são os processos de reestruturação do indivíduo e envolvem: (a) as mudanças de identidade e posicionamentos, (b) a aquisição de novas habilidades e conhecimentos e (c) a construção de significados (Zittoun, 2007a).

Para lidar com o evento violento durante o processo de transição, a mulher pode utilizar diferentes recursos caracterizados como elementos que são capazes de evocar significados que dão sentido e contexto a uma realidade, tais como: (a) os recursos sociais, caracterizados como o suporte da rede de apoio familiar e interpessoal, (b) os recursos materiais, definidos como recursos associados a valor financeiro, (c) os recursos pessoais, caracterizados pelas várias formas de conhecimentos e experiências individuais e (d) os recursos culturais, definidos como construções culturais de significados das experiências de outras pessoas (Zittoun, 2007a) que auxiliam na transição para a maternidade.

Considerando-se os objetivos dessa pesquisa, a fundamentação teórica será guiada pela perspectiva da psicologia cultural, que está orientada para a descoberta dos princípios

fundamentais básicos, de natureza semiótica, presentes no sentir, agir e pensar (Valsiner, 2012). A psicologia cultural caracteriza-se por ser uma ciência dos campos de significados dinâmicos, que consiste na interpretação do mundo social, um fenômeno culturalmente intermediado que depende da existência prévia de um sistema compartilhado de símbolos (Bruner, 1997). Os significados e tornam possível a nossa existência e buscam construir modelos explicativos generalizados sobre o funcionamento cultural, singular dos indivíduos situados em contextos sociais (Valsiner, 2012). Os significados permeiam os sentimentos, os pensamentos e as relações das mulheres no processo de construção dos significados da maternidade após uma experiência de violência obstétrica.

Para a psicologia cultural de orientação semiótica, a cultura, que consiste em processos de troca entre indivíduo e contexto (internalização e externalização) (Valsiner, 2012), pelos quais os significados podem ser produzidos individualmente e coletivamente, tem um funcionamento dinâmico e processual dentro dos sistemas psicológicos humanos: (a) intrapessoais, caracterizados como sentimentos, pensamentos e no âmbito do self e (b) interpessoais, definidos como as relações com o coletivo, conduta em relação a outros seres humanos (Valsiner, 2012). É a articulação entre o individual e o coletivo que possibilita a emergência dos signos, criações artificiais, de natureza social, que se formam através da linguagem (Mesquita, 2011). Os signos remetem a significados que são apreendidos em contato com outros indivíduos, internalizados pelos sujeitos e orientam a sua conduta (Mesquita, 2011). Eles são cocriados pelo indivíduo para organizar suas relações com o ambiente (Abbey, 2012), ajudando a superar a tensão gerada no presente, no encontro entre a experiência seletiva vivenciada no passado, como algo que efetivamente se deu, e a incerteza dos eventos futuros (Valsiner, 2012). Dessa forma, os signos permitem uma melhor compreensão dos fenômenos sociais e pessoais mais complexos. Além disso, os signos também possibilitam uma variedade de possíveis construções futuras de significados para as experiências posteriores que podem ser

antecipadas subjetivamente (Silva, 2010).

A semiótica é a ciência dos signos e seus usos e foi utilizada por Valsiner, na construção da psicologia cultural, a partir das ideias de Charles Sanders Peirce (Valsiner, 2012). O interesse de Valsiner através da psicologia cultural é analisar a relação signo e objeto. Os signos representam algo que está em uma relação triádica com um objeto e um interpretante, ou melhor, o signo é um construto que substitui um objeto concreto, um fenômeno ou outros signos (Abbey & Valsiner, 2005; Valsiner, 2012).

Os signos funcionam como instrumentos para nossas relações interiores, mediante a ligação com os objetos do ambiente externo, e podem assumir três formas: (a) ícone, que consiste na representação de semelhança imagética do objeto por ele representado e emerge dos fenômenos visuais, acústicos ou de outro sistema sensorial, (b) índice é o signo criado pelo impacto no referente do objeto por ele representado e (c) símbolo é um objeto geralmente estabelecido para representar outro objeto, sem manter a mesma similaridade, e que envolve uma relação arbitrária do signo com o seu referente (Valsiner, 2012).

Existem duas direções na conceitualização da mediação semiótica, se o enfoque teórico for na centralidade dos signos, estes representam algo mais, como objetos, outros sinais e etc. Dessa forma, os signos podem ser conceituados como objetos sem extensão espacial ou temporal, sendo os signos como pontos representando um objeto. Muitos signos são como pontos como, por exemplo, uma palavra, que apesar de suas várias nuances de sentido, desde a sua referência anatômica à supergeneralização poética, ainda é representada na fala ou escrita da mesma forma (Abbey & Valsiner, 2005). Outra direção na conceitualização da mediação semiótica é o signo campo, neste caso a concretude do objeto se organiza em um campo de signos que é estruturado internamente, são concepções mentais, representações estruturadas no espaço e no tempo (Abbey & Valsiner, 2005).

Para estudar o processo de construção de significados, a partir da perspectiva semiótica

da psicologia cultural, serão priorizados, neste estudo, os conceitos centrais de rupturas-transições (Zittoun, 2007a) e emergência semiótica (Abbey & Valsiner, 2005). As rupturas são interrupções no ciclo de vida de um indivíduo que, consciente ou inconscientemente, levam-no a questionar o sentido de si mesmo e a continuidade da vida. Já as transições, seguem as rupturas e são processos de reestruturação e reequilíbrio (Zittoun, 2007a). A emergência semiótica é a emergência de significados gerados na tensão entre o presente e o futuro (Abbey & Valsiner, 2005). Essa tensão, que pode ocorrer em momentos de rupturas, é dirigida pelo desequilíbrio causado pela ambivalência, que flutua em diferentes níveis e pode perpassar o processo de construção de significados (Abbey & Valsiner, 2005).

Os momentos de tensão vivenciados pelas mulheres nos episódios de violência obstétrica durante a gestação, parto ou puerpério, podem ser considerados uma ruptura na trajetória de vida da mulher. Este evento pode gerar níveis diferentes de ambivalência, criando diversificadas condições de emergência semiótica, indicando a necessidade de uma transição, gerando novos signos de intensidades diferentes e possibilitando a construção de novos significados.

Rupturas-transições. As rupturas são pontos de mudança ou momentos críticos na vida do indivíduo, que interrompem o fluxo esperado dos eventos através do tempo, com diferentes possibilidades de previsibilidade. Geralmente as rupturas constituem pontos de bifurcação na trajetória de vida do indivíduo e são consideradas significativas, quando o indivíduo vive um evento subjetivamente, consciente ou inconscientemente, questionando-se sobre a integridade de si mesmo e o sentido de continuidade da vida (Zittoun, 2007a, 2007b). As rupturas são sentidas pelas pessoas quando suas representações e entendimentos de uma parte do mundo não são mais adequadas para apreender e organizar suas experiências (Zittoun, 2007a). Dessa forma, as rupturas podem despertar diferentes emoções e prolongamentos inconscientes, cada ruptura, mesmo a mais feliz e esperada, sempre supõe uma perda e um luto (Zittoun, 2007a).

As rupturas podem ser diversas, pois os seres humanos têm uma grande variedade de experiências em diferentes esferas de suas vidas. Elas podem resultar de uma mudança no contexto cultural, como por exemplo, o início de uma guerra civil, como também podem ser resultado de uma mudança em uma esfera específica da vida de uma pessoa, como uma mudança de país (Zittoun, 2007b). Algumas rupturas afetam todo o sentido do self, provocam crises, desafios ou pontos de mudança no curso de uma vida (Zittoun, 2007a). Outras rupturas podem ser mais específicas e afetar apenas uma esfera da vida como, por exemplo, afetar apenas a relação da mãe com o bebê, sem causar um desequilíbrio total na vida de uma pessoa (Zittoun, 2007a).

As rupturas podem resultar de fatores e causas internas, como exemplo um casal que decide constituir uma família e se casa ou de fatores e causas externas, como a perda gestacional. Além disso, as rupturas podem ser esperadas por uma pessoa ou acontecer de forma repentina (Zittoun, 2012). O mais interessante é que essas experiências de rupturas, quando levam o indivíduo a se questionar sobre si mesmo e sobre a continuidade da vida, demandam mudanças dos indivíduos. Tais mudanças são processos de ajustamento ou adaptações da pessoa ao ambiente (Zittoun, 2012). Portanto, as rupturas são seguidas por transições, processos de reequilíbrio que restauram o sentido de integridade de si mesmo e continuidade da vida (Zittoun, 2007a).

Em termos dinâmicos, as transições envolvem três processos interdependentes: (a) as mudanças sociais, materiais e simbólicas, que exigem uma recolocação ou reposicionamento nos campos sociais e simbólicos na vida do indivíduo, (b) as novas formas de conhecimentos e aprendizagem, um reposicionamento ou recolocação de um indivíduo deve exigir novos conhecimentos e novas habilidades e (c) a construção de significados, através dos reposicionamentos e das novas aprendizagens, o indivíduo se engaja no processo de construção de significados para dar sentido a sua experiência (Zittoun, 2007b).

Além das diferenças nas esferas da vida, as transições também se diferenciam entre normativas e não-normativas. As transições normativas são esperadas por um certo grupo de pessoas, de uma determinada idade, em uma dada sociedade como, por exemplo, a entrada de uma jovem na faculdade. As transições não-normativas, por sua vez, acontecem após mudanças repentinas, não programadas ou esperadas pelo indivíduo como, por exemplo, uma gravidez não planejada de uma mulher solteira. As distintas transições afetam de maneiras diferentes como o indivíduo percebe as mudanças como rupturas ou não (Zittoun, 2012). É usualmente mais fácil vivenciar uma transição normativa em comparação a uma transição não-normativa, pois na transição normativa é mais provável encontrar o suporte social apropriado e a aceitação das pessoas (Zittoun, 2012).

Portanto, a mulher que vivencia a maternidade, pode experimentar uma ruptura no seu curso de vida, ter seu sentido de integridade e continuidade do self questionados, necessitando de um ajustamento, um processo de reequilíbrio denominado de transição (Zittoun, 2007a). A maternidade exigirá da mulher um novo posicionamento social, agora como mãe, implicará na aquisição de novas habilidades para cuidar do seu bebê e necessariamente resultará na construção de novos significados para dar sentido a tal mudança em sua vida. Porém, por ser a maternidade um evento esperado culturalmente, é possível afirmar que a maternidade é seguida por uma transição normativa (Zittoun, 2007a). Mas, caso ocorra algo inesperado, no processo de transição para a maternidade, ou fora dos padrões desejados e planejados pela mulher, como uma situação de violência obstétrica, há uma nova ruptura seguida agora por uma transição não-normativa, pois a experiência de violência não é esperada e nem planejada pela mãe. Portanto, é possível inferir que há uma sobreposição de rupturas, causada pela maternidade (caracterizada como a primeira ruptura) e pela experiência de violência obstétrica (que se estabelece como a segunda ruptura). Tais rupturas envolvem múltiplos processos de transição.

No curso de vida, acontecem rupturas em vários momentos e em diferentes esferas de

experiências de um indivíduo, como mudanças de trabalho, a entrada na faculdade, a perda de um amigo, a maternidade, entre outras. As rupturas geram tensões entre o momento presente e as infinitas possibilidades do futuro, denominadas ambivalências, que flutuam em diferentes níveis e perpassam o processo de emergência semiótica. Tal flutuação da ambivalência, o aumento e a diminuição da tensão, cria um processo infinito de construção de significados.

Condições de emergência semiótica. Todo desenvolvimento é necessariamente baseado em incertezas entre o que já aconteceu e o que pode ocorrer em um próximo momento. Os indivíduos têm uma pequena dificuldade em compreender que o presente é influenciado pelo passado, mas geralmente desconsideram que o presente é afetado pelo futuro (Abbey & Valsiner, 2005). A experiência do organismo, das mais variadas espécies, geralmente é orientada para o futuro imediato e para organizar suas experiências. Os seres humanos usam signos, que ajudam a lidar não apenas com o presente, mas também para lhes preparar para a incerteza do futuro, no esforço de estar preparado para o que possa acontecer (Abbey, 2012).

A influência do futuro no presente tem uma qualidade interessante, o futuro nunca pode ser conhecido antes de ele se tornar presente. O futuro só pode ser estimado com uma série de possibilidades (Abbey & Valsiner, 2005). Ele pode ser imaginado com alguma estimativa como, por exemplo, uma mulher, quando planeja uma gravidez, imagina quando ficará grávida, como serão as transformações no seu corpo, como será o bebê e como será lidar com todas as mudanças no corpo e nos seus papéis sociais. Porém, todos esses planos são incertos e, para dar conta da expectativa do futuro transformando o imaginado em algo que certamente acontecerá, temos a mediação semiótica, que é uma mediação através da intervenção por signos, que permite o sujeito relacionar-se com o mundo, criando novos sentidos e significados (Abbey & Valsiner, 2005).

É no processo de mediação semiótica que o indivíduo desenvolve um conjunto de sentidos pessoais, criando signos para dar sentido as suas experiências no mundo social, com o

objetivo de organizar e regular suas relações, sentimentos e ações com o ambiente (Valsiner, 2012). Cada significado é um dispositivo de mediação semiótica (Valsiner, 2012). Os seres humanos criam e usam significados não apenas para falar sobre o mundo como ele é, mas sim em um esforço de se relacionar ativamente com o mundo e estar preparado para o que venha acontecer (Abbey & Valsiner, 2005). No processo de realizar o futuro a partir de um conjunto de possibilidades, o indivíduo opera dentro de várias ambivalências entre A e não-A, ou seja, na ambivalência entre a certeza e a incerteza da relação da pessoa com o seu ambiente, que está em tensão com a incerteza da expectativa futura (Abbey & Valsiner, 2005). Dessa forma, fica claro que todo desenvolvimento é inerentemente baseado em superar a incerteza através dos signos (Abbey & Valsiner, 2005).

A ambivalência é uma tensão produzida por um sistema constituído por um núcleo e, pelo menos, dois vetores não isomórficos no tamanho e na direção. Em tal sistema, a ambivalência pode ocorrer em todas as situações, exceto uma, onde os vetores são exatamente do mesmo tamanho e orientação. O entendimento mais típico de ambivalência está relacionado a duas forças igualmente fortes que puxam o indivíduo em sentidos opostos, o que representa o grau máximo de ambivalência entre o presente e o futuro (Abbey, 2012; Abbey & Valsiner, 2005).

Os níveis de ambivalência aumentam ou diminuem de acordo com a intensidade da tensão gerada no indivíduo pela relação entre o presente e a incerteza do futuro e estão associados à emergência semiótica, ao surgimento dos signos e à construção dos significados. A intensidade da ambivalência está diretamente associada à intensidade do signo, portanto, níveis altos de tensão e de ambivalência tendem a produzir signos fortes (Abbey & Valsiner, 2005). A variação entre os níveis de ambivalência constrói um processo de autoperpetuação da construção de significados e emergência semiótica com uma série de condições diferentes de ambivalência: (a) condição nula, sem signos, (b) condição errática, com signos frágeis e médios

e (c) bifurcação de trajetórias, com signos fortes versus a perda de signos (Abbey, 2012; Abbey & Valsiner, 2005).

(a) Condição nula – sem signo, a pessoa vivencia um conjunto de circunstâncias nas quais não há tensão e, por consequência, não há construção de significados, ou seja, a pessoa não tenta organizar sua relação com o mundo utilizando signos;

(b) Condição errática – signos frágeis e médios, nesse status, a ambivalência alterna de mínima para moderada, o indivíduo começa a tentar entender o meio ambiente usando signos, saindo da condição nula, a tensão imediatamente aparece. Nessa condição, a ambivalência é moderada, a pessoa continua a superar as tensões e novos significados surgem em uma base relativamente errática. É um estado oscilante entre certezas e incertezas. Quando uma pessoa conclui que uma ideia pode ser adequada, o significado muda, assim como sua experiência de vida e novos significados são criados. Esse processo de esforço pelo conhecimento é baseado na oposição criada pela pessoa e é a base para outra transformação. Esse tipo de construção de significados conduz à emergência de signos frágeis e médios e a um nível de ambivalência com a mesma modulação. O processo de criação de conhecimento pode ser extinto se a pessoa abandona sua busca pela compreensão para organizar sua relação com o meio ambiente. Nesse caso, tem um retorno à condição nula até que a pessoa retome a tentativa de criar ordem;

(c) Bifurcação de trajetórias – signos fortes versus perda de signos, quando a ambivalência alcança um nível máximo, dois eventos opostos podem acontecer, em relação à emergência semiótica: (1) bifurcação de trajetória I – ocorre uma intensificação de um dos aspectos da situação que se estabeleceu como ambivalente, ignorando outros aspectos que mantinham a situação ambígua, reduzindo a ambivalência ao ponto de não gerar mais tensão entre certeza e incerteza, retornando à condição nula; (2) bifurcação de trajetória II – ocorre a permanência de alto nível de incerteza e consequentemente a ambivalência se torna forte e não é mais tolerada, a pessoa utiliza de signos estáveis fortes para se adaptar à situação, cria uma

clareza artificial e produz novos significados (Abbey, 2012; Abbey & Valsiner, 2005).

Através da exposição dos fundamentos teóricos do estudo busca-se relacionar as formulações teóricas e expor como essas formulações podem servir de base para o estudo das questões relacionadas à construção de uma identidade por mulheres que vivenciam o parto como um evento violento e de forma ambivalente.

Método

Delineamento

Por se tratar de um fenômeno recente e com número reduzido de estudos que permitam uma análise mais detalhada desse construto, a partir da perspectiva da mulher, este estudo tem um caráter qualitativo e exploratório. Tal abordagem de pesquisa tem como características principais: (a) realizada em ambiente natural, pois é uma maneira para explorar e entender o significado que os participantes atribuem a um problema social ou humano, (b) projeto emergente, de modo que o processo de pesquisa emerge do campo de pesquisa, na coleta de dados, podendo mudar as questões e os procedimentos, (c) utilização de lente teórica, pois os pesquisadores geralmente recorrem a uma lente teórica para enxergar seus estudos e (d) a análise dos dados é indutiva, de modo que os pesquisadores criam seus próprios padrões, categorias e temas (Creswell, 2010).

Como estratégia qualitativa, foi utilizado o delineamento de estudo de casos em que o pesquisador explora profundamente um processo no contexto de experiência de um ou mais indivíduos. Os casos são selecionados pelo tempo e pela atividade e os pesquisadores coletam informações detalhadas, podendo usar vários instrumentos de coleta de dados (Creswell, 2010). A escolha pelo estudo de caso se justifica porque esta pesquisa se dedica a um fenômeno complexo e recente que demanda uma investigação em profundidade e realizada no contexto natural em que o fenômeno ocorre (Yin, 2009).

Contexto do estudo e participantes

O estudo foi realizado na cidade de Salvador-BA e a quantidade de participantes foi definida a partir dos níveis de saturação das informações, obtidas durante a coleta de dados em consonância com o problema e os objetivos da pesquisa, desde que as selecionadas estivessem de acordo com os critérios utilizados para seleção.

As participantes do estudo residem em Salvador, Bahia e foram selecionadas a partir de

dos seguintes critérios previamente estabelecidos: (1) ter um bebê com idade mínima de 12 meses, (2) o parto ter sido assistido em maternidade pública, (3) ter idade mínima de 18 anos e (4) ter vivenciado experiência de violência obstétrica a partir do conceito e caracterização de violência obstétrica da Lei Orgânica da Venezuela (Asamblea Nacional, 2007). A escolha por tais critérios visa, em primeiro lugar, a dar voz às mulheres de classes populares usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), onde persiste um modelo em que os interesses institucionais se sobrepõem às necessidades das parturientes (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Hotimsky et al., 2002; McCallum & Reis, 2006) e, em segundo lugar, preservar o período mais intenso de adaptação às rotinas com o bebê, o primeiro ano de vida da criança.

Caracterização sociodemográfica. As participantes possuíam idades que variavam de 28 a 34 anos e a escolaridade da alfabetização ao ensino superior incompleto (ver Figura 1). Residentes e naturais da cidade do Salvador, três das participantes vivenciaram a experiência do parto em instituições públicas de Salvador e apenas uma participante experienciou o parto em uma instituição pública na cidade de São Paulo. Em relação à atividade laboral, as quatro participantes estavam desempregadas no momento de realização da entrevista. Quanto à situação marital, todas as participantes viviam em união estável. No que tange à classe social, utilizando a visão governamental das classes sociais do IBGE, que é baseada no número de salários mínimos, é possível afirmar que duas participantes estão classificadas na classe social D, têm uma renda familiar de dois a quatro salários mínimos e as outras duas participantes na classe social E, possuem renda familiar até dois salários mínimos (Figura 1).

Entrevista	1	2	3	4
Participante	Dandara	Luana	Maria	Isaura
Idade (anos)	28	33	34	28
Estado civil	União estável	União estável	União estável	União estável
Escolaridade	Ensino superior incompleto	Alfabetizada	Ensino fundamental incompleto	Ensino médio completo
Atividade laboral	Desempregada	Desempregada	Manicure	Desempregada
Renda familiar	< 4 SM	< 1 SM	< 1 SM	2 a 3 SM

Naturalidade	Salvador	Salvador	Salvador	Salvador
Local da instituição do parto	Salvador	Salvador	Salvador	São Paulo

Figura 1. Caracterização sociodemográfica das participantes.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos (Apêndice A). Em geral, os dados envolvem identificação da participante, sendo, especificamente idade, sexo, escolaridade, etnia e renda familiar. Além de informações relacionadas a problemas de saúde da mãe e do bebê e sobre a assistência no parto. Tais informações visam à caracterização do grupo de participantes.

Entrevista sobre violência obstétrica (Apêndice B). Foi utilizada entrevista narrativa com uma questão disparadora e outras questões norteadoras. A entrevista foi realizada em dois encontros. No primeiro momento, apresentava-se a questão disparadora e as participantes foram livres para narrar sua história com o mínimo de interferência do pesquisador. Já no segundo momento, foi realizada uma entrevista narrativa a partir das questões norteadoras que buscavam explorar os pontos não aprofundados no primeiro encontro relacionados à maternidade. O roteiro temático que serviu como guia para realização da entrevista foi composto por questões como: Quais são as suas lembranças sobre o período da sua gravidez, sobre o parto e sobre as primeiras semanas após o nascimento do bebê? O que você esperava desse período em que se tornou mãe?

Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente, foram contatadas as lideranças de grupos virtuais de mães e gestantes da cidade de Salvador, Bahia, através da técnica metodológica de seleção, bola de neve (*snowball*), que consiste na seleção de participantes através de uma cadeia de referências (Albuquerque, 2009). O projeto foi apresentado às lideranças, que indicaram participantes com o perfil desejado. A primeira participante da pesquisa, denominada “semente” da cadeia de referências (Albuquerque, 2009), foi solicitada a indicar outras mulheres de suas redes sociais com o

mesmo perfil. Uma vez identificadas, essas mães, denominadas “frutos” da cadeia de referências (Albuquerque, 2009), foram contatadas para as orientações e os esclarecimentos quanto à pesquisa. A participante da pesquisa, antes da entrevista, obteve os esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e seus direitos enquanto participante voluntária de uma pesquisa. As convidadas que concordaram em participar da pesquisa foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) em duas vias. Os questionários e as entrevistas foram aplicados individual e presencialmente, em um consultório particular, locado pela pesquisadora, para maior conforto e privacidade das participantes.

Procedimentos de análise de dados

Diante dos objetivos deste estudo, a perspectiva categorial baseada em conteúdo, que privilegia o conteúdo das narrativas como manifestado em partes separadas, relacionando com o contexto da história completa, onde categorias do tópico estudado foram definidas, é a mais apropriada para a leitura, interpretação e análise do material das entrevistas, a partir dos seguintes passos (Lieblich, Turval-Mashiach, & Zilber, 1998): (a) seleção de subttexto – a partir do problema de pesquisa, seções relevantes são marcadas e reunidas, formando um novo subttexto, (b) definição de categorias de conteúdo – palavras, sentenças ou grupos de sentenças do subttexto são classificados a partir de temas ou perspectivas que transcorrem do subttexto selecionado, (c) classificação do material em categorias – sentenças ou declarações separadas são designadas a categorias relevantes e (d) conclusões a partir dos resultados – os conteúdos definidos em cada categoria são utilizados descritivamente para que um quadro do universo do conteúdo do grupo seja formulado à luz das teorias da psicologia cultural da abordagem semiótica, bem como das questões e dos objetivos da pesquisa.

Considerações éticas

A pesquisa conta com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta

diretrizes e normas regulamentadoras para as pesquisas envolvendo seres humanos. Neste termo, foram apresentados todos os itens referentes ao esclarecimento da natureza da pesquisa, seus procedimentos, assim como o sigilo e a liberdade da participante de retirar seu consentimento, em qualquer etapa da pesquisa, sem ônus para si ou para terceiros. A pesquisa foi realizada somente após submissão e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFBA, CAAE: 56197016.6.0000.5686.

Os benefícios decorrentes da participação na pesquisa referem-se à produção de conhecimentos que podem contribuir para uma prática profissional mais humanizada, no contexto da assistência obstétrica, que respeite a autonomia das mulheres no processo de tornar-se mãe e possibilite a garantia dos seus direitos como usuárias do SUS. A princípio os questionários não apresentam risco à integridade e a segurança das participantes. Porém, durante as entrevistas, caso fossem identificados sintomas de algum transtorno psicológico, ou caso o tema suscitasse sentimentos e emoções não previstos, a participante seria encaminhada para avaliação e acompanhamento psicológico especializado em instituições com serviços psicológicos gratuitos ou de baixo custo. Além disso, as participantes poderão ter acesso à pesquisadora, a qualquer momento, através do telefone disponibilizado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Nesta seção, serão apresentados os casos das participantes entrevistadas cuja experiência do parto foi marcada pela violência obstétrica. Os casos foram sintetizados pela pesquisadora, preservando-se alguns trechos originais das narrativas. Para a apresentação dos resultados, as participantes da pesquisa foram divididas em dois blocos a partir das semelhanças das suas narrativas relacionadas à experiência do parto. Assim, o primeiro bloco foi composto por duas participantes que apresentaram narrativas marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica, essas duas mulheres narraram a experiência do parto como uma vivência marcada por episódios de violência obstétrica. O segundo bloco foi composto por duas participantes que apresentaram narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica, estas mulheres negam terem vivenciado episódios de violência obstétrica durante a gestação, o parto e o puerpério, embora, em suas narrativas, seja possível identificar situações de maus tratos, desrespeito e abuso.

Nos blocos, serão apresentados cada caso, primeiro, a partir da síntese da história de cada participante do bloco, com o propósito de oferecer uma visão abrangente da trajetória de cada mulher. Em seguida, serão apresentados os principais marcadores das narrativas das mulheres através de cinco categorias com base nos objetivos da pesquisa: (a) a experiência de violência obstétrica vivenciada como uma ruptura, apresenta a síntese da experiência de violência obstétrica, a partir de como essa história é construída e enunciada por meio da narrativa e foi dividida nas seguintes subseções: gestação, acesso à maternidade, pré-parto, parto e pós-parto imediato, (b) as rupturas e transições na trajetória de vida, caracterizada por eventos que ocorreram na trajetória de vida da mulher, interromperam o seu fluxo natural e a levaram a se questionar sobre o sentido de si mesma e sobre o senso de continuidade da vida, (c) as condições de emergência semiótica, apresenta os momentos de tensão vivenciados pelas participantes durante a experiência de violência obstétrica que levaram a emergência de signos,

(d) os recursos utilizados nas experiências de rupturas, apresenta os principais recursos utilizados pelas mulheres nos momentos de tensão como na vivência de violência obstétrica e nas experiências de rupturas e (e) as mudanças nos significados da maternidade, apresenta as principais mudanças nos significados da maternidade no decorrer da vida e após a experiência de violência obstétrica, enfatizando a maternidade no momento atual.

Categoria	Definição
A experiência de violência obstétrica vivenciada como uma ruptura	Apresenta a síntese da experiência de violência obstétrica, a partir de como essa história é construída e enunciada por meio da narrativa enquanto ruptura.
As rupturas e transições na trajetória de vida	Caracterizada por eventos que ocorreram na trajetória de vida da mulher, interromperam o seu fluxo esperado e a levaram a se questionar sobre o sentido de si mesma e sobre o senso de continuidade da vida
As condições de emergência semiótica	Apresenta os momentos de tensão vivenciados pelas participantes durante a experiência de violência obstétrica que levaram a emergência de signos.
Os recursos utilizados nas experiências de rupturas	Apresenta os principais recursos utilizados pelas mulheres nos momentos de tensão como na vivência de violência obstétrica e nas experiências de rupturas.
As mudanças nos significados da maternidade	Apresenta as principais mudanças nos significados da maternidade no decorrer da vida e após a experiência de violência obstétrica, enfatizando a maternidade no momento atual.

Figura 2. Categorias de análise das narrativas.

Narrativas marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica

Nesta subseção, serão apresentados os casos de duas mulheres que tiveram narrativas semelhantes marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica. As participantes desse bloco são mulheres ambas com 28 anos de idade e que vivem em união estável, com escolaridade mínima de ensino médio completo e possuem uma renda familiar acima de dois salários mínimos.

Caso 1 – Dandara³. O primeiro caso refere-se a uma mulher jovem de 28 anos, negra, com renda familiar mensal em torno de quatro salários mínimos, com nível superior incompleto, que vive em união estável há cinco anos e multigesta, porém com uma primeira experiência gestacional que terminou em um aborto. Dandara afirma que tinha conhecimento prévio sobre a humanização do parto e por esta razão sempre desejou um parto normal. A segunda gravidez de Dandara não foi programada e aconteceu seis meses depois da perda do seu primeiro filho. Apesar de ter vivenciado o parto normal pela primeira vez no aborto, Dandara afirma que continuou desejando um parto normal pensando na sua rápida recuperação e nos benefícios para o bebê.

A experiência de violência obstétrica vivenciada como uma ruptura. Apesar de não ter sido planejada, a gravidez de Dandara foi bem recebida pelo seu companheiro e a sua família. Dandara contou que ficou assutada e com medo da reação da sua tia, porém foi cercada pelo carinho e o apoio do seu companheiro, sua irmã e sua cunhada.

Gestação. Dandara descobriu a gravidez logo no início, quando começou a sentir enjoos, porém a gravidez de Dandara transcorreu sem complicações e seu acompanhamento foi realizado durante toda gestação em um centro de saúde do SUS, próximo a sua residência: “Foi lá no bairro mesmo, onde eu moro em Cosme de Farias, foi muito bom, assim fiz os exames todos, era muito certinho.”

Acesso à maternidade. Dandara iniciou seu trabalho de parto com 40 semanas de gestação, com dores intensas das contrações. Ela contou que procurou de imediato uma maternidade pública, acompanhada do seu companheiro, devido a ansiedade. Ela e o companheiro se dirigiram a maternidade pública que desejavam e que tinham programado ter a filha. De acordo com o seu relato, ao chegar na maternidade não teve dificuldade de acesso e

³ Os nomes utilizados para identificar a participante e os outros atores da narrativa são fictícios, com o intuito de proteger e preservar a identidade das participantes.

foi muito bem atendida pela médica obstetra:

Ela fez o primeiro toque, não estava, ainda, com uma grande dilatação, mas ela percebeu que eu estava muito ansiosa e aí pediu: “Oh, Dandara vai dar uma andada é... e vai”, e diga-se de passagem que essa obstetra ela estava grávida também, é... “Vai dar uma andada, relaxe e vamo ver daqui há duas hora se você melhora”.

Pré-parto. Seguindo orientações da médica, ela caminhou durante algumas horas, sentindo dores fortes e só depois de três horas foi encaminhada para a sala de pré-parto. Nesse momento passou mais uma vez pelo exame de toque, exame ginecológico realizado pelo médico obstetra para avaliar o grau de dilatação do colo do útero e outras características de progressão do trabalho de parto (Hotimsky, 2007), e foi informada que ainda não era hora. Foi então medicada com o hormônio sintético (ocitocina), droga utilizada para induzir e acelerar o trabalho de parto: “Aí quando viram que tava demorando muito de evoluir, vieram com a medicação pra poder induzir, com aquela que dói, que é terrivelmente, eu nem sei como é que eu te descrevo aquilo ali”.

Na sala de pré-parto, Dandara permaneceu durante boa parte do tempo sem acompanhante, segundo lhe foi informado não era possível a permanência naquela sala de um acompanhante do sexo masculino:

Só tava eu e meu marido, só que ele não pôde ficar dentro da sala. Ele só pôde entrar uma vez, que eu pedi muito pra elas, aí, não foi nem pra elas foi pra o médico, "Oh, médico, deixe ele entrar um pouquinho e tal" e aí ele entrou pra falar comigo, pronto.

Só após algumas horas da chegada de Dandara no hospital, a sogra de Dandara chegou ao hospital e ficou como sua acompanhante. Porém, Dandara afirmou que não tem uma boa relação com a sogra e a sua chegada deixou a situação mais tensa:

Minha sogra chegou, aí entrou e eu: "aí, meu Deus", eu tenho uma relação assim um pouco, não de mim pra ela, mas dela pra mim, porque ela é uma pessoa bem difícil (...)

E aí, quando ela chegou pra mim, já ficou um pouco mais pesado o ambiente, né, mas mesmo assim eu segurei falei com ela normalmente e tal.

Durante a permanência na sala de pré-parto, Dandara compartilhou desse ambiente com outras duas pacientes que estavam internadas e em trabalho de parto. A relação dessas duas pacientes com um membro da equipe assistencial chamou a atenção de Dandara e a deixou assustada:

Elas gritavam muito de dor e, aí que entra a peça principal, tinha uma técnica de enfermagem, assim ela já era é... como é que eu vou dizer, tinha lá pra seus quarenta e poucos anos, né, então se via que ela era bem acostumada e chegou um momento que quando elas começavam a gritar, ela começou a entrar na sala e reclamar com tom um pouco rude com essas mulheres: "Oh, vocês já sabem que se vocês gritarem, é pior, que ninguém vai vir aqui ver vocês.

Essa profissional comparou Dandara as outras parturientes comentando que ela não reclamava e que por essa razão era sempre assistida pela equipe: "Oh, como a menina tá aqui tá vendo? Toda hora vem uma pessoa ver ela e tal, vocês estão aí e ninguém vem ver vocês, vocês estão gritando". A atitude da profissional deixou Dandara ainda mais contida: "...aí que eu segurei mais ainda, se fosse de... de eu sentir aquela dor mais pesada e querer fazer algum ruído, eu já segurei mais ainda".

Dandara contou que com o passar do tempo as contrações pioraram, ficando mais frequentes e dolorosas, quando sentia uma contração sentia a necessidade de ficar de lado e encolhida, era uma posição mais confortável para ela. Em um desses momentos a sogra percebeu, disse a ela que não podia ficar naquela posição e chamou a técnica de enfermagem que chegou de forma repentina e mudou a posição de Dandara: "Essa técnica de enfermagem veio de lá com tudo, pegou nas minhas pernas assim, nas duas pernas assim, dentro, na parte de dentro e abriu de vez". Nesse momento Dandara afirma que sentiu raiva da sogra por ter

chamado a técnica e sentiu medo que a profissional pudesse repetir essa atitude se a visse novamente encolhida durante a contração. Por essa razão ela ficou passiva, na posição orientada pela profissional, e só se sentia segura para mudar para uma posição mais confortável quando nem a sogra nem a técnica estavam por perto.

Na fase de expulsão, ainda na sala do pré-parto Dandara conta que começou a fazer força para expulsar a bebê, afirma que teve um momento que fez tanta força que técnica de enfermagem se aproximou dela gritando, pedindo pra ela parar, porque a bebê já estava saindo e fechou as pernas dela de forma abrupta: "Vixi, pare de, pare de fazer a força", aí fez assim na minha perna de vez e fechou de vez, aí eu: "aí" , ela: "Não, não, a criança já está saindo, perai", e aí fechou". Nesse momento Dandara foi encaminhada para a sala de parto, sem acompanhante e foi atendida pela médica obstetra.

Parto. Na sala de parto a médica obstetra observou que Dandara estava apresentando um edema no colo do útero e precisou fazer algumas intervenções para resolver, que geraram dor. Ao final do tratamento Dandara afirma que não tinha mais forças para o parto normal e a médica obstetra conversou com um colega, também médico obstetra, sobre a indicação de uma cesariana. Porém, esse médico afirmou que Dandara teria condições de parir normal e iniciou a manobra de Kristeller:

Ela vai parir normal, aí olhou pra minha cara assim, "Ela tem forças sim, ela vai parir normal". Aí eu já pedindo a Deus, aí ele pegou, começou... subiu aqui, me pegou com os dois braços assim um em cima do outro e colocou na parte de cima da minha barriga aqui, e aí começou a fazer força pra baixo, força pra baixo, força pra baixo e eu mexendo, eu tava mexendo as pernas, ele: "Pare de mexer a perna, pare de mexer a perna, não feche a perna", aí não conseguiu fazendo a prensa, acho que é a prensa que eles chamam, não conseguiu...

Não obtendo sucesso apenas com a manobra de Kristeller, o médico fez a episiotomia e

em seguida usou o fórceps, instrumento utilizado para extrair o bebê das mulheres:

...ele pegou o fórceps, eu vi ele pegando, ele não, a técnica que tava do lado, pegou o fórceps e entregou pra ele, aí eu já: "Aí, meu Deus, tomara que não aconteça nada com minha filha", porque no fórceps pode haver, não, minto, antes do fórceps, ele fez a episiotomia em mim, que é o corte, ele fez o corte em mim pra ver se conseguia, fez a prensa de novo e não deu jeito, aí depois que ele optou pelo fórceps...

Durante o parto, Dandara permaneceu na posição de litotomia, posição em que a paciente é colocada em decúbito dorsal com as pernas flexionadas, afastadas, apoiadas e contidas, não recebeu nenhum tipo de analgesia e não foi consultada, nem sequer comunicada sobre a realização de qualquer um dos procedimentos realizados pela equipe obstétrica (médico, enfermeira ou técnica de enfermagem). A filha de Dandara foi retirada com o fórceps e encaminhada ao berçário, Dandara foi costurada no local da episiotomia e encaminhada para a enfermaria sem a sua bebê.

Pós-parto imediato. No pós-parto imediato, Dandara não teve possibilidade de pegar a sua bebê no colo e nem a amamentar. A recém nascida recebeu leite artificial enquanto Dandara aguardava o resultado de alguns exames complementares solicitados pela equipe do hospital. Dandara afirma que só teve o primeiro contato com a sua bebê depois de algumas horas e teve dificuldade nos primeiros momentos devido as dores dos pontos da episeotomia, mas não contou com a ajuda ou orientação de nenhum profissional.

Ao refletir sobre essa experiência de violência obstétrica, Dandara afirma que a falta de informações, o medo de morrer, o sentimento de impotência e a solidão durante o parto, momento de maior tensão para ela, foram fatores que influenciaram no seu comportamento passivo e de aceitação. Acrescenta que apesar de ter ficado traumatizada com o parto normal e não ter mais planos de ter outro filho, entre outros fatores, por causa da experiência de violência obstétrica, Dandara afirma que quando viu sua filha ficou tão feliz que esqueceu o que passou:

...também quando você vê a criancinha ali, né, do lado, dá uma felicidade e a gente vai, começa a esquecer o que foi pior, o que a gente passou. Pra mim ser mãe, foi a coisa, a melhor coisa da minha vida.

As rupturas e transições na trajetória de vida. Dandara relatou algumas experiências significativas, além da vivência de violência obstétrica, que trouxeram algumas mudanças para a sua vida e que podem ter influenciado no processo de construção dos significados da maternidade, como a morte da mãe e a morte do seu primeiro bebê.

O aborto. O primeiro bebê, foi a sua primeira gestação, não programada e de risco, a gravidez só foi descoberta por Dandara e seu companheiro quando ela apresentou um quadro de enjoo e sangramento e foi encaminhada para um hospital para investigação. Dandara conta que continuava menstruando e sentia enjoos, mas associava os enjoos a alguma doença grave no estômago, devido a experiência com a sua genitora que tinha falecido há seis meses com diagnóstico de câncer:

Assim, quando dei entrada minha gravidez foi de risco. Eu estava, tanto que só fui descobrir minha gravidez com.... de quatro pra cinco meses, porque eu continuei a menstruar e eu não sabia que estava grávida. Eu tava enjoando muito e achava que era problema de estômago, como tinha perdido minha mãe, eu achava que eu tava com algum problema já de câncer no estômago...

A descoberta da gravidez trouxe alguns sentimentos ambivalentes, Dandara ainda não morava com o companheiro e tinha uma tia rígida que não aprovou a relação e nem tampouco a gravidez. Apesar de ter ficado feliz com a notícia, Dandara enfrentou um comportamento de cobrança e crítica da sua tia, irmã da mãe de Dandara:

Eu sentia exatamente o que ela ia fazer, exatamente o que ela fez, porque ela é assim uma pessoa muito opressora, sabe, porque é uma pessoa que tem muita condição financeira, então acha que ela pode tudo, é tipo assim. Então, quando eu cheguei lá, já

imaginava que ela ia me marginalizar, mesmo eu já tendo o quê, meu Deus? Foi com 26 anos, você tá entendendo? Eu não tinha 15 anos.

Após alguns exames e um período internada para tratamento de uma infecção, Dandara recebeu alta hospitalar com indicação de repouso e em uso de medicamentos. Porém, no dia seguinte Dandara começou a sentir cólicas fortes e aumentou o sangramento, precisando retornar ao hospital para uma nova avaliação. Chegando ao hospital da rede pública, após um curto período de espera, Dandara foi atendida e passou por um exame de ultrassonografia acompanhada por seu parceiro. Dandara contou que durante o exame não conseguiu ouvir os batimentos cardíacos do bebê e começou a chorar, o médico tentou acalmá-la, mas sem lhe dar nenhuma informação. Quando o médico saiu da sala e retornou com a irmã de Dandara e o seu cunhado, ela disse que desconfiou logo. A irmã de Dandara se aproximou dela e falou: "Dandara, você está preparada pra... se você perder essa criança?". Ahhh, quando ela me falou isso, eu: "não, não vou perder, vai ficar aqui comigo". Em seguida, o médico conversou com a irmã de Dandara, enquanto ela, ao lado, ouvia: "...você vai ter que conversar com ela, porque ela está prendendo, a criança realmente já faleceu. Converse com ela, que não tem mais jeito, ela vai ter que fazer força agora pra criança sair como parto normal".

Dandara foi confortada pela irmã que usou da crença religiosa para convencer a Dandara sobre a necessidade de permitir o nascimento do bebê. Depois que a irmã de Dandara saiu com o marido, a equipe assistencial permitiu que o companheiro de Dandara entrasse na sala e ficasse com ela. De acordo com Dandara, a equipe percebeu que ela não conseguiria ter o bebê com a presença do companheiro e retiraram ele da sala. Ela sozinha conseguiu ter o bebê:

...mas teve uma hora que viram pelo fato dele estar ali comigo, eu estava acomodada, aí retiraram meu marido, eu fiquei sozinha. (...) Aí, eu fiz a força, puxei de onde não tinha mais e aí consegui colocar pra fora. Quando eu vi a perninha já, eu chamei. Saiu com as pernas já, que ainda pelo tempo gestacional ainda não tava formado, aí saiu com as pernas

pra baixo. Eu só fiz ver a perna, e aí fechei o olho, esperei.

Ainda no pós-parto imediato, Dandara não precisou fazer curetagem e foi encaminhada a uma enfermaria, onde estavam internadas duas puérperas com os seus bebês. Após o parto Dandara não viu o bebê, não velou e nem enterrou o corpo dele, disse que o hospital ficou responsável por esses trâmites. Dandara contou como foi difícil lidar com rotina de estar ao lado de duas mulheres que estavam com os seus bebês:

Aí, quando, eu jurava que eu ia ficar em um lugar que só tivessem pessoas que tinham perdido, mas não quando eu vi, tinham duas mulheres com crianças do lado, eu fiquei assim: "meu Deus, eu não acredito nisso", aí ficava de costas, que minha cama era no canto, eu ficava de costas pra elas, justamente pra ninguém me perguntar nada, não queria responder nada...

Apesar de negar que tenha vivenciado qualquer situação de violência e ter afirmado ter sido bem acolhida e cuidada nessa instituição, Dandara se queixou do descuido de alguns profissionais que sempre a abordavam sem conhecer sua história, registrada em prontuário, e sempre faziam as mesmas perguntas:

...de cinco em cinco minutos, logo quando eu cheguei, vinha uma pessoa e me perguntava as mesmas coisas. O que reparei é que ele não tiveram cuidado de pegar uma ficha que tinha sido feita anteriormente e anotar, não. Cada um ia lá, me fazia as perguntas de novo, aí já chegava assim: "Cadê seu filho?", aí eu: "Não, eu perdi", "Ah, perdeu, por quê?", "Descolamento de placenta", "Ah, foi? Sabe o sexo? Pesou quanto?", perguntavam tudo de novo e eu respondia tudo de novo.

Dandara ficou pouco tempo internada, foi liberada no dia seguinte ao parto. Em casa, Dandara afirma que não queria receber visitas e só teve contato com a sua irmã e uma amiga:

...não queria ver ninguém, muito menos, minha sogra, ela, eu acho que senti até, não subiu. A única pessoa que recebi era minha irmã, minha amiga, a que eu citei que foi lá

logo quando eu tive a minha filha, e assim, só as pessoas, né, as de sempre, as mais chegadas mesmo, fora isso, eu não queria mais falar com ninguém.

Dandara contou que essa experiência a deixou mais receosa na segunda gravidez, mas mesmo assim permaneceu com a sua escolha pelo parto normal, pois ela viu como a sua recuperação foi rápida no primeiro parto. Em relação o que mudou de uma experiência para outra do parto, Dandara falou que foi a falta do bebê:

...o primeiro eu tive aquela falta imensa, né, porque eu não tinha a minha criança ali e o parto não, o nascimento da criança vai levando, faz a gente relevar algumas coisas, entendeu? Você tá ali, seu neném tá ali, tá bem de saúde, tudo isso faz você ir esquecendo a fase do parto, entende?

Dandara nega que tenha vivenciado alguma situação de violência obstétrica durante a gestação, o parto ou o puerpério na sua primeira gravidez. E acrescenta que não lembra muito da perda do seu primeiro bebê e quando tem a oportunidade de compartilhar e falar sobre a sua experiência com outras mulheres ela lembra mais do seu segundo parto:

...hoje em dia eu não lembro tanto do aborto. Quando se fala, quando se está numa roda conversando sobre parto, essas coisas, eu não lembro muito do aborto, eu lembro mais do meu parto que foi difícil, mas que trouxe, tipo assim, coisas pra eu contar, ali no momento pra contribuir, até com as outras que vão ter. Aí, o aborto não lembro muito não, sei que aconteceu, claro, não vou, mas é como se tivesse um pouquinho apagadinho, na minha mente vem mais o parto mesmo.

A morte da genitora. A morte da mãe de Dandara foi um tema presente em toda sua narrativa, em vários momentos Dandara recorria as lembranças da mãe e a sua ausência: “Assim, a perda de minha mãe, pra mim, foi uma grande perda, porque era a minha grande amiga. Eu andava com minha mãe pra cima e pra baixo”.

A mãe de Dandara, Tereza, faleceu devido a um câncer de fígado e vias biliares, do

diagnóstico até a sua morte foram seis meses de vida e tratamento. Dandara foi a sua principal pessoa de apoio e responsável pelos seus cuidados e acompanhamento. Porém, Dandara conta com sentimento de culpa que não esteve presente no momento do diagnóstico, porque deixou sua mãe entrar para consulta sozinha:

Ela teve câncer de fígado e vias biliares, e aí quando ela descobriu, ela descobriu de uma forma bem rude também, que foi através de um médico já idoso, que você via que ele era bem rude. "Ah, você, a senhora tá com câncer". Maldito dia que eu não entrei com ela no consultório, porque aí ela já saiu chorando e achando que ia morrer, acho que iniciou um processo também de depressão nela.

Durante o período de tratamento, Tereza contava também com a ajuda de uma outra filha, Luísa, principalmente nos trabalhos domésticos, mas Luísa depois de um tempo teve uma briga com a mãe e com Dandara, por causa dessa responsabilidade que ela estava assumindo. Nessa discussão Tereza apresentou um episódio de piora e foi levada a emergência. Após atendimento no hospital e alguns exames, a família foi informada que o tratamento para o câncer não estava respondendo. Tereza recebeu alta e elas foram morar por um tempo com a tia materna de Dandara, Francisca. Durante esse tempo até a morte da sua mãe, Dandara e sua tia se dividiam nos cuidados com ela, o que permitiu a Dandara continuar a estudar.

Um certo dia ao retornar da faculdade, a mãe de Dandara apresentou um quadro de piora e foi levada ao hospital. Nesse momento a família foi comunicada que a paciente estava no processo de terminalidade. Todos os familiares compareceram e alguns permaneceram durante um bom período. Dandara contou que não conseguia chorar e que seus familiares ficaram preocupados com ela, mas ela afirma que não chorou porque não aguentava mais acompanhar o sofrimento da mãe, que ela já não era mais a mesma pessoa:

E minha mãe sempre foi uma pessoa muito viva, de ir trabalhar, minha mãe trabalhava no plantão, no outro dia ela já tava indo pra aula de dança, no outro dia já tava indo pra

festinha da dança, né, que eu andava pra cima e pra baixo com ela.

Dandara fala que a morte da mãe foi um alívio, pelo sofrimento que ela vivenciou: “Aí quando ela faleceu, "meu Deus, obrigada". Foi aquele peso das minhas costas, e aí eu fiquei assim sentada, aliviada, triste, claro”.

A morte de Tereza foi uma experiência que marcou a vida de Dandara: “Foi muito triste, porque eu me senti sem chão, quando eu perdi minha mãe”. Dandara tinha a mãe como a principal referência em sua vida: “Meu pai é, assim, não tenho contato até hoje, né? Porque meu pai é violento, é alcoólatra, né? E sempre foi minha mãe pra tudo”.

As condições de emergência semiótica. Os principais momentos de tensão observados na narrativa de Dandara estão associados ao momento do parto. Dandara imaginava um parto normal, sem intervenções, com uma equipe acolhedora, que respeitasse as suas decisões, garantisse o seu direito a um acompanhante durante todo trabalho de parto e no próprio parto. Ela afirma que fez a escolha pelo parto normal ainda na faculdade, quando apresentou um trabalho sobre escolha do tipo de parto. Foi nesta ocasião que o processo de construção de uma imagem projetada para o futuro se iniciou:

Veio de um trabalho, não assim diretamente, mas quando eu tava na faculdade tinha disciplina de tocoginecologia, então a gente tinha que escolher um tema pra fazer, como se fosse assim um tececezinho, pequeno, e aí eu escolhi entrevistar pessoas, os estudantes da área da saúde de lá da faculdade pra saber a preferência pelo parto, se seria pelo parto normal ou seria pela cesárea, e aí já que você tem que fazer um trabalho, você tem que parar pra ler né? Até pra escrever aqueles textos todos, pra ler e tudo, e aí que eu fui começando a ver os prós e os contras, conversei muito com minha professora, muito boa, maravilhosa minha professora, e aí a gente foi desenvolvendo, e aí eu vi que o parto normal, até pra criança, né, o sofrimento é muito menor, na hora que a criança sai é melhor pelo parto normal pela via vaginal do que pelo corte, então são vários

fatores mesmo.

Dandara também utilizou de outros recursos simbólicos para se preparar para esse futuro incerto, o momento do parto. Ainda na gravidez afirma que pesquisava na internet e lia sobre tudo relacionado ao parto e aos cuidados com a bebê. Além da busca de informações, Dandara também teve uma experiência anterior significativa, o parto do seu primeiro bebê, que embora tenha sido um aborto, Dandara fala desse parto como uma experiência dolorosa, mas que trouxe uma rápida recuperação para ela. Esta vivência a incentivou a projetar para a sua segunda gestação um parto normal. É possível perceber a influência de signos anteriores na trajetória de vida de Dandara, por exemplo, o signo do parto normal, que proporcionou a emergência de um signo com a função de signo promotor. Esse signo guiou a construção da imagem do seu segundo parto, antecipando a experiência real projetada para o futuro.

Porém, o nascimento de Tuane foi marcado por uma alta ambivalência e tensão, já que o parto ideal, o parto sonhado e idealizado por Dandara, não se concretizou naquele momento. Alguns acontecimentos foram ocorrendo no contexto hospitalar que levaram Dandara a se questionar sobre o sentido de si mesma e o senso de continuidade da vida. A experiência de violência no parto levou Dandara a se questionar o que estava acontecendo, a questionar porque as pessoas estavam agindo de forma agressiva e impaciente com ela, de uma forma que ela não esperava.

O momento de maior tensão vivenciado por Dandara, no parto, foi no momento da expulsão do bebê, quando ela estava sendo assistida por uma médica, devido a um edema no colo do útero, e essa médica decidiu por uma cesárea, por acreditar que Dandara estava cansada, devido ao longo trabalho de parto. Abruptamente um outro médico entrou na sala de parto e afirmou que realizaria o parto normal, pois ela aguentaria. Esse médico realizou procedimentos e intervenções sem ao menos lhe consultar ou comunicar a necessidade dos mesmos. Dandara afirma que se sentiu vulnerável, sem acompanhante para defendê-la ou defender a sua filha,

Dandara teve medo de morrer ou que algo ruim acontecesse com a bebê. Ela não entendia direito o que estava acontecendo, mas por outro lado gostaria de entender. Observa-se nesse momento um alto nível de tensão e ambivalência. Dandara buscou signos fortes para dar significados a essa experiência: “...ele fez a prensa de novo e começou a fazer assim com os pés embaixo, era um movimento forte que ele fazia, e eu assim fazendo força ainda, ali foi Deus mesmo que me segurou”.

Após o parto, Dandara recebeu a visita de uma amiga com quem ela compartilhou essa experiência de violência vivenciada no parto e essa amiga de Dandara que era uma pessoa informada sobre a humanização do parto e sobre a violência obstétrica ajudou Dandara a compreender o que ela tinha vivenciado. O signo violência obstétrica ajuda a explicar essa experiência, com isso Dandara retorna ao estado de mínima ambivalência:

...hoje e agora eu já sei como me defender, já sei os meus direitos, porque a gente acaba vendo. Depois, essa amiga minha, que é muito próxima, ela também é muito esclarecida, então, no momento do parto ela não estava, infelizmente, mas depois a gente conversando, ela me passou muita coisa, e eu acho que o assunto por agora tá sendo muito debatido, por esse incentivo maior que está tendo do parto normal, o parto humanizado...

Os recursos utilizados nas experiências de rupturas. O relato narrativo de Dandara sobre a sua experiência de violência obstétrica e sobre as suas vivências de perdas e lutos é marcado pelos recursos, compostos por sua rede de apoio familiar e social e por sua crença religiosa, utilizados para lidar com esses eventos. O apoio emocional e afetivo oferecido por sua restrita rede de apoio social composta, principalmente, por seu companheiro, Raul, uma irmã, Mariana e uma amiga, Carla, é presente e satisfatório, de acordo com a própria percepção de Dandara.

Durante o adoecimento e o tratamento para o câncer, Dandara e a mãe tiveram uma

discussão com Luísa, a irmã mais nova, que não trabalhava e ficava em casa responsável pelos trabalhos domésticos. Após a briga, Tereza teve um mal-estar e foi levada ao hospital, após atendimento e exames ela recebeu alta e as duas foram morar com a tia materna de Dandara, Francisca. Essa tia de Dandara ficou responsável juntamente com ela pelos cuidados e acompanhamento da sua mãe:

...quando a gente voltou do hospital, a gente não voltou mais pra casa, a gente foi pra casa de uma tinha minha, pra justamente afastar minha irmã, e foi também um querer dela ficar um pouco distante, né. Aí pronto, a gente ficou na casa de minha tia, eu ia de lá pra faculdade, voltava, minha tia também cuidava lá, minha tia já era aposentada.

Antes da primeira gravidez de Dandara, Francisca, era também uma pessoa de apoio emocional, afetivo e material para Dandara. Porém, quando Francisca soube da gravidez não planejada de Dandara, isso foi motivo para um conflito entre as duas, o que acabou por afastar Dandara do convívio com essa tia, deixando de tê-la como referência e apoio.

Na última internação de Tereza, Dandara também pode contar com o apoio emocional e afetivo de outros membros da família que ficaram presentes no hospital, acompanhando o seu processo de morte: “Aí, chamamos os familiares, eles foram chegando, né, pra ver minha mãe, aí ela sabia o que é que tava acontecendo, tudo ali. Ela sabia que todo mundo estava se despedindo”.

A irmã mais velha de Dandara, Mariana, que mora em outra cidade no interior do estado, foi outra figura importante e presente durante o processo de despedida de Dandara da sua genitora:

E foi aí que foi todo mundo dispersando, todo mundo embora, só ficamos eu e minha irmã mais velha, que já tinha chegado. E aí, nós duas lá, ela também não queria, passou a noite toda, eu ia lá olhava, tava tudo bem.

A rede de apoio familiar de Dandara mostra-se presente também em outros momentos

importantes da sua vida, como por exemplo na morte do seu primeiro bebê. Mariana foi chamada pela equipe do hospital para ajudar a comunicar a notícia do óbito do bebê e ajudar a convencê-la a parir normal:

Aí quando ela chegou, assim, mais próximo a mim: "Dandara, você vai ter que ser forte, você vai ter que fazer força, porque a criança não tá mais aí e tal". Eu sou espírita, ela também. Ela conversou comigo, "Você tá prendendo a criança, não seja egoísta", e chorando, a gente chorando muito. Aí, eu comecei a gritar: "Aí meu, Deus, não acredito, meu filho. Eu quero, eu quero", e aí, minha irmã grávida. Ela teve que ser retirada, porque tava muito agitada já, e eu tava já pra ter também, aí ela foi retirada e eu fiquei com meu esposo.

Após a morte do seu primeiro bebê e o seu retorno para casa, Dandara contou que não queria ver ninguém e apenas aceitava a visita de uma amiga, Carla, e de Mariana:

A única pessoa que recebi era minha irmã, minha amiga, a que eu citei que foi lá logo quando eu tive a minha filha, e assim, só as pessoas, né, as de sempre, as mais chegadas mesmo, fora isso, eu não queria mais falar com ninguém.

Depois da experiência de violência vivenciada por Dandara durante o seu segundo parto, ela também pode contar com a presença e o conforto emocional e afetivo da sua irmã Mariana e de Carla: "Depois eu a recebi e aí tive um pouco de dificuldade com os pontos, foi difícil no começo, mas depois chegou uma amiga minha muito querida, que me ajudou bastante, chegou minha irmã, aí foi diminuindo, foi diminuindo, também".

Carla teve um papel importante no seu processo de esclarecimento e informação sobre o parto humanizado, além de estar presente nos momentos difíceis para Dandara como a morte da sua mãe e nos dois períodos puerperais, tanto do bebê falecido quanto da sua filha:

Depois, essa amiga minha, que é muito próxima, ela também é muito esclarecida, então, no momento do parto ela não estava, infelizmente, mas depois a gente conversando, ela

me passou muita coisa, e eu acho que o assunto por agora tá sendo muito debatido, por esse incentivo maior que está tendo do parto normal, o parto humanizado.

O companheiro de Dandara, Raul, esteve presente em todos os momentos relevantes narrados por ela, como por exemplo, na morte do seu primeiro bebê e no nascimento da sua filha. Além disso, Dandara relata o quanto ele é participativo nos cuidados da bebê e nas rotinas diárias da própria casa:

E ele assim tá cada dia aprende mais a cuidar dela, sabe? Quando eu não tô presente, ele que vai pro médico, leva ela pra pediatra, a pediatra conhece tanto a mim quanto a ele não é só aquela figura materna que ela tem referência né, então assim, eu acho que eu tô buscando consertar nessa vida de Tuane. É mesmo mais com relação à paternidade, que tá sendo maravilhoso também, porque é um pai presente. (...) Aí hoje ele tá fazendo até mais, porque ele tá vendo que não tá dando pra fazer, então quando eu chego tem comida pronta, ele cozinha, tem comida pronta, a casa organizadinha.

Com relação à crença religiosa, é possível perceber a presença desse recurso, durante todo relato narrativo de Dandara, como importante recurso utilizado para lidar com os momentos de tensão, como na morte da sua genitora, na morte do seu primeiro bebê e na vivência de violência obstétrica.

No processo de morte da sua genitora, Dandara fala sobre a importância da crença religiosa que inclusive era compartilhada por boa parte da família:

A maioria da minha família é espírita, então, ela também, minha mãe também era espírita, já tinha um certo preparo, claro que ninguém tá preparado para a morte, mas minha mãe era uma pessoa muito evoluída assim, sabe? Então, já vinha entendendo, todo mundo que ia chegando: "oh, minha irmã, faça sua viagem bem, fique tranquila, descanse", todo mundo conversando, foi um processo de morte assim que deu mesmo pra a gente ver todas as etapas, muito interessante, né?

Dandara relata os momentos que recorreu a sua crença religiosa para dar sentido ao processo de morte da mãe:

Nesse dia, ainda, estavam lá uma amiga minha e minha prima, aí eu chamei elas pra irem na capela comigo, desci, fiz uma oração, pedi a Deus, né, que levasse minha mãe com máximo de tranquilidade, pedi: “oh, meu Deus. E tomara que quando eu suba agora, ela já tenha, né, falecido”.

Ao relatar sobre a morte da mãe, Dandara afirma que foi preparada para esse momento, pois, durante sua adolescência, ela vislumbrou a possibilidade de morte da mãe em alguns momentos, fator que gerou sentimentos de triteza e dor:

Eu acho que eu também tive uma certa preparação intuitiva, porque em alguns momentos da minha adolescência, às vezes, eu fechava a porta do meu quarto, quando eu ia dormir e me vinha na cabeça, não sei porque, que eu ia perder minha mãe, nisso eu começava a chorar, chorava, chorava muito, ia dormir tarde chorando. “Não meu Deus”. Minha mãe não tinha nada ainda, “meu Deus, porque é que eu tô pensando nisso?”. E aí... Aí, passava um tempo, vinha de novo na hora que eu ia dormir, aquilo de novo, eu digo: “meu Deus, não é possível. Minha mãe tá boa”, minha mãe era de muito ir pra médico, “minha mãe tá boa, não tem porque eu tá nessa”. E aí, eu fazia uma oração e esquecia, pulava pro outro dia. Isso aconteceu, mais ou menos, umas quatro vezes, então esse fato aí, eu acho que também me preparou. Isso, minhas irmãs não tiveram, né, essa preparação.

Além de acreditar nessa preparação intuitiva, Dandara ressalta que foi preparada pela mãe, pois diferente das outras duas irmãs, ela era orientada a assumir os compromissos da organização e das contas da casa:

Eu me vi, e tipo, entendi muita coisa que ela me cobrava muito e não cobrava as minhas irmãs, depois a gente vai entendendo tudo, eu ia fazer supermercado com ela, fazer as

compras pra ela, só eu que tinha a senha da conta dela, dos cartões, e aí, “Dandara, você vai pagar tal coisa hoje”. Quando minha mãe faleceu no mesmo mês, eu tomei a rédea de tudo e fazia compras, fazia pagamento de tudo, condomínio, de tudo era eu que resolvia, e aí depois eu digo: “Meu Deus, minha mãe, será que ela já imaginava isso e já foi me preparando, né?”.

A preparação intuitiva citada por Dandara e a preparação realizada por Tereza para que Dandara assumisse as responsabilidades da organização e pagamentos da casa são recursos pessoais que podem ter ajudado Dandara a dar sentido a vivência de morte da mãe.

Com relação à morte do seu primeiro bebê, Dandara relatou momentos de tensão que ela e a sua irmã recorreram à religião como recurso para lidar com a situação, como por exemplo, no momento em que conversou com a sua irmã sobre a morte do bebê:

“Dandara, você vai ter que ser forte, você vai ter que fazer força, porque a criança não tá mais aí e tal. Eu sou espírita, ela também. Ela conversou comigo, você tá prendendo a criança, não seja egoísta, e chorando, a gente chorando muito. Aí, eu comecei a gritar: “Ai, meu Deus, não acredito, meu filho. Eu quero, eu quero”.

Quando ficou sozinha na sala de atendimento, aguardando a evolução do parto para a expulsão do bebê, mais uma vez Dandara recorreu a sua crença:

Isso, quando ia dar já meia noite, aí eu disse: “Não, meu Deus”. Aí conversei com Deus: “Tem que ser agora, porque o espírito da criança realmente deve estar em sofrimento e eu tô aqui numa situação que não aguento mais”.

No seu relato narrativo sobre a vivência de violência obstétrica, Dandara destaca alguns momentos de tensão e é possível perceber a presença mais uma vez da sua crença religiosa como recurso para lidar com esses momentos, como por exemplo, quando acredita que a criança está nascendo: “Oh, meu Deus, graças a Deus, já consegui”. Ao ser informada pela médica que ela está com edema e precisa sofrer uma intervenção, ela mais uma vez se apoia na religião: “E

aí, eu comecei a orar, pedir a Deus. Aí ela começou a empurrar, empurrar o edema com o dedo, aí eu ali naquele nervoso, ‘meu Deus, será que vai acontecer alguma coisa com minha filha?’”.

Durante o parto, quando passou por alguns procedimentos e intervenções sem ser consultada ou comunicada sobre a necessidade desses Dandara relata sobre o medo que sentiu de morrer e conta que ficou calada para que tudo acabasse logo, recorrendo mais uma vez a sua crença religiosa:

Que eu tinha risco ali, eu não sei... Tipo assim, na minha cabeça passava que ela não tava me informando, mas eu tinha risco de morte ali. A única segurança que eu tinha era que eu tava vendo minha respiração, tava ouvindo os batimentos, né, a única segurança que eu tinha era aquilo e Deus.

Ao refletir sobre a experiência de violência obstétrica e sobre o seu comportamento durante essa vivência, Dandara recorre mais uma vez a sua crença e afirma sentir-se agradecida por acreditar que no final deu tudo certo com ela e com a sua filha:

E quando o médico dizia: “Você vai aguentar”, aí eu não respondia nada, ficava calada e dizia: “meu Deus, então eu vou aguentar” e respirava e a força... como eu já estava exausta de 14 horas de parto, realmente, eu não sei de onde veio essa força no final pra poder conseguir, mas graças a Deus, deu tudo certo, certo entre aspas, né? Não no decorrer, mas no final deu tudo certo.

As mudanças nos significados da maternidade. Os significados relativos à maternidade e subjetivamente construídos por Dandara sofreram algumas modificações no decorrer da sua trajetória associadas as suas experiências de vida e a sua vivência de violência obstétrica.

Maternidade como responsabilidade. Em um primeiro momento, ao falar sobre a maternidade, Dandara associa a figura da mãe, que foi uma mãe solteira, que criou as três filhas sozinhas e destaca que a maternidade envolve muitas responsabilidades:

...tudo que ela era pra mim eu agora sou pra minha filha, então assim eu já sentia muito

a responsabilidade de ser mãe pelo fato de minha mãe ser mãe solteira (...). Então, minha mãe sempre passou de uma forma muito clara assim as responsabilidades que ela tinha com a gente, você tá entendendo? Ela teve três filhas, nunca faltou nada pra gente, sabe?

Maternidade como apoio. Para Dandara, a maternidade está associada a todo tipo de apoio ao filho, seja ele emocional, afetivo ou material:

A ideia que eu tenho de mãe é aquela bem redundante mesmo, que mãe é tudo que mãe é aquela que dá carinho, que dá amor, sabe? Aquela que sentava comigo pra estudar, eu podia pedir pra ela o que fosse, ela o máximo que ela podia dar dela ela dava, e é justamente o que eu faço também com minha filha hoje.

Maternidade como uma ruptura. É possível perceber, durante todo relato narrativo de Dandara, que o apoio da família, de um modo geral, sempre foi presente e importante. Porém, Dandara destaca que, na descoberta da sua primeira gravidez, vivenciou um momento de tensão, pois a gravidez não foi programada. Ela ficou imaginando que seria criticada e recriminada por sua tia materna, Francisca, por ser mãe solteira, por não ter concluído os estudos e não ter a sua independência financeira. Neste caso a maternidade foi associada a uma ruptura em sua trajetória de vida:

Então, essa tia, pra essa tia minha, eu nem namorava, você tá entendendo? E eu sempre expliquei isso pra quem hoje é meu marido, na época ele era meu namorado, eu sempre expliquei pra ele que eu não podia falar de jeito nenhum pra minha tia que eu estava grávida, porque ela nem sabia que eu namorava, quer dizer uma mulher velha já, mas ela conseguia da forma dela me pressionar psicologicamente que nem coragem de dizer que eu tinha namorado eu tinha. Então, eu fiquei assim: “Meu Deus, o que é que eu vou fazer?”.

Por outro lado, o seu companheiro, Raul, esteve presente acompanhando e apoiando Dandara: “Calma, oxente, filho é benção, que não sei o quê, a gente vai cuidar”. A sua irmã

mais velha também foi um apoio importante: “Quando eu contei pra ela, ela ficou muito feliz também: “Ah, que bom”.

Essa tensão gerou sentimentos ambivalentes em relação aos significados da maternidade presentes na sua primeira gestação, entre o querer ter o filho e o não querer ter o filho, pois ser mãe naquele momento resultaria em ter conflitos familiares e ter que abdicar dos seus projetos individuais. Porém, a partir da sua segunda gravidez, quando Dandara já estava morando com Raul e tinha assumido essa relação para sua tia Francisca, a gravidez, mesmo não sendo planejada, para ela era mais socialmente aceita.

Maternidade como tudo. Dandara demonstrou durante toda sua narrativa o vínculo afetivo que tinha com a sua genitora, era uma relação de cuidado, proteção e segurança. Quando questionada sobre o significado da maternidade após o nascimento da sua filha ela fala que já tinha a mesma idéia e concepção de que a maternidade é tudo: “...antes dela, eu já tinha a mesma concepção, porque minha mãe pra mim já era tudo, então mãe é porto seguro, um aconchego bom, né? Aí, é tudo, gente, fica até, né, aquela coisa repetitiva, mas...”.

Maternidade como proteção. Além dos significados da maternidade construídos por Dandara ao longo da sua história de vida, a vivência de violência obstétrica durante o parto trouxe outros significados da maternidade para Dandara associados à proteção da sua filha:

Minha filha é tudo pra mim, tipo assim, não sou super protetora não, não me considero, mas faço de tudo pra não acontecer acidentes com ela, tenho o maior cuidado, porque realmente pra eu tê-la não foi assim fácil, né, até pra conseguir manter uma gravidez não foi fácil e também pra tê-la não foi fácil, não foi nada fácil, não posso. Mesmo se fosse fácil a gente não deixaria nosso filho de qualquer jeito. Mas, ser mãe é maravilhoso, eu amo ser mãe.

Maternidade como educação. Dandara também associa a maternidade a educação e preparo da sua filha para possíveis momentos difíceis assim como a experiência vivida por ela

de violência obstétrica. Ela afirma que vai ensinar a filha a ser forte e não se abater por situações como essa de violência:

...ela que independente do que acontecer de ruim na vida dela, tem que seguir a vida dela, né, da melhor forma possível, sem querer problematizar, se vitimizar, porque é pior quando a gente fica ali, muitas vezes... claro que a gente não escolhe entrar em depressão, mas cada pessoa tem sua resposta, né, então, se eu quero que ela seja também uma mulher forte como eu, estudiosa, a gente não pode parar de estudar não, porque eu agora tô parada, mas não tô nem conseguindo dormir direito, por causa disso, mas eu sei que é uma coisa que eu vou resolver na minha vida. Quero que ela seja uma menina determinada, uma mulher determinada, como eu sou, né, e tudo que eu puder passar de bom e alertá-la do ruim também, eu vou fazer.

Maternidade como força. Na narrativa de Dandara o significado da maternidade também foi associado a força e determinação. Ela ressaltou o quanto a sua mãe foi uma mulher forte, que criou as filhas sozinha e o quanto ela também se acha forte e determinada. Dandara acrescenta que deseja passar esses valores para sua filha.

Caso 2 – Isaura. A segunda participante é uma mulher jovem de 28 anos, branca, com curso médio completo, desempregada, vive em união estável há sete anos, possui renda familiar de dois a três salários mínimos mensais e possui duas filhas. Isaura afirma que não tinha conhecimento sobre a humanização do parto em sua primeira gestação e nunca tinha sido informada sobre violência obstétrica. Após a experiência de parto da sua primeira filha, Liz, Isaura buscou informações e descobriu que tinha sido vítima de violência obstétrica durante o parto da sua filha.

A experiência de violência obstétrica vivenciada como uma ruptura. A gravidez de Liz não foi planejada, Isaura não fez todo o acompanhamento pré-natal, não foi orientada ou informada quanto aos seus direitos como gestante e parturiente, teve sua filha em uma

maternidade pública de São Paulo, sem direito a acompanhante e sem direito a escolhas.

Gestação. Quando questionada sobre o acompanhamento pré-natal, Isaura relatou que fez alguns exames e consultas. Ela pontuou que o governo do estado de São Paulo tinha um programa social “mãe paulistana” que ajudava, o acompanhamento era realizado na própria residência, porém ela disse que não fez todo o acompanhamento, só lembrou de ter realizado três consultas e um exame de ultrassonografia. Ela associa esse descuido dela a falta de orientação da equipe de saúde:

...na época tinha um programa “mãe paulistana” e lá eles têm, não sei se é uma assistente social, não sei se é enfermeira que vai lá, tem as áreas e vão na casa da pessoa. Não fiz o acompanhamento assim certinho como eu fiz de Clara... No caso, os exames eu acho que eu me lembro de ter feito uma ultrassom. Não me lembro assim de ter feito o pré natal, acho que umas duas ou três vezes pra medir a barriga, pra pesar.

...O governo na época tinha esse mãe paulistana e eles davam roupa, davam assistência legal pra gestante mas eu não tive, eu não sabia que eu tinha que fazer o pré natal, eu não sabia que tinha que ir lá todo mês. Eu não sabia dessas coisas.

Acesso à maternidade. Isaura contou que quando iniciaram as contrações, ela passou por diversas maternidades públicas da cidade de São Paulo, mas era atendida e logo dispensada, sendo informada que ainda não era o momento do parto. Essa peregrinação durou por dois dias:

Na verdade foi uma peregrinação lá em São Paulo porque eu fui pra várias maternidades e eles mandavam voltar pra casa porque não estava ainda no momento. E aí eu fui pra uma maternidade chamada cachoeirinha e fiquei assim dois dias sentindo dores fortes, sem rompimento de bolsa, nem nada, mas sentindo dores e eles dizendo que não tava ainda no momento.

De acordo com Isaura, depois de dois dias de peregrinação, durante a madrugada as

dores aumentaram e ela foi com a sua genitora para outra maternidade, quando finalmente foi atendida e internada. Nesse momento Isaura destacou a forma como foi tratada pelo médico plantonista, que foi examina-la, falando pouco e sem explica-lhe os procedimentos que estava fazendo, como o exame de toque, que foi realizado repetidas vezes e o uso do hormônio ocitocina, colocado no soro:

Chegamos lá no Penteado, o médico que tava de plantão, me atendeu, tava dormindo né? Provavelmente ele tava dormindo, com a cara de sono, tipo mal humorado. Pediu que eu deitasse na maca e fez o exame de toque. Eu passei nesse período, uns cinco toques, no máximo, baseado, porque eu não me lembro muito bem, porque eu fiz questão de apagar algumas coisas da minha mente. E aí ele fez o exame de toque, disse que eu tava com três dedos de dilatação, aí me colocou um soro na veia e me pediu pra aguardar, pra ficar lá aguardando, eu na cadeira de rodas, sentada na cadeira de rodas. Pediu pra eu vestir uma roupa, um frio, porque era período de inverno em São Paulo, um frio e eu só com roupão do hospital, fino, aquele roupão de hospital que é fino. Aí eu fiquei lá sentada com uma dor, uma dor insuportável. Eu não sabia como era a dor.

Pré-parto. Após a admissão no hospital, Isaura ressaltou que em nenhum momento foi permitido a presença de um acompanhante, mesmo com inúmeros pedidos dela pra que fosse permitido a entrada da sua genitora, ela ficou sozinha durante todo o período pré-parto, no parto e no pós-parto imediato: “Aí, ele me colocou no pré-parto, numa maca e eu fiquei ali sentindo dores sozinha. Nesse momento eu já fiquei sozinha, sem ninguém e com várias outras mulheres tendo também contrações...” e “Me tiraram o direito de ter alguém perto de mim, segurando a minha mão, me dando força e eu encontrei forças onde não tinha.”

Isaura também contou que foi realizado um procedimento a amniotomia, rompimento artificial das membranas para acelerar o trabalho de parto, mas não foi explicado para ela o motivo da realização desse procedimento e nem questionado se ela concordava com a adoção

desse método: “Aí me colocaram na maca de novo, me mandaram levantar, ficar em pé na maca, pra furarem a minha bolsa. Furaram a minha bolsa.”

Parto. Após o uso da ocitocina e o rompimento da membrana, Isaura foi encaminhada para o centro cirúrgico. Em nenhum momento foi ofertado qualquer método para alívio da dor, apenas foi realizada anestesia local, no centro cirúrgico, porém Isaura afirmou que sentiu todos os procedimentos realizados como a episiotomia e a sutura da episiotomia:

Aí me levaram pra o centro cirúrgico, me deram uma anestesia local que eu senti tudo, não sei que anestesia foi aquela que eu senti tudo... Aí eles cortaram muito e “faça força” aí eu fiz a força e Liz saiu. A cabeça de Liz cortaram muito, cortaram com o bisturi, mas foi bem pouco, não sei se foi a unha, não sei o que foi, porque o bisturi se pegasse acho que fazia um estrago maior. Na hora não tinha como eu saber né? Porque eu tava totalmente fora de mim...

Isaura relatou que falou para equipe que estava sentindo a sutura da episiotomia, mas não atendida e nem acolhida em sua queixa: “Aí, eles tiraram Liz, limparam, deram a vacina, e tiraram a placenta e foram costurar e eu senti todo o processo de costurar e eu falava “eu tô sentindo você me costurar” e não falavam nada “é o procedimento normal” respondiam.

Pós-parto imediato. Logo após o parto, Isaura contou que não possibilitaram que ela pegasse a sua filha no colo e pudesse amamentá-la, ela ficou deitada na maca, com sua filha entre as suas pernas, sozinha, no corredor, aguardando o encaminhamento para enfermaria: “Depois do parto, ela limpinha, enrolaram num pano, tava oito graus, sensação térmica de cinco graus e enrolaram ela num pano e eu fiquei suja no corredor com Liz. E eu, “tô com fome, eu tô morrendo de fome” e não me deram nada”.

As rupturas e transições na trajetória de vida. Além da experiência de violência obstétrica, Isaura relatou algumas vivências que trouxeram mudanças significativas para sua vida, como a própria gravidez de Liz, que aconteceu de forma inesperada, quando ela ainda

estava iniciando um novo relacionamento: “Eu saí de um relacionamento conturbado e aí conheci o pai de Liz, aí, logo eu ficando com o pai de Liz, eu não tomei os devidos cuidados e engravidei com menos de um mês de relacionamento”.

Gravidez não planejada. Com a descoberta da gravidez de Liz, Isaura saiu da casa de sua avó em São Paulo e foi morar com o pai de Liz, Hugo. Porém, Isaura contou que o pai de Liz não era uma pessoa de apoio financeiro para ela e naquela época, morando em São Paulo ela não tinha nenhuma rede de apoio emocional ou financeiro, além dele:

O pai de Liz não gostava muito de trabalho, era uma pessoa difícil. E aí, fui, passei a minha gravidez toda trabalhando com crianças, eu trabalhava numa creche com dezoito crianças em sala, aí foi um período complicado por causa dos enjoos e tudo e tudo novo pra mim, eu tava sozinha lá em São Paulo, porque a minha família, a maioria mora aqui em Salvador.

Separação e mudança de estado. Outro momento de ruptura na vida de Isaura aconteceu logo após o nascimento de Liz, quando ela decidiu se separar de Hugo e retornar a sua cidade de origem, onde podia contar com o apoio da sua família, principalmente da sua genitora, para criar a sua filha e reconstruir a sua vida:

Quando Liz nasceu e minha mãe foi embora, eu voltei com um mês, me separei e voltei com Liz com a cara e a coragem. “Eu não vou ficar aqui não, eu não tenho condições de ficar aqui com uma pessoa que não me dá assistência...

...já pensava em mim e nela, porque antes eu era sozinha, agora eu tenho que pensar nela. Foi aí que eu decidi me separar, porque lá eu não tenho escolha, aqui eu tinha alguém de confiança que me ajudasse, aí eu pensei nela e vim com a cara e a coragem.

Rompimento com a genitora. Depois de alguns meses morando em Salvador, Isaura já trabalhava e começou uma nova relação. Nesse início de relacionamento, Isaura decidiu ir

morar com o seu namorado e deixou Liz com a avó materna. Após alguns anos, quando Isaura se organizou com seu companheiro, ela decidiu levar Liz para morar com ela. Segundo Isaura, tal decisão causou o rompimento da relação dela com a sua genitora. É possível afirmar que esse rompimento foi uma nova ruptura na trajetória de vida de Isaura:

Liz ainda ficou um tempo com minha mãe. Ficou até três anos de idade com minha mãe e eu assim pegava e ela morava perto, então ela ficava mais na casa da minha mãe do que na minha e chegou um momento que eu disse assim “ah não, agora eu vou pegar minha filha pra mim” e gerou uma revolução, até hoje minha mãe é triste comigo, é brigada comigo por causa disso, porque ela tinha Liz como uma filha e a gente até hoje a gente bate de frente por causa disso.

Ainda hoje, após quatro anos desta decisão de Isaura, ainda é possível perceber que a relação dela com a mãe continua fragilizada e inclusive quando convocada a falar sobre este relacionamento Isaura se recusa: “Aí, jura? Sério? É difícil. É, nesse ponto eu nem queria tocar”.

As condições de emergência semiótica. Na narrativa de Isaura foram observados os principais momentos de alta ambivalência e tensão durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato. Isaura contou que não imaginava como seria o parto, não tinha informações sobre a política de humanização, não pesquisou sobre o parto e nem imaginou como seria esse momento, apenas se programou para ter a companhia da mãe, o que só foi permitido até o momento que ela entrou na sala de pré-parto, a partir dali ela começou a vivenciar momentos de alta ambivalência e tensão e para dar sentido ela recorreu a signos fortes:

E eles colocaram um negócio na minha barriga, acho que cardiotoco que chama e aquilo ali tava me incomodando e eu falando pelo amor de Deus, tire e eu tinha que ficar deitada e eu falava “moço, eu quero ir no banheiro, eu tô precisando ir no banheiro”

...aí eu comecei a vomitar, comecei a fazer cocô e eu falava “moça, pelo amor de Deus, chame a minha mãe”, aí eu comecei a gritar minha mãe e ninguém vinha. Não tinha

ninguém, só as pessoas que tavam parindo também junto comigo ali e eu não tinha com quem gritar, quem chamar.

Isaura relata que não entendia o que estava acontecendo com ela, era o seu primeiro parto, ela não sabia que sentiria tantas dores e mal estar. Toda a experiência vivenciada por Isaura no parto de Liz foi marcada por alta ambivalência e alta tensão. Isaura não compreendia o que estava acontecendo, sentia medo, insegurança e solidão e buscava explicações para o que estava vivendo.

Isaura conta que só começou a entender o que tinha acontecido com ela e Liz, na segunda gravidez. O medo de passar por toda situação de violência e maus tratos novamente, levou Isaura a pesquisar sobre o parto normal e a humanização do parto. O contato com essas informações gerou um novo significado para essa experiência, o signo forte violência obstétrica ajudou a explicar toda situação vivida por Isaura. Esta compreensão levou Isaura para um nível mínimo de ambivalência e criou um novo signo promotor, parto normal humanizado, que ajudou Isaura a planejar e programar o parto da sua segunda filha, Clara:

...aí eu comecei a pesquisar e isso foi me tranquilizando e isso foi me mostrando que tudo que eu tinha passado com Liz foi errado, não era pra ter acontecido, foi desrespeitoso, foi imoral, foi sujo. Acho que nem um animal passa por isso porque até um animal tem o parto respeitado, ele tá ali sozinho, sente a dor sozinho, mas tem o parto respeitado, tem a hora de parir respeitada, tem o movimento garantido.

Os recursos utilizados nas experiências de rupturas. Na narrativa de Isaura foram observados recursos escassos que foram utilizados no processo de reequilíbrio após as rupturas vivenciadas por ela em sua trajetória de vida. Em relação ao apoio familiar, Isaura cita a mãe e o atual esposo como as únicas pessoas de suporte. Apesar de ter uma relação fragilizada com a genitora, Isaura afirma que ela foi a única pessoa de apoio no parto de Liz: “...eu tava sozinha lá em São Paulo, porque a minha família, a maioria mora aqui em Salvador.” e “De madrugada,

minha mãe tava lá em São Paulo pra acompanhar meu parto, aí de madrugada a dor piorou, ficou bem forte, aí fomos para o Penteadó”. Isaura chamou pela mãe durante todo período que esteve sozinha no pré-parto, buscando apoio e ajuda, mas não foi permitida a presença de uma acompanhante: “...e gritava “minha mãe, minha mãe” porque era a única coisa que a gente pensa na hora é a mãe né. “Minha mãe, eu vou morrer”.

Nesse momento de alta ambivalência e tensão vivenciada no pré-parto, no parto e no pós-parto imediato, Isaura também utilizou de outros recursos simbólicos como a religião para conseguir superar o medo e a solidão: “Porque eu acredito que o que salvou a gente foi Deus, porque era pra gente ter morrido, sinceramente. Eu falo assim, que foi um livramento, porque era pra gente ter morrido...” e “...foi Deus. Deus e saber que ia ter minha filha nos meus braços e só isso mesmo”.

Isaura também destacou outro momento importante da sua vida, quando ela decidiu abandonar tudo em São Paulo e voltar para Salvador sozinha, com Liz ainda bebê. A única pessoa de suporte que ajudou cuidando da criança para que Isaura pudesse trabalhar e reorganizar sua vida foi a sua genitora: “...ela ficava mais com minha mãe, porque eu tinha que trabalhar, porque o pai dela nunca ajudou em nada e eu nunca fiz questão que ele ajudasse”. A mãe de Isaura cuidou de Liz até os três anos de idade: “Ficou até três anos de idade com minha mãe e eu assim pegava e ela morava perto, então ela ficava mais na casa da minha mãe do que na minha”.

Atualmente Isaura tem o seu companheiro, pai da sua filha caçula, Clara, como a principal referência de apoio e segurança, inclusive financeira:

Com Liz eu precisei trabalhar pra dar um apoio financeiro mas Clara eu já tenho um porto seguro que é Alfredo. Alfredo trabalha e ele vai suprir a necessidades de casa, vai pagar as contas, tanto que Clara eu amamento até agora, dois anos. Eu tenho o apoio dele “filha, se você quiser ficar amamentando”, “se você quiser botar Clara na escola

agora, tudo bem, mas se não quiser pode deixar um pouco mais pra frente” Sabe? Pensando sempre no melhor dela porque é isso que importa.

As mudanças nos significados da maternidade. Os significados da maternidade foram se modificando na narrativa de Isaura, após o nascimento da sua filha Liz. No início Isaura conta que sua genitora era distante, não acompanhava a vida dela e ela ficava muito livre.

Maternidade como liberdade. Isaura associa a maternidade a liberdade: “...eu não tive uma base familiar muito sólida. A minha mãe cuidava muito dos interesses dela e do marido dela e eu fui criada muito solta, muito livre, muito, sabe? E acho que uma forma de minha mãe dizer que nos amava, eu e minha irmã, era deixando livre e isso foi muito ruim pra mim”. Dessa forma, ela era distante da mãe e não tinha a casa dela como um lugar de referência: “...eu fui muito assim “ah, você quer ir, vai” passa três dias fora de casa “ah, tô nem aí”, chegou, vai comer, vai dormir, sabe?”

Maternidade como ruptura. A gravidez de Liz não foi planejada, Isaura namorava com um rapaz há pouco tempo quando descobriu a gravidez. Este evento interrompeu a sua trajetória e modificou os seus projetos de vida. A maternidade foi vivenciada como uma ruptura no seu curso de vida:

...conheci o pai de Liz e aí, logo eu ficando com o pai de Liz, eu não tomei os devidos cuidados e engravidei com menos de um mês de relacionamento. Eu morava com a minha vó, aí tive que morar junto com ele. O pai de Liz não gostava muito de trabalho, era uma pessoa difícil. E aí, fui, passei a minha gravidez toda trabalhando com crianças, eu trabalhava numa creche com dezoito crianças em sala, aí foi um período complicado por causa dos enjoos e tudo e tudo novo pra mim. Eu tava sozinha lá em São Paulo, porque a minha família, a maioria mora aqui em Salvador.

Maternidade como tudo e como proteção. Quando questionada sobre o que é ser mãe, Isaura responde que mãe é tudo e relata como é a sua relação com as suas filhas e os significados

da maternidade construídos após o nascimento delas: “Ser mãe é tudo...”. Para Isaura a maternidade está associada a proteção e cuidado: “...eu acho q eu sou obsessiva com elas, protetora demais, eu sou muito tipo, eu não deixo correr e eu já sofro pensando quando elas baterem asas porque é um pedaço de mim.” Um significado diferente ao associado a relação dela com a mãe, que era marcada por uma relação de liberdade.

Maternidade como porto seguro. A experiência de violência obstétrica vivenciada por Isaura no parto de Liz trouxe mudanças aos significados da maternidade construídos por Isaura como a a ideia da maternidade associada a um porto seguro: “E eu quero que o meu lar seja um lar realmente pra elas, que seja um porto seguro, que eu seja o porto seguro delas e é isso. Mãe pra mim é isso, mãe é um porto seguro, mãe é quem vai tá ali se você errar, se você acertar, pra tudo.”

Maternidade como força. Outro significado da maternidade construído após essa experiência de violência obstétrica foi a ideia da maternidade associada a força: “Eu quero que elas daqui a um tempo, quando eu não tiver mais aqui, que elas tenham uma visão “poxa, minha mãe aquela figura forte, aquela pessoa que não dava certo, quebrava a cara mas tava ali tentando, sabe?” Eu quero isso”. Essa ideia de força está presente em vários trechos da narrativa de Isaura, inclusive Isaura pontua que quer ensinar as filhas a serem fortes e a lutarem:

Um conselho eu daria pras minhas filhas e pra todo mundo. Nunca deixe ninguém fazer nada com o seu corpo, se você acha que não tá no seu limite, se não tá no seu padrão. Eu daria pra qualquer pessoa esse conselho. Com você, com seu corpo, com sua mente, com seu coração, se você acha que tá errado vá à luta e não deixe, mesmo que te digam, que te dê argumentos que aquilo ali é o melhor pra você, se você achar que não é, não vá.

Dos dois casos expostos nesta subseção, alguns dados estabelecem possíveis caminhos para interpretações mais gerais. Primeiramente, os dados mostram que as mulheres desse bloco

possuem um nível de escolaridade mais alto, Dandara possui nível superior incompleto e Isaura ensino médio completo. Desta forma, é possível inferir que essas mulheres possuem mais facilidade de acesso a informações, o que pode ter ajudado na compreensão da experiência de violência obstétrica.

Outro ponto observado neste bloco é que as participantes relataram a experiência de violência obstétrica como uma ruptura, um evento que inseriu desafios não-normativos e perpassados por altos níveis de ambivalência, tensão e sofrimento na trajetória de vida delas e as levou a se questionar sobre o sentido da vida e o senso de continuidade de si mesmas. Dandara e Isaura viveram momentos de alta ambivalência e alta tensão durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato. Esta vivência levou as participantes a buscarem signos fortes para dar significados para a experiência de violência obstétrica. As rupturas vivenciadas pelas participantes durante a trajetória de vida de cada uma delas e a experiência de violência obstétrica foram superadas com o auxílio dos recursos usados, principalmente o apoio familiar e a crença religiosa. Foi observado que estas mulheres construíram significados parecidos para a maternidade como força e proteção.

Narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica

Nesta subseção, serão apresentados os casos de duas mulheres que apresentaram narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica. As participantes possuem baixa escolaridade, uma foi apenas alfabetizada e a outra não completou o ensino fundamental. Em relação a renda familiar, as duas participantes recebem menos de um salário mínimo por mês, uma está desempregada e a outra trabalha é autônoma, trabalha como manicure. No que se refere a situação conjugal, as duas participantes vivem em união estável há mais de dez anos. As duas participantes estão na faixa etária de 30 anos, uma das participantes possui 33 anos e a outra 34 anos.

Caso 3 – Luana. O terceiro caso refere-se a uma mulher negra de 33 anos, que vive em

uma união estável há mais de 18 anos, possui cinco filhos e está grávida do sexto filho. Luana conta que só foi alfabetizada e abandonou os estudos por falta de interesse. Ela trabalhava como babá, mas no momento encontra-se desempregada, ela e a família vivem com o benefício recebido pelo marido, uma renda familiar mensal menor que um salário mínimo.

Luana afirma que nunca planejou muito as suas gestações e foi assim com a gravidez de seu filho caçula, André, que hoje possui cinco anos. Ela não costuma usar métodos contraceptivos, pois não se sente bem e não faz o controle do seu ciclo menstrual, quem geralmente acompanha a data de início dos ciclos de Luana é o seu esposo e é ele também que alerta em casos de atraso do início do ciclo.

Como não costuma planejar ou organizar os seus partos, quando inicia o trabalho de parto ela procura por atendimento e passa por todos os procedimentos que a equipe julgar necessário. A participante afirma que já ouviu falar sobre violência obstétrica, ouviu uma reportagem na televisão, mas não sabe definir ao certo o que é e nem tampouco se considera vítima deste tipo de violência.

A experiência de violência obstétrica vivenciada como uma ruptura. Luana conta que descobriu a gravidez de André com um mês de gestação, foi ao posto de saúde, pediu um ultrassom, fez o exame para confirmar confirmar e depois procurou acompanhamento médico.

Gestação. O pré-natal de André foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família próxima a sua residência sem nenhuma dificuldade. Luana tinha dificuldades de acesso apenas para realizar os exames. Geralmente acordava muito cedo, precisava pegar um ônibus ou contar com uma carona para realizar os exames em uma hospital mais distante:

...a gente tem que acordar de madrugada. Aí vai lá, pega fila, pega ficha, aí marca tudo direitinho e fica esperando ser atendido, é bom porque é tudo no mesmo dia. A parte mais braba é ter que acordar, aí o irmão dela (A participante se referiu ao irmão de uma vizinha que também estava grávida) levou a gente de carro, a gente marcou, aí fiz o

meus exames e pegou tudo na internet.

Luana relatou que durante as consultas do pré-natal nunca conversou com a enfermeira ou com a médica sobre o parto, sobre as suas dúvidas, os desejos e as possibilidades. Ela contou que seus partos sempre são normais, mas ela gostaria de realizar uma cesárea para fazer a laqueadura tubária e evitar novos filhos. Porém, esta possibilidade nunca foi ofertada para ela e ela também nunca questionou:

Ela também não fala. Porque meus parto são tudo normal, eu sei que é tudo normal, e eu doida pra ser uma cesariana pra poder aproveitar e poder desligar, mas não tive essa sorte, fazer o que, tem que esperar.

Luana expôs que já procurou alguns instituições de saúde para realizar a laqueadura tubária, mas não conseguiu, geralmente exigem planejamento familiar e que o procedimento seja realizado algum tempo depois do parto, mas que ela gostaria de fazer no momento do parto para aproveitar apenas uma recuperação, pois possui muitos filhos e o marido doente, mas nunca deram esta opção de escolha para ela:

E foi nesse negócio de não ter escolha que eu fui engravidando. Eu tomo remédio, eu enjojo, eu engordo, aí tem que parar pra trocar de remédio, e nesse troca-troca de remédio, eu acabo engravidando.

Acesso à maternidade. No que se refere ao acesso à maternidade, Luana contou que geralmente precisa ir várias vezes, já aconteceu de procurar atendimento e não ser nem examinada e dispensada por falta de vaga, como também já aconteceu de ser atendida e encaminhada para outra maternidade pela falta de vaga:

A gente conversava na portaria, aí via que não tinha vaga, aí tinha que aguardar, aí a gente ficava aguardando, como não tem vaga, a gente ia pro hospital, chegava lá ficava, fazia exame de toque, não tá na data ainda, “falta muito, vá pra casa”, a gente volta pra casa, aí vai de novo pro Iperba. Chega lá, aí manda aguardar até surgir uma vaga. E na

realidade, eles praticamente tem vaga, eles que não colocam né? Aí pronto, eu fiquei mofando, depois fui atendida normalmente, graças a Deus. Esse daí que foi ótimo que cheguei lá não tinha vaga e me mandaram pra maternidade lá no Pau Miúdo, a gente foi pro Pau Miúdo, cheguei lá, não gostei tanto de lá.

Luana relatou que foi encaminhada para a maternidade de referência e não gostou de lá, pois passou por exame de toque, sentiu fortes dores e foi mal tratada verbalmente:

...a gente foi pro Pau Miúdo, cheguei lá, não gostei tanto de lá. A médica fez exame de toque, eu vi que estava [subindo sangue], ela disse que não tava [subindo sangue] e eu não estava na hora de ter menino, aí o pai da criança: “quantos filhos a gente teve?”” quatro filhos”, então que ela fez “você não sabe que seus partos são tudo igual não?” aí eu disse “não, nenhuma gravidez é igual a outra, sempre uma é diferente, é mais complicada do que a outra, eu tenho certeza que a dor de uma não vai ser a dor de outra.”

Pré-parto. No que se refere ao direito de ter um acompanhante durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, Luana afirmou que durante todo o período dentro do hospital ficou sozinha, pois não era permitido o acesso de um acompanhante. O esposo de Luana levava ela até a maternidade, deixava ela lá e ia buscá-la no momento da alta. Quando questionada se o marido entra com ela e se alguém fica com ela, Luana responde: “Não, eles não permitem.”

Já em relação ao uso do hormônio sintético, Luana contou que foi colocada no soro, sem pedirem o seu consentimento, mas que explicaram que era para aumentar a dor e acelerar o trabalho de parto: “A gente toma um medicamento, toma um soro pra aumentar a dor...” e “Diz que é pra aumentar a dor, pro parto ser mais rápido. Porque as vezes falta muito ainda e o remédio é pra aumentar a contração.”

Parto. Luana afirmou que em nenhum momento foi oferecido algum tipo de analgesia, seja através de anestesia ou outros métodos alternativos. Apenas foi realizada a anestesia local para a realização da episiotomia e a sutura da episiotomia: “Não, na hora do parto eles dão, lá

naquele local.”

De acordo com Luana, para a realização da episiotomia não era perguntado para ela se ela concordava com tal procedimento, mas explicavam o motivo da realização da episiotomia, que foi realizada em todos os seus partos normais:

Tava fechado, não tinha passagem o suficiente pra poder passar sem precisar cortar, aí todo o procedimento teve que cortar e aí ela disse que se eu fosse ter menino de novo tinha que fazer outra raspagem nos pontos porque ficou grosso, aí eu fiquei imaginando como é que vai ser né, falei até com a menina lá, se vai precisar cortar do outro lado, como é que vai fazer porque disse que vai ficar duro né, disse que fica rígido, porque tive seis filhos e só cortou no mesmo lugar, aí disse que fica rígido, aí disse que tinha que fazer uma raspagem.

Pós-parto imediato. No que se refere ao pós-parto, Luana relatou que assim que a criança nasceu foi permitido o contato com ela, o médico colocou o bebê em cima dela, porém logo em seguida a criança é levada para realizar exames e tomar banho, não foi ofertado e nem permitido o aleitamento materno nas primeiras horas de vida do neonato:

Mostra, bota em cima da gente, aí depois leva pra limpar tudinho, aí as vezes desce até no outro dia, não desce no mesmo dia porque ia fazer exame, disse que ia fazer um bocado de check up, checar tudo direitinho com o primeiro pediatra né, aí fica em observação aí só desce no outro dia.

Embora tenha passado por todos estes procedimentos em todos seus partos, sem ser orientada adequadamente e mesmo sem ter o seu desejo pelo parto cesáreo respeitado, Luana não reconhece que tenha vivenciado experiências de violência obstétrica. Até mesmo quando foi atendida por uma médica na maternidade de referência e se sentiu desrespeitada, Luana não falou que foi um evento violento.

As rupturas e transições na trajetória de vida. Luana relatou algumas vivências

importantes que interromperam a sua trajetória de vida e a fizeram questionar sobre o sentido de si mesma e o sentido de continuidade da vida.

Gravidez não planejada. Dentre estas vivências Luana destacou a sua primeira gestação, que não foi planejada e trouxe mudanças para os seus planos de vida:

O que eu planejava era ter minha casa própria pra depois pensar em marido, mas nunca é como a gente pensa né, como a gente quer. Eu pensava em ter meu canto antes de ter filho,...tem que pensar primeiro no que é meu, mas não deu, fazer o que. Ai teve filho, aí...

Separação do filho para adoção. Luana contou que o seu primeiro filho foi de um outro relacionamento e quando começou a se relacionar com o seu atual marido ela tomou uma decisão de doar seu filho para ser criado pela madrinha, dessa forma evitando possíveis conflitos com a família do companheiro:

O mais velho não é dele e ele registrou. Ele sabe, a família dele sabe tudo isso. Foi por isso que eu peguei e dei a madrinha porque eu tô pronta pra tá criando meu filho e a família dele dizer “ah, você ta criando um filho que não é seu” pra depois não dar o direito de bater, fazer e acontecer. Eu peguei e falei “ói” dei a uma pessoa que deu educação, deu carinho, deu amor, não falta nada. Hoje em dia é um bom menino, tem um bom emprego. Hoje em dia, tem o canto dele, tá morando de aluguel, não tenho o que dizer.

A decisão de Luana em doar o filho para ser cuidado pela madrinha foi outra ruptura em sua vida, mas ela não falou muito sobre os sentimentos e as mudanças que esta decisão trouxe. Apenas destacou que o menino teve todo o cuidado que ela acredita ser importante e que deve ser passado por uma mãe, como carinho, educação e amor.

Adoecimento do marido. Outra ruptura na trajetória de vida de Luana foi o adoecimento do marido, que há alguns anos teve episódio de acidente vascular cerebral e ficou com algumas

sequelas motoras, que limitaram os seus movimentos e fez com que ele se afastasse do trabalho. Luana ressaltou que o adoecimento do marido fez com ela perdesse a principal pessoa de apoio das atividades de cuidado dos filhos no dia a dia, principalmente, dos cuidados dos filhos mais novos: “...depois que ele caiu doente, porque quando ele não tava, tava tudo bem, aí depois que ele caiu doente foi que começou.” Luana conta que depois do adoecimento do marido tudo ficou mais difícil e inclusive a família dele questiona a paternidade do bebê que ela está gestando:

Aí a mulher fica dizendo que o filho não é dele, que ele tem esse problema de saúde e não faz filho e num sei o que, e eu também não digo nada, fico na minha quietinha, nem falo mais com ela, tanto que ela nem toca...aí fica dizendo que quando a criança nascer vai fazer DNA. Eu digo, faça exame de DNA, pode fazer tudo. Vai dar que os filho é tudo seu e eu vou meter um processo nela, dar um queixa...

As condições de emergência semiótica. Durante a maior parte da narrativa de Luana sobre a sua experiência do parto é possível observar uma ausência de tensão. O fato dela não saber que estava vivenciado uma situação de desrespeito, não gerou ambivalência e também não a levou a se questionar o que estava ocorrendo. Nesse caso o evento da violência obstétrica foi relegado ao esquecimento, não ocorrendo, portanto a emergência de signos novos.

Apenas em um momento da narrativa de Luana foi possível observar um momento de tensão mínima a moderada, isto aconteceu quando ela contou sobre o momento que acompanhou o parto da sua filha mais velha. Luana relatou que ficou como acompanhante da filha em um quarto e podia ver e ouvir, através de uma porta, os gritos e gemidos das parturientes. Este evento levou Luana a vivenciar um momento de ambivalência e tensão moderadas e buscar signos fortes para dar significados a experiência: “...eu chega fiquei assustada, aí disse a ele não vou parir mais não, aí ó, pra passar tudo de novo, ai meu Deus do céu...”.

Porém, ao refletir sobre suas experiências e sobre os relatos compartilhados por outras mulheres, o signo emergente parto normal doloroso começa a dar significado a vivência de Luana e explicar suas dúvidas e tensões, tirando Luana de uma situação de moderada ambivalência e fazendo ela retornar para uma condição nula, na ausência de ambivalência e tensão: “Ó, eu não sei, porque cesariana dizem que não dói. Tem gente que não sente dor, tem gente que diz que não sente, eu queria fazer pra saber se é isso mesmo que todo mundo fala.”

A crença religiosa foi importante para Luana e foi um dos recursos utilizados em momentos de tensão, quando por exemplo ela relatou ter chegado a uma maternidade e ter aguardado por muito tempo para ser atendida. A espera de Luana por atendimento gerou moderada ambivalência e tensão, ela não tinha certeza que seria atendida ou se seria atendida a tempo. Quando ela consegue atendimento o signo médio Deus dá sentido aquela situação de tensão e Luana retorna de uma condição irregular para uma situação nula, onde não há ambivalência ou tensão: “Aí pronto, eu fiquei mofando, depois fui atendida normalmente, graças a Deus.”

Os recursos utilizados nas experiências de rupturas. Os recursos utilizados por Luana nas experiências de rupturas foram restritos ao apoio familiar do marido e dos filhos e à sua crença religiosa. Quando contou sobre os seus partos e as restrições vivenciadas por ela logo após o parto, Luana pontuou como sempre pode contar com a participação do marido e dos filhos para execução das atividades domésticas e os cuidados dos bebês: “Eu chego em casa as coisas tão pronta pra eu ficar de resguardo. Meu marido toma banho, escova o dente, dá banho no neném, ele que dá.” E acrescenta que o quanto o marido é participativo: “Participa de tudo. Comida, roupa, ele que lavava a minha, troca fralda, pega neném que eu não sei, nunca me esforcei...”

Além do apoio familiar, a crença religiosa foi um importante recurso utilizado por Luana para lidar com situações de tensão e ambivalência, como por exemplo, quando ela acompanha

a filha mais velha na maternidade e observa o sofrimento de outras parturientes. Ela recorre a sua crença religiosa para dar significado a esta situação vivenciada por ela: “...eu chega fiquei assustada, aí disse a ele não vou parir mais não, aí ó, pra passar tudo de novo, ai meu Deus do céu.”.

As mudanças nos significados da maternidade. Os significados da maternidade foram se modificando ao longo da trajetória de Luana, porém ela não associa tais mudanças ao evento de experiência do parto em si, apenas ao fato de tornar-se mãe. Luana contou que sempre teve uma boa relação com sua genitora e muitos dos significados da maternidade construídos por Luana foram observados em sua narrativa quando ela se referia a sua genitora.

Maternidade como cuidado e educação. Para Luana ser mãe é cuidar, dar amor e educar: “Ser mãe é a gente cuidar dos nossos filhos, tratar bem, dar educação, carinho, amor e ter paciência que é o principal que se não a gente fica louca. Ser mãe é tudo isso, junto e misturado.”.

Maternidade como paciência e maturidade. Quando questionada sobre as mudanças nos significados da maternidade que a experiência de ser mãe trouxe para a vida de Luana, ela destaca a paciência, pois conta que nunca foi uma pessoa paciente e tranquila e com a maternidade precisou aprender a ter mais paciência para cuidar dos filhos. Além disso ela também ressalta que a experiência de ser mãe trouxe maturidade para ela: “Eu não tinha paciência nenhuma, eu não sabia trocar fralda, quer dizer, trocar fralda eu sabia, mas a maioria das coisas eu não sabia, fui aprendendo ao dia a dia, cada filho a gente vai amadurecendo mais, aí pronto.”.

Maternidade como aconselhar. Quando relatou sobre a gravidez da sua filha mais velha, de 18 anos, Luana relembra o quanto aconselhou a sua filha para não engravidar cedo, antes de completar os estudos, trabalhar e ter sua casa própria. Luana associa a maternidade ao significado de aconselhar: “...já dei tanto conselho a minha filha, que pela minha parte, ela não

teria filho agora, tava estudando inclusive teve que parar a escola.”.

Caso 4 – Maria. O quarto caso é de uma mulher branca, jovem, de 34 anos, que vive em uma união estável há 16 anos, possui dois filhos e está, no momento da entrevista, grávida do terceiro filho. Maria estudou até o terceiro ano do ensino fundamental, trabalha como manicure, de forma autônoma, sua renda familiar é menor que um salário mínimo. Em relação às suas gestações e partos, Maria conta que não teve dificuldades para atendimento e realizações de exames. Afirma que sempre foi bem atendida.

Foi observada, na narrativa de Maria, a ausência do discurso de violência obstétrica. Maria relata que desconhece a política de humanização do parto e não entende sobre violência obstétrica. Quando foi orientada em relação ao conceito e tipificação de violência obstétrica, Maria nega ter passado por essa experiência, embora em seu discurso seja possível perceber situações de desrespeito e maus tratos. No que se refere ao planejamento dos partos e ao seu processo de autonomia nas decisões sobre os partos, é possível perceber que Maria não fazia planos e mantinha uma postura passiva.

A experiência de violência obstétrica. Maria iniciou a sua narrativa contando que as suas gestações foram planejadas e esperadas. Ela fazia uso de anticoncepcional e quando decidiu engravidar suspendeu a medicação e só conseguiu engravidar pela primeira vez após dois anos.

Gestação. Maria lembrou que descobriu as gestações ainda no início, pois sentia as mudanças no corpo, no rosto e procurava de imediato um posto de saúde próximo a sua residência para investigar. Todo o acompanhamento pré-natal era realizado no posto e Maria afirmou que não tinha dificuldades de acesso para consultas com a médica e a enfermeira. A única dificuldade que Maria destacou foi para a realização dos exames laboratoriais. Maria contou que precisava acordar cedo, ir a um hospital de referência, pegar uma senha e aguardar durante algumas horas: “É muito difícil transporte, tem que ir muito cedo.”. Mas apesar da

dificuldade de acesso para a realização dos exames, Maria referiu que conseguiu realizar todos os exames solicitados no pré-natal.

Em relação ao planejamento e o preparo para os partos, Maria contou que em suas consultas pré-natais com a médica e com a enfermeira, nunca teve orientações sobre os seus direitos ou possibilidades de escolha, as conversas se restringiam ao estado clínico dela e do bebê: “A gente via os exames e tava tudo bom, graças a Deus.”. Maria também se mantinha passiva, não fazia perguntas ou planejava o parto. Ela contou que o único desejo é que o seu parto fosse normal: “Normal. Sempre quis normal.”.

Acesso à maternidade. Maria lembrou que quando entrou em trabalho de parto, começou a sentir contrações e foi para a maternidade mais próxima da sua residência, lá não teve dificuldades de acesso, sendo logo atendida, examinada e encaminhada para a sala de pré-parto.

Pré-parto. Na sala de pré-parto Maria relatou que ficou aguardando a evolução do trabalho de parto sozinha, sem direito a acompanhante: “...não deixava não.”. Ainda na sala de pré-parto Maria contou que colocaram ela no soro, hormônio sintético, mas não explicaram para ela o motivo e nem perguntaram se ela concordava com a adoção de tal procedimento: “Não. Eles não perguntavam, só colocavam.”.

Parto. Além do uso do hormônio sintético, outra prática foi adotada como rotina nos partos de Maria, a episiotomia. Maria contou que não foi informada, nem questionada sobre a realização deste procedimento, que foi realizado como algo que fazia parte da rotina do parto normal: “Não. Foi feito como um procedimento de rotina.”. Embora tenha vivenciado essas experiências dos partos de forma passiva, não participativa no processo de decisão, Maria destaca que foi bem atendida e cuidada pela equipe, negando qualquer tipo de violência ou maus tratos. Ela relatou que no momento do parto foi bem atendida e tratada pelo médico: “Muito educado. Foi cuidadoso.”.

Pós-parto imediato. Maria contou que logo após o parto foi possibilitado o contato imediato pele a pele dela com o bebê, porém logo em seguida, o neonato foi levado para a rotina de banho e cuidados imediatos do pós-parto. Não foi permitida a amamentação nas primeiras horas.

Todos os procedimentos realizados no período do pré-parto ao pós-parto foi visto por Maria como rotina, ela se sentiu na maior parte do tempo bem atendida e assistida, mesmo quando os procedimentos eram realizados sem uma orientação prévia e sem a solicitação do seu consentimento. A postura passiva e permissiva de Maria provavelmente está associada a expectativa de que um parto normal está associado a dor e sofrimento. Em nenhum momento foram ofertadas a Maria estratégias químicas ou físicas de analgesia ou realizados procedimentos para conforto.

As rupturas e transições na trajetória de vida. Maria não relatou outras experiências significativas em sua trajetória de vida, além das gestações, que tenham interrompido o seu ciclo de vida e tenham trazido mudanças importantes para si mesma. Maria contou apenas como as gestações mudaram a sua vida, principalmente corporalmente e refletiram em sua autoestima. Quando questionada sobre as mudanças que a maternidade trouxe, Maria falou como se sente mais velha após as gestações: “Me envelheceu mais. Eu acho que essas manchas me deixou velha também.”

Maria também falou sobre mudanças comportamentais proporcionadas pela maternidade. Ela diz que se tornou uma pessoa mais impaciente e estressada: “Sem paciência. Agora eu tô mais estressada. Tudo eu me estresso.”. É possível perceber que apesar das gestações terem sido planejadas por Maria, elas trouxeram mudanças que não foram imaginadas, desta forma é possível inferir que a maternidade foi uma ruptura na trajetória de vida de Maria seguida por uma transição normativa.

As condições de emergência semiótica. Durante a narrativa de Maria foi observado que

ela mantinha um discurso de desconhecimento sobre o que aconteceu com ela nos partos, mas por outro lado, ela também não demonstrava interesse ou preocupação em saber o que tinha acontecido, esta situação levava a uma ausência de tensão entre a certeza e a incerteza. Desta forma os eventos eram esquecidos, como tantos outros que podem ter ocorrido na vida de Maria, mas ela não focou a atenção e portanto não ocorreu a emergência de signos novos.

Em apenas um dos momentos da narrativa de Maria é possível perceber uma flutuação nos níveis de ambivalência e tensão que saem de uma condição nula para um nível de tensão e ambivalência mínimas. Quando questionada sobre o seu posicionamento no momento do parto, como por exemplo, no momento que não ofereceram analgesia e deixaram ela sozinha sentindo dor, Maria contou que sentiu medo, ficou preocupada com o que podia acontecer com ela ou com o bebê e por esta razão não questionou nada: “O que me preocupava era isso, deles fazerem alguma coisa, porque falam que é assim né.”.

Apesar de ter vivenciado esse momento de ambivalência e tensão mínimas, Maria flutuou na certeza e incerteza do que estava acontecendo, mas ao entender e ter acesso a informação que ter um acompanhante é um direito de toda parturiente, o signo médio direito a acompanhante explicou a situação vivenciada por ela e a fez retornar para uma situação de ambivalência e tensão nulas: “O importante de ter uma pessoa pra me acompanhar é isso. É um direito.”.

Os recursos utilizados nas experiências de rupturas. Na narrativa de Maria é possível perceber recursos escassos que são utilizados por ela para lidar com as rupturas vivenciadas em sua vida. Maria fala pouco sobre a relação com a sua família, refere ter uma relação distante e difícil com a genitora e destaca apenas o seu companheiro como uma pessoa de apoio que participa das atividades domésticas, participa nos cuidados dos filhos desde a gestação, acompanhando ela nos exames e levando e buscando na maternidade: “Me ajuda. Lava um prato, bota o jantar.”.

A crença religiosa é um outro recurso utilizado por Maria em alguns momentos de mínima tensão e ambivalência vivenciados por ela, como por exemplo, nas consultas pré-natais. Maria relata que nas consultas só fica sabendo sobre o estado clínico dela e do bebê e esta parecia ser a sua única preocupação e o fato de saber que estava tudo bem a tranquilizava: “A gente via os exames e tava tudo bom, graças a Deus.”.

As mudanças nos significados da maternidade. Na narrativa de Maria ela fala sobre a maternidade e os significados que foram construídos ao longo da sua trajetória.

Maternidade como educação. No que se refere a sua relação com a mãe, Maria conta que aprendeu com a genitora que a maternidade está associada a educação e aprendizagem, foi com a mãe que Maria aprendeu a ter uma família, a cuidar do filho e da casa: “Me ensinou a viver a vida. A ter uma família, cuidar de filho, cuidar de casa, ter obrigação. Tudo eu aprendi com ela.”. E Maria fala que pretende educar os seus filhos de acordo com os valores que aprendeu com a mãe: “Tem que ensinar tudo aos meus filhos. A respeitar os outros, ser obediente, ser educado...”.

Maternidade como dificuldades e tudo. Já no que se refere as mudanças que a maternidade trouxe pra sua vida ela fala que ser mãe pra ela é tudo: “Ser mãe é tudo pra mim. É meu tudo na vida.” E acrescenta que com a maternidade ela aprendeu que ser mãe é suportar as dificuldades que os filhos irão passar e ela terá que presenciar: “É você ver um filho pedindo alguma coisa e você não ter como comprar, mas tem que passar. É o jeito, tem que passar. Minha mãe passou, eu também posso passar.”

Dos dois casos apresentados nesta subseção é possível perceber diferenças significativas na forma que estas mulheres vivenciaram a experiência do parto. Embora Luana e Maria tenham experienciado situações de desrespeito e maus tratos, elas não reconhecem que tenham vivenciado a violência obstétrica, fator que pode estar associado a falta de recursos simbólicos para dar sentido a experiência vivida. Luana e Maria são mulheres com baixa escolaridade, sem

acesso a informação, baixa renda familiar e que vivem em uma situação de vulnerabilidade e falta de recursos, outro fator que pode ter influenciado na forma como elas experienciaram os desrespeitos e maus tratos passados no parto.

Discussão

Este estudo teve como objetivo compreender como as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica constroem os significados da maternidade durante a gestação, parto e puerpério. Desta forma, os objetivos específicos do estudo foram: (a) explorar as condições de emergência semiótica experienciadas pelas mães afetadas pela violência obstétrica no processo de construção de significados da maternidade, (b) analisar os principais recursos utilizados pelas mães para lidar com a experiência de violência obstétrica, e (c) identificar os significados da maternidade construídos pelas mães afetadas pela violência obstétrica na gestação, parto e puerpério.

Os resultados, de modo geral, mostraram que todas as participantes foram afetadas pela violência obstétrica. As participantes tiveram o direito a acompanhante negado, passaram por procedimentos sem consentimento ou orientação, como por exemplo, ocitocina sintética e a episiotomia e a nenhuma delas foi ofertada alguma técnica, seja química ou física, para analgesia. Não foi permitido o aleitamento materno nas primeiras horas pós-parto e não foi permitido o contato pele a pele com o neonato nos pós-parto imediato. Além disso, duas das participantes relataram violência física e verbal. Tais achados corroboram outros resultados encontrados em pesquisas realizadas sobre violência obstétrica, a partir da perspectiva da mulher, que trazem relatos de maus tratos, desrespeito e abusos relacionados à experiência do parto (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Larkin et al., 2012; Teixeira & Pereira, 2006; Wolff & Waldow, 2008).

Apesar das participantes Luana e Maria não reconhecerem ter vivenciado a violência obstétrica, a partir das narrativas destas mulheres é possível identificar como elas foram tratadas como objeto. Estas participantes tiveram seus corpos sujeitos a intervenções e manipulações pelos profissionais de saúde, sem consentimento e sem serem informadas sobre a necessidade de realizações de tais procedimentos e intervenções. Os resultados reforçam discussões

realizadas anteriormente sobre o poder, a violência e a dominação simbólicas presentes na prática médica (J. M. Aguiar, 2010; Pereira, 2004).

De acordo com Pereira (2004), o poder simbólico se estrutura em três bases: (a) a generosidade intrínseca de tratar dos que precisam, mas não podem pagar, (b) a manutenção de monopólio dos saberes sobre o corpo e nas formas de nele intervir e (c) a desqualificação do outro enquanto portador de saberes e de direitos sobre o próprio corpo. É esta estruturação do poder simbólico que permite um processo contínuo e silencioso de objetificação das mulheres nos serviços de saúde.

As participantes Luana e Maria apresentaram um discurso resignado, passivo e de aceitação, quando estimuladas a falar sobre os cuidados realizados pelos profissionais de saúde. Estas mulheres trouxeram um discurso de que os procedimentos e as intervenções realizadas eram rotineiras e visavam acelerar o trabalho de parto, elas significaram a violência obstétrica como uma assistência adequada e necessária. Fica evidente nas narrativas destas participantes a confiança na equipe de saúde, enquanto portadores do saber. Achados semelhantes foram discutidos por Pereira (2004), as participantes do seu estudo apresentaram em suas falas a ideia de que não sabem e não entendem o que os médicos falam e confiança nos profissionais de saúde. Tais resultados também reforçam a ideia de objetificação do corpo da mulher.

A ideia de ter que aceitar qualquer tipo de tratamento oferecido pela equipe de saúde, por não ter outra opção, também permeou as falas das entrevistadas por Pereira (2004), é a ideia da generosidade intrínseca. As participantes do presente estudo, Luana e Maria, apresentaram narrativas análogas que reforçavam a ideia da assistência a saúde prestada como um favor. A generosidade não estava explícita nos discursos de Luana e Maria, mas estava associada a premissa maior do poder simbólico, que é a transformação das relações de dominação e submissão em relações afetivas. Tal premissa acrescenta o princípio da violência simbólica, que permite a resolução dos problemas quase insolúveis e que foram colocados nas antinomias da

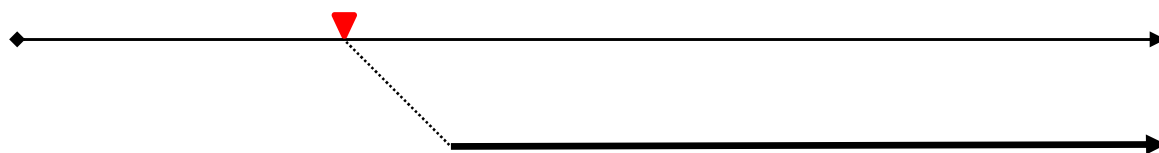
dominação simbólica, por se tratar de uma dominação sofrida sob pressão e aceita através do reconhecimento e da obediência (Pereira, 2004).

Já as participantes Dandara e Isaura significaram a violência obstétrica como uma experiência de maus tratos, desrespeito e abuso. Estas mulheres tinham perfil diferenciado de Luana e Maria. Dandara e Isaura tiveram acesso a educação, estudaram no mínimo até o ensino médio e possuíam uma renda familiar mais alta quando comparada a renda familiar de Luana e Maria. Portanto, apesar de passivas durante a experiência de violência obstétrica, elas se questionavam sobre a necessidade de passar pelos procedimentos e intervenções realizados e buscaram explicações para entender o que vivenciaram a partir da compreensão da violência obstétrica, diferente de Luana e Maria que buscaram o entendimento da experiência vivida através da resignação de que o processo de tornar-se mãe envolve sofrimento e dor.

Resultados semelhantes foram apresentados no estudo de Cardoso (2015), as mulheres, entrevistadas por Cardoso, recorreram aos recursos simbólicos com objetivo de construir um entendimento acerca do parto e produzir sentido para experiências futuras. As trocas dialógicas realizadas entre outros significativos promoveram orientações pessoais baseadas em valores compartilhados sócio e culturalmente, além de possibilitarem a construção de significados (Valsiner, 2004).

No que se refere a maternidade, na nossa cultura, a maternidade é considerada um dos momentos mais marcantes na vida de uma mulher e marca um início de uma nova fase em sua trajetória, que exige novos posicionamentos sociais, através de novos papéis que a mulher precisa assumir, envolve o desenvolvimento de novas habilidades, como o cuidar de um bebê e a construção de novos significados a partir da experiência vivenciada e compartilhada com os outros significativos (Martins et al., 2014). Apesar de ser um evento natural no curso de vida de uma mulher, a maternidade está associada a significados que foram construídos socialmente e compartilhados. Na cultura ocidental a maternidade está associada a sofrimento, a dor e a

abdicar dos seus próprios planos, há um modelo idealizado atrelado a maternidade (Reis, 2010). Portanto, a maternidade é uma ruptura seguida por uma transição normativa (Zittoun, 2007b). A figura abaixo ilustra graficamente a concepção da maternidade como uma ruptura seguida por uma transição que ocorre na trajetória de vida da mulher (Figura 3).



Legenda:

- Trajetória potencial passada
- Trajetória potencial atual
- ▼ Ruptura
- Transição

Figura 3. A maternidade como ruptura na trajetória de vida da mulher.

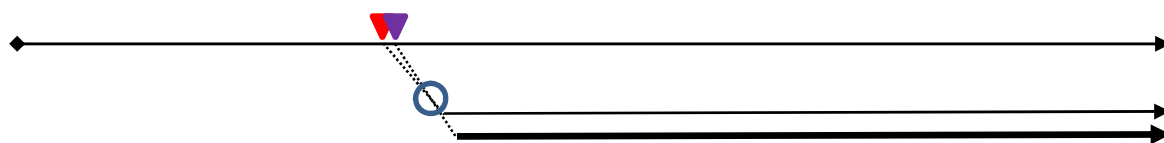
As participantes deste estudo relataram, de modo geral, as mudanças que a maternidade trouxe para as suas vidas: (a) as transformações físicas e corporais, Maria relatou o quanto se sentiu feia e envelhecida após as gestações, (b) os novos papéis sociais assumidos após o nascimento dos filhos, Isaura mudou de trabalho e acumulou atividades laborais para sustentar a filha, (c) a aquisição de novas habilidades para cuidar do bebê, Isaura ressaltou que não sabia reconhecer o choro da filha, não sabia trocar a fralda ou dar banho e precisou aprender sozinha a cuidar da criança e (d) a construção de novos significados sobre a maternidade, as participantes Dandara e Isaura destacaram a importância das filhas em suas vidas e passaram a associar a maternidade a um sentimento de plenitude e a certeza de que não estarão mais sozinhas.

Quando a experiência do parto é marcada pela violência obstétrica, é possível inferir que acontece uma nova ruptura, ainda no processo de transição que segue a ruptura causada pela maternidade. Portanto ocorre uma sobreposição de rupturas, concebida como duas ou mais

rupturas que ocorrem em emparelhadamente, em um curto espaço de tempo, na trajetória de vida do indivíduo, como por exemplo, uma primeira ruptura (maternidade) soma-se a uma segunda ruptura (violência obstétrica).

Pensar em sobreposição de rupturas é considerar a ideia de acréscimo, de que uma ruptura soma-se a outra, não a ideia de que uma ruptura seja mais importante ou que as suas mudanças se sobrepujem a outra. A gestação, o parto e o puerpério como rupturas, por exemplo, implicam em mudanças significativas que não podem ser julgadas como mais ou menos importantes que a ruptura causada pela violência obstétrica, apesar do caráter normativo e não normativo de cada uma delas. Ambas são mudanças significativas que exigem da mulher um ajustamento a nova realidade.

Porém, uma ruptura geralmente é seguida por uma transição, por esta razão ao considerar uma sobreposição de rupturas é necessário pensar também é uma sobreposição de transições. A maternidade como ruptura exige alguns ajustamentos e adaptações diferentes dos ajustamentos e adaptações exigidos pela violência obstétrica. Apesar de diferentes, as aprendizagens, as mudanças e os significados apreendidos em cada processo de transição não são descartados eles são somados aos repertórios da mulher. A figura a seguir representa graficamente o conceito, proposto neste estudo, sobreposição de rupturas (Figura 4).



Legenda:

- Trajetória potencial passada
- ➔ Trajetória potencial atual
- ▼ Ruptura/maternidade
- ▼ Ruptura/violência obstétrica
- Transição
- Sobreposição

Figura 4. Sobreposição de rupturas.

As participantes Dandara e Isaura experienciaram a violência obstétrica como uma ruptura, vivida de forma consciente. As narrativas destas participantes sobre o parto foram marcadas por dor e sofrimento, além de terem apresentado momentos de alta tensão e alta ambivalência, como foi possível perceber em suas narrativas nos momentos relatados como de incerteza, insegurança e medo. A transição normativa para maternidade associada a transição não normativa vivenciada após a experiência da violência obstétrica levaram estas mulheres a se questionarem sobre o modelo idealizado da maternidade e os significados compartilhados socio e culturalmente.

A sobreposição das rupturas, maternidade e violência obstétrica propiciaram a estas mulheres muitas mudanças como: (a) novos posicionamentos, elas contaram que passaram a ser mais ativistas no processo de defesa do parto humanizado e apresentaram um discurso mais politizado na defesa do corpo da mulher, (b) novas aprendizagens, Dandara e Isaura buscaram aprofundar o conhecimento sobre o parto normal e a violência obstétrica e (c) construíram novos significados sobre a violência obstétrica e sobre a maternidade, como por exemplo, Dandara associou o significado da maternidade a proteção, afirmando que não foi fácil ter a sua filha e que ela precisa protegê-la.

Entretanto, o fato dessas mulheres reconhecerem ou não que vivenciaram a violência obstétrica afetou diretamente a forma como elas vivenciaram a experiência do pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, e conseqüentemente as condições de emergência semiótica. As participantes Luana e Maria apresentaram em suas narrativas poucos momentos de flutuação de tensão e ambivalência, demonstrando terem vivenciado a experiência de violência obstétrica de forma mais passiva e resignada. As intervenções e procedimentos realizados pela equipe foram relatados por Luana e Maria, como procedimentos de rotina, utilizados para acelerar o parto. Poucas passagens observadas nas narrativas de Luana e Maria apresentaram flutuação

nos níveis de tensão e ambivalência oscilando da condição mínima para condição moderada, elas usaram signos médios para entender estes momentos, como por exemplo quando Luana falou sobre os momentos de dor durante o período pré-parto. Já na maternidade, Luana utilizou o signo médio, parto normal é doloroso, para explicar o seu sofrimento. Apesar dessas flutuações durante a experiência do parto, os signos utilizados por Luana e Maria foram suficientes para dar sentido a experiência vivida, desta forma elas retornaram a condição nula, não precisando construir novos significados para a experiência de violência obstétrica.

Por outro lado, as participantes Dandara e Isaura reconheceram que foram afetadas pela experiência de violência obstétrica e este discurso começou a ser significado durante a própria vivência da violência obstétrica. Os momentos de incerteza e os níveis de tensão e ambivalência flutuaram em diferentes níveis possibilitando distintas condições de emergência semiótica, que oscilaram entre a condição errática e a bifurcação de trajetórias II. Em algumas passagens das narrativas de Dandara e Isaura foram observados momentos de alta tensão e ambivalência marcados pela incerteza em relação ao futuro. Elas recorreram ao signo forte, Deus, para se adaptar a situação, como por exemplo no momento do parto de Dandara, quando o médico resolveu fazer a manobra de Kristeller, fazer a episiotomia e puxar a bebê com o auxílio do forcéps. Neste momento, Dandara relatou sentimentos de medo e insegurança, falou que pensou que ela ou a sua filha iriam morrer e utilizou o signo forte, Deus, para explicar como conseguiu ter força para sobreviver àquele momento.

Porém, a principal diferença entre as participantes Dandara e Isaura em relação a Luana e Maria, é que as primeiras participantes, após a experiência de violência obstétrica continuaram oscilando os níveis de tensão e ambivalência, em busca de novos signos para dar sentido a vivência do parto. Desta forma elas tiveram acesso, através de veículos de informação e das trocas dialógicas, ao discurso de violência obstétrica, signo forte, que explicou o evento vivido por elas. Enquanto para Luana e Maria, os signos utilizados nos moderados momentos de tensão

e ambivalência foram suficientes para explicar o evento vivido e elas retornaram a condição nula de ambivalência.

Ainda em relação às condições de emergência semiótica, os resultados sugerem que a tensão e a ambivalência não foram constantes, embora não seja possível precisar em que níveis, pressupõe-se, pelas narrativas das participantes, que flutuaram entre período de baixa, média e alta tensão e ambivalência. Esta constante variação entre os graus de ambivalência que permitiram a construção de significados e a emergência de signos, através de diferentes condições de emergência semiótica (Abbey, 2012).

As participantes Dandara e Isaura que apresentaram narrativas marcadas pela presença do discurso de violência obstétrica, sugerem em suas narrativas alta tensão e ambivalência ao relatarem as situações de violência obstétrica. Elas não tinham certeza sobre o que estavam vivendo, se deveriam passar por todos os procedimentos durante o parto normal e se questionavam sobre como seria o parto idealizado. Estas participantes tinham a ideia de um parto normal, que foi desfeita. Elas vivenciaram momentos de solidão, insegurança e medo. Estes achados corroboram resultados de outra pesquisa sobre violência obstétrica realizada no Brasil com mulheres da rede privada (Cardoso, 2015). De acordo com a pesquisa da autora supracitada, as mulheres tinham uma imagem do parto normal que foi consistentemente desfeita, instaurando nestas mulheres sentimentos de vulnerabilidade, abandono e insegurança, que promoveram intensa ambivalência.

Outro estudo brasileiro realizado em 2011 também discute em seus resultados o quanto a experiência da maternidade pode ser marcada por sentimentos contraditórios, como por exemplo: (a) a mulher vivencia a felicidade pela chegada do bebê, porém experiencia situações de incerteza em relação ao seu bem estar e a integridade da sua filha, (b) a mulher sente o desejo de cuidar do bebê, porém também necessita ser cuidada pela equipe e (c) a mulher tem a confiança no hospital como um lugar mais seguro para o parto e a desconfiança na equipe por

ter vivenciado situações de violência obstétrica (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011). A presença destes sentimentos contraditórios reforçam a possibilidade da mulher vivenciar momentos de alta tensão e ambivalência, pois tais sentimentos possibilitam e reforçam a incerteza em relação ao futuro e em relação a sua integridade e da sua filha.

Porém, por outro viés, este estudo aponta para caminhos diferentes, as duas participantes Luana e Maria, que apresentaram narrativas marcadas pela ausência do discurso de violência obstétrica, relataram poucos momentos de sentimentos contraditórios, por esta razão elas experienciaram poucas flutuações entre momentos de ausência de tensão e ambivalência e poucos momentos de mínima a moderada tensão e ambivalência. Para essa não percepção de sentimentos contraditórios alguns estudos sugerem que o fato dessas mulheres terem baixa escolaridade pode contribuir para uma não avaliação do uso de intervenções ou de procedimentos realizados pela equipe (J. Aguiar & D'Oliveira, 2011; Dias & Deslandes, 2006).

Já no que se refere aos recursos utilizados pelas mulheres para lidar com a experiência de violência obstétrica, de forma geral as participantes buscaram o apoio familiar e a crença religiosa para ajudar a superar esse momento de ruptura e dar significado a experiência vivenciada. As participantes apresentaram a religião como um fator de proteção. As mulheres recorriam ao signo Deus em momentos de flutuação de tensão e ambivalência, marcados pela incerteza e insegurança. Dandara e Isaura utilizaram a religião como uma explicação para terem suportado e sobrevivido a experiência de violência obstétrica, já as participantes Luana e Maria usaram a religião como uma justificativa para terem força para lidar com as dificuldades do parto.

A ideia da crença religiosa como estratégia de enfrentamento de situações de tensão e ambivalência também foi encontrada em outro estudo sobre violência, porém no contexto de violência doméstica (Lima, Soares, Vargas, & Barletta, 2013). De acordo com os autores supracitados, a influência da religiosidade na vida das mulheres afetadas pela violência pode

ser um suporte emocional importante que ajude a enfrentar o problema da violência e dar significado a experiência vivida. Porém, por outro lado, a ideia da religiosidade pode levar a naturalização da violência, como por exemplo, acreditar que é algo da vontade de Deus, dificultando a resistência e a denúncia

No que se refere ao apoio familiar e social, este recurso também teve função diferente para as participantes. As participantes Dandara e Isaura ressaltaram a importância do apoio familiar e social para ajudar a entender a experiência vivenciada por elas e a suportar as angústias geradas por esta vivência de violência. Já Luana e Maria destacaram o apoio familiar como suporte para lidar com os cuidados do bebê e com as atividades domésticas, nos momentos de tensão e ambivalência vividos por elas não foram observados em suas narrativas figuras de suporte.

Os resultados encontrados no estudo de Cardoso (2015) mostram a importância do apoio social e familiar para dar significado a experiência da violência obstétrica. Cardoso (2015) ressalta em seus achados, que as participantes que desconheciam o discurso da humanização e só depois do parto tiveram entendimento deste discurso, o processo de significação a partir do signo violência obstétrica, só aconteceu através da interação com outros sociais e com dispositivos semióticos na cultura. Da mesma forma aconteceu com a participante Dandara, ela contou em sua narrativa que apesar de já ter tido contato com o discurso da humanização do parto antes mesmo da sua gestação, só foi entender o que tinha acontecido com ela quando conversou com uma amiga mais experiente. Foi nesse encontro que ela teve acesso ao signo violência obstétrica e este deu significado a toda experiência que ela passou.

O determinismo bioideológico que impõe à mulher a obrigação e a necessidade de ser mãe e a ideia compartilhada culturalmente do parto associado ao sofrimento são fatores que podem ajudar na aceitação da violência obstétrica, pois reforçam a crença de que a mulher foi preparada para passar pelo ritual do parto, que é um momento de dor e sofrimento, mas podem

também contribuir para sua naturalização. As mulheres, de maneira geral, acreditam que nasceram prontas para se tornarem mães e para que isso aconteça elas precisam passar por esta experiência de dor e sofrimento no parto. Estudos anteriores realizados sobre a maternidade e o parto, a partir de uma perspectiva psicológica e antropológica, já trouxeram uma discussão sobre a maternidade como biodeterminada, o ritual do parto e a naturalização do sofrimento neste momento (Gonzaga & Aras, 2016; McCallum & Reis, 2006). Da mesma forma as participantes deste estudo Luana e Maria falam sobre o sofrimento durante o parto normal como algo que faz parte da rotina, do que é esperado e só teria como ser evitado se fosse realizada uma cesárea.

Em relação aos significados da maternidade, estudo realizado no Brasil, porém com o objetivo de compreender os significados da maternidade para mães de crianças autistas (Silva, 2010), corroborou o achado dos significados da maternidade associado a rupturas de trajetórias e projetos de vida. Porém, no caso deste estudo de Silva (2010), além da ruptura vivenciada pela maternidade, as mulheres vivenciaram uma sobreposição de rupturas quando os filhos foram diagnosticados com autismo.

Os significados da maternidade também foram associados pelas participantes do presente estudo a educação, aconselhamento, proteção, porto seguro e apoio, seja este emocional, financeiro ou material. Para estas mulheres a maternidade está associada ao cuidar com afeto, orientar e suprir as necessidades materiais. Este achado concorda com os achados na pesquisa de Volkmer (2009), as participantes destacam que o sentimento de mãe compreende educar, dar amor, carinho e atenção.

A experiência da violência obstétrica contribuiu para emergência de novos significados da maternidade como força. As participantes ao relatarem a experiência do parto, pontuaram o quanto vivenciaram momentos de sofrimento e dor e o quanto tiveram que ser fortes para lidar com aquele momento de solidão, medo e incerteza. Além disso, as participantes Dandara e

Isaura retrataram que transmitem esse significado para as suas filhas, pois consideram ser um ensinamento importante para lidar com as adversidades da vida. Volkmer (2009) estudou sobre os significados da maternidade, a partir da experiência de abortos recorrentes e encontrou resultados semelhantes. As participantes associaram a maternidade a força e relataram o quanto este significado ajudou no enfrentamento de outras dificuldades na trajetória de vida delas (Volkmer, 2009).

Por fim, foi possível observar nas narrativas da maior parte das participantes, após se tornarem mães e vivenciarem a experiência do parto, a maternidade como algo inexplicável e incomensurável, associada a um sentimento de plenitude que elas utilizam o signo tudo. Resultados semelhantes foram apresentados por Volkmer (2009), em seu estudo as participantes também associaram a maternidade a tudo em suas vidas, ressaltando a importância do papel materno como superior a outros papéis exercidos por elas.

Considerações finais

Com o objetivo de compreender como as mulheres que vivenciaram a violência obstétrica constroem os significados da maternidade, este estudo utilizou um delineamento de estudo de casos múltiplos contrastantes para através das narrativas das mulheres (a) explorar as condições de emergência semiótica experienciadas pelas mães afetadas pela violência obstétrica no processo de construção de significados da maternidade, (b) analisar os principais recursos utilizados pelas mães para lidar com a experiência de violência obstétrica e (c) identificar os significados da maternidade construídos pelas mães afetadas pela violência obstétrica na gestação, parto e puerpério.

Foi encontrada uma diferença significativa na forma como as mulheres narraram suas experiências de violência obstétrica. Duas participantes reconheceram terem sido afetadas pela violência obstétrica e relataram momentos de maus tratos, desrespeito e abuso, porém as outras duas participantes do estudo, apesar de terem vivenciado a experiência de violência obstétrica, como foi observado em seus discursos, não reconheceram terem sido afetadas por este tipo de violência. Este achado foi consistente com outros estudos realizados com mulheres sobre a experiência da assistência a saúde na gestação, no parto e no puerpério e aponta para a manutenção do poder, da violência e da dominação simbólicas na prática médica.

Merece destaque a tendência das mulheres que tinham maior escolaridade e maior renda familiar a se questionarem sobre os procedimentos e intervenções realizadas, gerando nestas mulheres uma flutuação nos níveis de ambivalência e tensão, tendendo a uma alta ambivalência e tensão, como pode ser observado em algumas passagens das suas narrativas. Já as mulheres com baixa escolaridade e baixa renda familiar, também apresentaram flutuações nos níveis de ambivalência e tensão, porém oscilando entre momentos de baixa a média tensão e ambivalência.

As diferenças observadas nas flutuações dos níveis de ambivalência e tensão afetaram

diretamente a construção dos significados da maternidade como pode ser observado nas narrativas das mulheres afetadas pela violência obstétrica. O principal significado associado a maternidade, para estas mulheres, foi força. Achados semelhantes foram encontrados em outros estudos sobre os significados da maternidade atrelados a experiências disruptivas como mulheres que vivenciaram perdas gestacionais recorrentes e mães de crianças com diagnóstico de autismo.

De uma maneira geral, os significados das maternidades também foram modificados para as mulheres que não reconheceram ter vivenciado a experiência de violência obstétrica, fator que pode estar associado a fato da própria maternidade ser um evento, por si só, disruptivo. As participantes destacaram significados como ruptura, apoio, responsabilidade e plenitude (tudo). Estes achados também demonstram coerência com a literatura revisada e apontam para a maternidade como uma ruptura na trajetória de vida da mulher.

As narrativas das participantes tiveram enquanto cenário um contexto assistencial caracterizado por deficiências importantes no atendimento, como dificuldades de acesso à instituições de saúde para realização de exames, peregrinação para acesso à maternidade e pela ausência de um atendimento humanizado. As relações entre os profissionais de saúde e as parturientes foram marcadas pelo desrespeito, abuso e maus tratos. As mulheres foram objetificadas e submetidas a procedimentos e intervenções sem consentimento e sem orientações.

As mulheres denunciaram, através das suas narrativas, a necessidade de muitas mudanças, como a melhoria da cobertura dos serviços e da qualidade do atendimento oferecido, através da capacitação dos profissionais e a sensibilização para lidar com as questões relativas ao cuidado e a assistência humanizada. Além da necessidade de uma melhor estruturação dos serviços de saúde para conseguir atender as pacientes que buscam assistência e cuidado.

O presente estudo possibilitou o entendimento das especificidades das trajetórias de mulheres afetadas pela violência obstétrica, oferecendo uma descrição detalhada das suas vivências, contexto e transformações nos significados relacionados a maternidade, alcançando, desta forma, os objetivos propostos. Além disto, esta pesquisa também permitiu a análise destas vivências a partir de diferentes situações (narrativas marcadas pela presença e pela ausência do discurso de violência obstétrica), a identificação dos recursos utilizados por estas mulheres nas experiências de violência obstétrica e o mapeamento das condições de emergência semiótica, permitindo uma análise e discussão nos distintos níveis dos sistemas individual e social. Sendo assim, este estudo possibilita o desenvolvimento de projetos de intervenção que permitam a redução dos casos de violência obstétrica, através de estratégias participativas de educação em saúde voltada não apenas para as mulheres usuárias dos sistemas de saúde brasileiro, mas também para os profissionais que atuam na área.

Porém, alguns limites podem ser apontados neste estudo, como por exemplo, a pouca abrangência dos casos estudados, que foram concentrados em mulheres usuárias do SUS, não sendo possível expandir a discussão para outros estratos sociais e a outros contextos. Também seria importante ampliar o estudo dando vozes a outros atores participantes do contexto estudado como os genitores ou outros familiares. Além disso, os próprios profissionais de saúde, são atores sociais importantes que podem ajudar na transformação desta realidade de assistência a saúde.

Futuros estudos podem avançar nesta temática da violência obstétrica, a partir da perspectiva da psicologia cultural ou de outras perspectivas teóricas, procurando ampliar a discussão da violência obstétrica associada a questão de gênero e da violência simbólica. Apesar da existência de diferentes estudos sobre violência obstétrica, foi observado um número restrito tanto na literatura nacional, quanto na literatura internacional de estudos que visem à prevenção de violência obstétrica, fator que mostra a necessidade de um maior aprofundamento nessa

temática. Tais observações revelam a lacuna nos estudos realizados sobre o conceito de violência obstétrica, apontando para a necessidade de uma avaliação mais ampla e um aprofundamento em estudos que possibilitem a prevenção de violência obstétrica através da educação em saúde baseada.

Referências

- Abbey, E. (2012). Toward methodological innovations for cultural psychology. In J. Valsiner (Org.), *The Oxford Handbook of Culture and Psychology* (p. 1152). Oxford University Press.
- Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). Emergence of Meanings Through Ambivalence. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(1). Recuperado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501231>
- Aguiar, J., & D'Oliveira, A. F. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 79–92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>
- Aguiar, J. M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Universidade de São Paulo. Recuperado de <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>
- 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(11), 2287–2296. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>
- Albuquerque, E. M. (2009). *Avaliação da Técnica de Amostragem “Respondent-Driven Sampling” na Estimação de Prevalências de Doenças Transmissíveis em Populações Organizadas em Redes Complexas*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz.
- Asamblea Nacional. Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela 1–41 (2007). Venezuela. Recuperado de http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova

Fronteira.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ...

Gülmezoglu, a. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Borba, C. (2012). *Violência Institucional Durante a Parturição*.

Borges, A. V. (2005). *Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto*. Universidade Federal da Bahia.

Bowser, D., & Hill, K. (2010). Abuse, Exploring Evidence for Disrespect and Childbirth, in Facility-Based Analysis, Report of a Landscape, 1–57.

Brasil, M. D. S. (2002). Programa Humanização do parto Humanização no Pré-Natal e Nascimento, 28. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública*, 7(2), 135–149. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>

Bruner, J. (1997). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cardoso, I. P. B. (2015). *Significados da violência na assistência ao parto em narrativas de mulheres atendidas na rede privada*. (Intergovernmental Panel on Climate Change, Org.). Cambridge University Press, Cambridge.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Carneiro, R. G. (2015). *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L., & Santos, S. K. (2012). *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*. Recuperado de http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf

Correia, M. F. B. (2003). A constituição social da mente: (re)descobrimo Jerome Bruner e construção de significados. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 505–513.

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300018>

Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3º ed).

Porto Alegre: Artmed.

D'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G., & Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681–1685.

Davis-Floyd, R. E. (2003). *Birth as an American rite of passage*. (U. of C. Press, Org.) (2º ed). Califórnia.

Dias, M., & Deslandes, S. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: Os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Caderno De Saúde Pública*, 22(12), 2647–2655.

Diniz, C. S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. *Medicina Preventiva*.

Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil : os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637.

Diniz, C. S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento HUmano*, 19(2), 313–326. Recuperado de http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/genero_saude_materna.pdf⁵http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012

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

Diniz, S. G., D'Oliveira, A. F. P. L., & Lansky, S. (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 94–101. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40657-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40657-7)

- Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., D’Orsi, E., Pereira, A. P. E., ... Leal, M. C. (2014). Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(sup), S101–S116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M., & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), S52–S62. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000700006>
- Gama, A. de S., Giffin, K. M., Angulo-Tuesta, A., Barbosa, G. P., & d’Orsi, E. (2009). Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2480–2488. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100017>
- Gonzaga, P. R. B., & Aras, L. M. B. de. (2016). O silêncio e a escuta: Por uma psicologia que escute as mulheres que interromperam gestações. In *Gênero na psicologia: Saberes e práticas* (p. 222). Salvador: CRP 3.
- Hotimsky, S. N. (2007). *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. Universidade de São Paulo.
- Hotimsky, S. N., Rattner, D., Venancio, S. I., Bógus, C. M., & Miranda, M. M. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1303–1311. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2012). “Not enough people to look after you”: An exploration of women’s experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007>
- Leal, M. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B.,

- Nakamura-Pereira, M., ... Gama, S. G. N. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17–S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Lieblich, A., Turval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: reading, analysis and interpretation*. Sage Publications Ltd.
- Lima, J., Soares, M., Vargas, M., & Barletta, J. (2013). Autoestima e estratégias de enfrentamento de mulheres que sofrem violência doméstica: Uma experiência de diagnóstico participativo. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(24), 43–53.
- Martin, E. (2001). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. (B. Press, Org.). Boston.
- Martins, C., Abreu, W., & Figueiredo, M. (2014). Tornar-se pai e mãe: Um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 121–131. <https://doi.org/10.12707/RIII1394>
- McCallum, C., & Reis, A. P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: Experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1483–1491. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>
- McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N. M., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth: A qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 268. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-268>
- Mesquita, G. R. (2011). *Significado de infância para professores do ensino fundamental*. *Conhecimento & Diversidade*. Recuperado de http://www.lasalle.org.br/revistas/index.php/Conhecimento_Diversidade/article/view/15

1

- Miranda, M. C. D. de. (2009). *Análise da produção científica sobre humanização na assistência ao nascimento e parto*.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Relatório Mundial da Saúde 2005: Para que todas as mães e crianças contem. Genebra: OMS. Recuperado de www.who.int/entity/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.
- Parker, J. (2004). Does traumatic birth increase the risk of postnatal depression? *British Journal of Community Nursing*, 9(2), 74–79.
<https://doi.org/10.12968/bjcn.2004.9.2.12422>
- Pereira, W. R. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(3), 391–400. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>
- Quevedo, P. (2012). *Violencia obstétrica: Una manifestación oculta de la desigualdad de género*. Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de http://m.bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4785/tesisquevedo.pdf
- Rattner, D. (2009a). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Comunicação Saúde Educação*, 13(1), 595–602.
- Rattner, D. (2009b). Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface: Communication, Health, Education*, 13(SUPPL. 1), 759–768. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
- Reis, L. P. C. (2010). *Construção cultural da maternidade : a experiência de mães do Subúrbio Ferroviário de Salvador – Ba*.

- Ristum, M. (2014). As marcas da violência doméstica e a identificação por professores do ensino fundamental. *Revista Brasileira de Psicologia*, *1*(1), 14. Recuperado de <http://revpsi.org/violencia-domestica-identificacao-professores-ensino-fundamental/>
- Salgado, H. O. (2012). *A experiência da cesárea indesejada: Perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. Universidade de São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/publico/HOS.pdf>
- Sanfelice, C. F. O., & Shimo, A. K. K. (2014). Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *35*(1), 157–160. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.41356>
- Santos, J. de O., & Shimo, A. K. K. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, *12*(4), 645–650. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400006>
- Santos, M. F. (2014). Direitos sexuais e reprodutivos da mulher no Brasil e o estado de exceção no caso Adelir. *Revista Ártemis*, *18*(1), 137–146. <https://doi.org/10.15668/1807-8214/artemis.v18n1p137-146>
- Santos, R. A. A. dos, Melo, M. C. P. de, & Cruz, D. D. (2015). Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência*, (2001), 76–89.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Portella, A. P., & Menicucci, E. (2009). Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: Conquistas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, *14*(4), 1019–1027. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400009
- Schroll, A.-M., Kjærgaard, H., & Midtgaard, J. (2013). Encountering abuse in health care;

- lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 74. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
- Silva, M. S. da. (2010). *Construção de significados da maternidade por mães de autistas*.
- Souza, K. J. (2014). *Violência institucional na atenção obstétrica: Proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto*. Universidade de Brasília. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17225/1/2014_KarinaJunqueiradeSouza.pdf
- Teixeira, N. Z. F., & Pereira, W. R. (2006). Parto hospitalar: Experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 740–744. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600004>
- Valsiner, J. (2004). Chapter 1 . Approaches to Culture — Semiotic Bases for Cultural Psychology (p. 1–52).
- Valsiner, J. (2012). *A cultura na mente e na sociedade: fundamentos de uma psicologia cultural*. Porto Alegre: Artmed.
- Volkmer, V. (2009). *Significados de maternidade para mulheres com trajetória reprodutiva marcada por perdas gestacionais recorrentes*.
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138–151. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>
- Yin, R. (2009). *Case study research: design and methods* (Fourth). CA: Sage Publications Ltd.
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 252–257. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400006>
- Zittoun, T. (2007a). Dynamics of interiority: ruptures and transitions in the self development. In *Otherness in Question: Development of the Self 3* (p. 187–214).

Zittoun, T. (2007b). Symbolic resources and responsibility in transitions. *Young*, 15(2), 193–211. <https://doi.org/10.1177/110330880701500205>

Zittoun, T. (2012). Life-course: a socio-cultural perspective. In J. Valsiner (Org.), *The Oxford Handbook of Culture and Psychology* (p. 1152). Neuchatel, Switzerland.

Zornig, S. A.-J. (2012). Construção da parentalidade: da infância dos pais ao nascimento dos filhos. In C. A. Piccinini & P. Alvarenga (Orgs.), *Maternidade e paternidade: a parentalidade em diferentes contextos* (p. 17–34). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Apêndice A – Ficha de dados sociodemográficos

Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Psicologia
 Programa de Pós-graduação em Psicologia
Mestrado e Doutorado

**Ficha de Dados Sociodemográficos**

Nome: _____

Quantos anos você tem? _____

Até que série você completou na escola? _____

Você trabalha? () Sim () Não Se sim, o que faz _____

Situação conjugal: _____ Há quanto tempo? _____

Qual é a renda familiar mensal (em Reais)? _____

Informações sobre a gravidez e o bebê:

Gravidez foi: () inesperada () esperada () planejada

Data de nascimento: _____ Semanas de gestação ao nascer: _____

O peso do bebê ao nascer foi < 2.500g? () Sim () Não

Durante a gravidez você apresentou problemas de saúde? () Sim () Não

Se Sim, qual? _____

Sua gravidez foi considerada de risco? () Sim () Não

Teve complicações durante o parto? () Sim () Não

Qual foi o tipo de parto? () Normal () Cesará

Onde foi o seu parto? () Domiciliar () Instituição pública () Instituição privada

Telefones: () _____ () _____ () _____

Salvador-BA, ____/____/____

Assinatura: _____

Apêndice B – Roteiro temático para entrevista narrativa

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Mestrado e Doutorado

1. Questão disparadora: O processo de transformação de uma mulher em mãe é uma experiência que influencia as pessoas de maneiras diferentes. Da mesma maneira, acontece com as experiências de maus tratos vivenciadas pelas mulheres, por parte dos profissionais, durante a gestação, o parto ou o pós-parto. Existem diferentes mudanças na vida de cada pessoa que vivencia uma situação de maus tratos. Eu gostaria de entender um pouco de como foi essa experiência de se transformar em mãe para você, após essa experiência de maus tratos na gestação, no parto ou no pós-parto. Fique à vontade para falar o que achar importante sobre esse momento da sua vida. Se, em qualquer momento, se sentir desconfortável, fique à vontade para interromper, pois poderemos marcar outro horário. Podemos começar?

2. Fase do questionamento:

Tema	Detalhamento, possíveis questões	Informação pretendida
Gestação	<ul style="list-style-type: none"> - Quais são as suas lembranças sobre sua gravidez? - Quais eram os seus sonhos e planos em relação à gestação? - Alguém te apoiou e te acompanhou durante a gestação? - Quais foram as maiores dificuldades durante a sua gravidez? - Você fez acompanhamento pré-natal? - Como era a sua relação com a equipe de profissionais que te acompanhou? - Você conversou com o seu médico sobre o seu parto? - Quais foram as dificuldades durante o seu acompanhamento pré-natal? - Você se sentiu em algum momento da gestação mal tratada pela equipe que te acompanhava? - Como você se sentiu? - O que você pensou? - Como você reagiu? - Quais as boas lembranças que você tem da sua gestação? 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas em relação ao período gestacional; - Atentar para os primeiros sinais de rupturas; - Atentar para as primeiras possíveis condições de emergência semiótica relacionadas ao <i>self</i> materno: condições nula, irregular ou bifurcação de trajetórias.
Parto	<ul style="list-style-type: none"> - Você escolheu o seu tipo de parto? Como foi essa escolha? - Quais eram os seus planos e sonhos para o parto? - Alguém te apoiou e te ajudou nas decisões sobre o parto? - Quais são as suas 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas em relação ao tipo de parto; - Expectativas em relação a experiência do parto; - Atentar para os primeiros sinais de rupturas; - Atentar para as primeiras possíveis condições de emergência semiótica

	<p>lembranças sobre o parto?</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que você sentiu durante o trabalho de parto? E durante o parto? - Como foi seu contato com o médico e a equipe de enfermagem durante o parto? - Como você imaginava que seria o tratamento, o cuidado e a comunicação dos profissionais com você durante o parto? - Você lembra dos procedimentos realizados durante o parto? Você foi informada sobre a necessidade desses procedimentos? - Como você avalia o atendimento da equipe do hospital? Foi bom ou ruim? - Você se sentiu mal tratada pelos profissionais do hospital em algum momento? Como você reagiu? Como você se sentiu? - O que você pensou quando se sentiu mal tratada? - Quais as boas lembranças que você tem do parto? - O parto foi como você esperava? - Os profissionais cuidaram de você e do seu bebê como você imaginava? - Você conheceu outras experiências de parto? Fale um pouco sobre essas histórias. 	<p>relacionadas ao <i>self</i> materno: condições nula, irregular ou bifurcação de trajetórias</p> <ul style="list-style-type: none"> - A influência dos significados compartilhados culturalmente na escolha do tipo de parto;
Puerpério	<ul style="list-style-type: none"> - No hospital ou nas consultas do pré-natal, você foi orientada pelos profissionais sobre os cuidados com o bebê? - Você teve orientações 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas em relação ao período puerperal; - Atentar para os primeiros sinais de rupturas; - Atentar para as primeiras

	<p>sobre a amamentação? E teve alguma dificuldade com a amamentação do seu bebê?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quais são as suas lembranças sobre os primeiros dias com o seu bebê? - Quais eram os seus sonhos e planos para esses primeiros dias com o seu (a) filho (a)? - Alguém te apoiou e te ajudou nesses primeiros dias? - Quais foram as maiores dificuldades nos primeiros dias com o bebê? - Você precisou de acompanhamento médico? - Como foi a assistência a saúde nesse período? - Como você se sentiu nesse período? - O que você pensava nesse período? - O que você fazia para se adaptar as rotinas com o bebê? 	<p>possíveis condições de emergência semiótica relacionadas ao <i>self</i> materno: condições nula, irregular ou bifurcação de trajetórias.</p>
Maternidade	<ul style="list-style-type: none"> - O que você pensava ou imaginava sobre ser mãe? - Quais são as suas lembranças desse período que você se tornou mãe? - Alguém te acompanhou durante esse período que você estava se tornando mãe? - Como foi este acompanhamento? - Quais foram as maiores dificuldades nesse período? - Como é ser mãe para você agora? 	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas em relação à maternidade; - Atentar para possíveis rupturas; - Atentar para as condições de emergência semiótica relacionadas ao <i>self</i> materno: condições nula, irregular ou bifurcação de trajetórias; - A influência dos significados compartilhados culturalmente; - Os sentimentos, as habilidades e comportamentos desenvolvidos.

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
 Instituto de Psicologia
 Programa de Pós-graduação em Psicologia
 Mestrado e Doutorado



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa de mestrado intitulada *Significados da maternidade para mulheres que vivenciaram a violência obstétrica*. Proposta por mim, Patrícia Brito Ribeiro, sob orientação da professora Dr.^a Ana Cecília de Sousa Bastos. Tal estudo tem como objetivo compreender como as mulheres que vivenciaram violência obstétrica constroem os significados da maternidade. Os resultados obtidos poderão contribuir para a implementação de programas de prevenção da violência na atenção obstétrica, colaborando para melhor informação das usuárias e seus acompanhantes e evitando danos físicos, psicológicos, sociais e financeiros para as mulheres. Para a execução da pesquisa, será realizada uma entrevista, que será gravada em áudio, a partir de uma questão disparadora e questões norteadoras, e com a utilização de uma ficha de dados sociodemográficos.

Você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa em qualquer momento que desejar. Assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da pesquisa sem qualquer penalização ou prejuízo para você ou para terceiros. Seu anonimato e o sigilo dos seus dados serão assegurados, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Os possíveis riscos desta pesquisa são desconforto devido ao estresse, humor deprimido, medo de suas falas se tornarem públicas e inibição por expor suas opiniões ou relatos. Os prováveis riscos serão minimizados mediante a garantia do encaminhamento para avaliação e acompanhamento psicológico especializado em instituições com serviços psicológicos gratuitos ou com baixo custo. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira.

O benefício relacionado à sua participação será uma melhor compreensão de como o processo de tornar-se mãe ocorre e como a vivência de uma experiência de violência na gestação, parto ou puerpério transformaram as suas vivências da maternidade. Os resultados da pesquisa serão apresentados para as participantes em uma palestra em local a definir. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para construção de relatórios de pesquisa, bem como para divulgação para fins científicos e serão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora durante um prazo de cinco anos após o término da pesquisa.

No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr.^a Ana Cecília de Sousa Bastos e a pesquisadora responsável pela coleta de dados, Patrícia Brito Ribeiro, que podem ser contatadas pelo telefone: (71) 99975-8210, bem como com o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFBA. Desta forma, se concordar, por sua livre vontade, em participar desta pesquisa, por favor, assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficando com uma cópia para si.

Salvador-BA _____ de _____ de 20____

Assinatura e RG da Participante: _____

Assinatura e RG da Pesquisadora: _____