

## **Dispositivo Materno e Parto: uma análise da interface de gênero e saúde mental nos relatos de mulheres do documentário “O renascimento do parto I”**

**Maternal device and childbirth: an analysis of the gender interface and mental health in the women’s reports of the documentary “O renascimento do parto I”**

**Dispositivo materno y parto: un análisis de la interface de género y salud mental en los relatos de mujeres del documentário "O renascimento do parto I"**

Recebido: 25/06/2021 | Revisado: 14/07/2021 | Aceito: 05/08/2021 | Publicado: 10/08/2021

**Adrianny Maués**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0611-4688>

Universidade da Amazônia, Brasil

E-mail: [adrianny1001@hotmail.com](mailto:adrianny1001@hotmail.com)

**Mônica Cristina Martins Rocha**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0238-3079>

Universidade da Amazônia, Brasil

E-mail: [monicacristinamartinsrocha@gmail.com](mailto:monicacristinamartinsrocha@gmail.com)

**Sarah Medeiros Tavoglieri**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5609-5035>

Universidade da Amazônia, Brasil

E-mail: [sarahtavoglieri16@gmail.com](mailto:sarahtavoglieri16@gmail.com)

**Bárbara Araújo Sordi**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2085-7602>

Universidade da Amazônia, Brasil

E-mail: [adrianny1001@hotmail.com](mailto:adrianny1001@hotmail.com)

### **Resumo**

A violência obstétrica afeta 1 a cada 4 mulheres brasileiras, conforme a Agência Nacional de Saúde. Ao considerar o número de práticas de violência no pré-natal, parto e puerpério, este artigo teve como objetivo investigar as violências obstétricas vivenciadas e relatadas por mulheres no documentário “O Renascimento do Parto I”, produzido em 2013, dirigido por Eduardo Chauvet, cineasta, e Érica de Paula, psicóloga. Considerado um marco na luta contra a violência obstétrica no Brasil, tal documentário traz depoimentos de mulheres em relação as suas vivências na gestação. Diante disso, como metodologia, realizou-se análise fílmica, tendo como método a análise de discurso, realizada a partir de categorias de análise elegidas a partir da narrativas destas mulheres, tais quais: falta de informação e indução à cesárea, violência psicológica como violência obstétrica, procedimentos invasivos e prejuízos na relação mãe-bebê. Como resultados, apresentou-se que a realidade da violência, ocasionada pela falta de informação e condução mercadológica de práticas de saúde, contradiz a cultura que romantiza a maternidade, a gestação e o parto; ofertando um ambiente, serviços e políticas que colocam as mulheres em situação de desamparo e violência, logo, afetando sua saúde mental. Conclui-se que a forma que se aborda o nascimento está relacionado ao projeto de sociedade e, portanto, há a necessidade de reformulação de políticas para assistência pré-natal e do parto, sendo importante o protagonismo de mulheres, intervenções psicoeducacionais aos genitores, não obstante, é necessário também o entrelace dos estudos de gênero e feministas aos estudos e práticas de saúde.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Parto humanizado; Saúde mental; Psicologia.

### **Abstract**

According to the National Health Agency, obstetric violence affects 1 in 4 Brazilian women. Considering the number of practices of violence in prenatal, childbirth, and the puerperium, this article aimed to investigate the obstetric violence experienced and reported by women in the documentary “The Rebirth of Childbirth I” (free translation), produced in 2013, directed by Eduardo Chauvet, filmmaker, and Érica de Paula, psychologist. Considered as a milestone in the fight against obstetric violence in Brazil, this documentary brings testimonials from women in relation to their experiences during pregnancy, in this way, as a methodology, film analysis has been carried out, the discourse analysis has been used as a method, carried out from categories of analysis chosen from the narratives of these women, such as lack of information and induction of cesarean section, psychological violence such as obstetric violence, invasive procedures, and losses in the mother-baby relationship. As a result, it was shown that the reality of violence, caused by the lack of information and market conduct of health practices, contradicts the culture that romanticizes motherhood, pregnancy, and childbirth; offering an environment, services, and policies that place women in a situation of helplessness and violence, thus affecting their mental health. In outline, the way birth is

approached is related to a social project and, therefore, there is a need to reformulate policies for prenatal and childbirth care, with the role of women being important, psychoeducational interventions for parents, being necessary to link gender and feminist studies to health and practice studies.

**Keywords:** Obstetric violence; Humanizing delivery; Mental health; Psychology.

### **Resumen**

Según datos de la Agencia Nacional de Salud, la violencia obstétrica afecta a una de cada cuatro mujeres brasileñas. Considerando el número de prácticas de violencia en el periodo pre natal, trabajo de parto y post parto. Este artículo tiene como objetivo investigar la violencia obstétrica vivenciadas y relatadas por mujeres en el documental “El renacimiento del parto 1” producido en el año 2013 por el cineasta Eduardo Chauvet y la psicóloga Érica de Paula. Considerado en el marco de la lucha contra la violencia obstétrica en Brasil. Dicho documental trae testimonios de mujeres en relación a sus vivencias durante el embarazo, por lo tanto, como metodología se realizó un análisis cinematográfico, utilizando como método el análisis del discurso. Este método se aborda a partir de categorías de análisis escogidas de las narrativas de estas mujeres, tales como: falta de información e inducción de cesárea, violencia psicológica como violencia obstétrica, procedimientos invasivos y pérdidas en la relación madre-bebé. Como resultado, se demostró que la realidad de la violencia, provocada por la falta de información y la conducta de mercado de las prácticas de salud, contradice la cultura que romantiza la maternidad, el embarazo y el parto. Ofreciendo un entorno de servicios y políticas que ponen a las mujeres en una situación de desamparo y violencia, afectando así su salud mental. Concluimos que la forma de abordar el parto está relacionada con un proyecto de sociedad y, por tanto, es necesario reformular las políticas de atención prenatal y del parto, siendo importante el papel de la mujer, las intervenciones psicoeducativas para los padres. Sin embargo, también es necesario entrelazar estudios de género y feministas con estudios y prácticas de salud.

**Palabras claves:** Violencia obstétrica; Parto humanizado; Salud mental; Psicología.

## **1. Introdução**

O aprofundamento nos estudos sobre parto evidencia como a cesárea se torna, cada vez mais, normalizada e frequente. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) partos hospitalares representam 98,48% dos partos realizados em todo país, evidenciando uma mudança de cenário, pois até o final do século XVIII, os nascimentos aconteciam no ambiente doméstico e configuravam-se como uma prática entre mulheres, já que ocorria com auxílio das parteiras (Brasil, 2018).

O primeiro registro da posição deitada para parir ocorreu em meados do século XVII, quando Luís XVI decidiu assistir o parto de sua amante. Neste mesmo período, François Mauriceau, médico francês, defendia a posição reclinada como a mais confortável para o profissional assistir ao parto, fato que, paulatinamente, deixou de ser utilizado apenas no período de expulsão e nascimento, para se expandir e ser uma prática também indicada na fase de dilatação cervical – esta mudança veio somada ao aumento do uso do fórceps e de práticas cirúrgicas, que a partir do século XVIII passaram a serem implementadas. Assim, o parto na posição supina tornou-se uma comodidade médica, em detrimento da participação ativa das mulheres (Mamede, Mamede & Dotto, 2007; Balaskas, 2005).

O século XIX, com suas mudanças relacionadas à industrialização, provocou alterações nas formas de se relacionar com o mundo e consigo, fato que também desencadeou mudanças em relação ao parto, tal como pode se observar na palavras de Zanardo et al. (2017, p. 3): “O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino, começam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção”.

Esse processo histórico resultou no modelo de assistência obstétrica que vigora atualmente, que pode ser definida como tecnocrática, com procedimentos que retiram as mulheres do seu lugar de protagonismo, trazendo-a à sensação de fragilidade e incapacidade, tornando-a também passiva no ato de parir. Tal modelo, marcado pela medicalização e abuso de práticas invasivas, surgiu com o modelo intervencionista e curativo de assistência médica que se instaurou no Brasil, principalmente após a década de 1960 (Mamede, Mamede & Dotto, 2007).

Como um dos efeitos desse processo, houve também um aumento da cesárea no país, fato que se tornou realidade durante o período da ditadura militar, para superfaturamento, produzindo uma espécie de mercantilização do parto, e que, posteriormente, continuou em crescimento, tendo um *boom* entre os anos de 2007 e 2011, com aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreos (Paim & Almeida Filho, 1998; Zanardo et al., 2017).

Essa realidade contrasta com o índice médico recomendado pela comunidade científica internacional, de 10% e 15% de cesarianas. Ademais, de 2000 a 2015, a América Latina e Caribe registraram a maior taxa de cirurgias cesarianas (40,5%) do mundo, segundo informações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse aumento crescente é justificado por fatores econômicos, sociais e culturais e, quando realizada sem as precisas recomendações clínicas, coloca em risco mãe e bebê, aumentando as possibilidades de mortalidade e morbidade para ambos, posto que a cesárea só se torna um importante recurso médico quando recomendada para manutenção da vida diante de complicações pela via natural (Who, 2018).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2016) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre os atendimentos nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente, o que demonstra que mulheres costumam pagar pelos seus partos cesarianos. Diante desse cenário de excessos de cesáreas, a violência obstétrica tornou-se um assunto importante e necessário (Zanardo et al., 2017).

O termo “violência obstétrica” é usado para classificar todos os tipos de violências sofridas por mulheres por parte da equipe de saúde, durante a gravidez, parto, pós-parto e abortamento, nos quais as agressões podem ser de caráter verbal, institucional, moral, físico e psicológico (Brandt et al., 2018). Assim, pensar nas implicações da violência obstétrica na saúde mental das mulheres é fundamental para enfrentar este problema em nossa sociedade. Portanto, são necessários mais estudos e pesquisas na área da psicologia, tendo em vista a importância da atuação de profissionais da área e a compreensão de tal fenômeno, a fim de impulsionar novas políticas públicas de atuação. Nesse sentido, e diante da importância de analisar a realidade de mulheres que sofreram violência obstétrica, o presente artigo propôs-se a investigar as violências obstétricas vivenciadas e relatadas por mulheres no documentário “O Renascimento do Parto I”, produzido em 2013, dirigido por Eduardo Chauvet, cineasta, e Érica de Paula, psicóloga.

Esse documentário ocasionou a possibilidade de trazer ao debate a questão da violência obstétrica no Brasil, ofertando um panorama do cenário obstétrico brasileiro a partir de narrativas de mulheres que sofreram tal violência, juntamente com o parecer de profissionais que trabalham na assistência ao parto. Como referência teórica, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema mulheres, parto e violência obstétrica, a partir das plataformas *Pepsic*, *SciELO* e Portal CAPES, considerando o período de 2015 a 2020 em artigos produzidos no Brasil. Além disto, recorreu-se à leitura de estudos feministas e de gênero.

Escolheu-se, portanto, tal obra devido ao acesso ao relato de mulheres, considerando a importância de priorizar a experiência narrada por estas. Como proposta metodológica para análise das falas aplicou-se a Análise do Discurso (AD), técnica que considera o discurso dos sujeitos como uma maneira de significar e dar sentido às experiências por eles vivenciadas, levando em conta o contexto social, histórico e político em que se situam suas narrativas. Assim, a AD oferece uma leitura além do que é dito, pois investiga como o conteúdo é utilizado para alcançar determinado efeito, devendo o pesquisador ter sensibilidade para captar e interpretar a subjetividade implícita em cada discurso (Orlandi, 2012). Nos resultados, tal análise foi desencadeada a partir de categorias, observando os seguintes marcadores: “falta de informação e indução à cesárea”, “violência psicológica como violência obstétrica”, “procedimentos invasivos” e “prejuízos na relação mãe-bebê”. Sendo assim, este artigo, inicialmente, irá apresentar aspectos importantes sobre o contexto histórico do parto e violência obstétrica; em seguida realizará observações sobre saúde mental, priorizando reflexões dos estudos feministas e de

gênero; apresentará um breve panorama sobre políticas públicas, para, por fim, apresentar resultados e discussões encontrados na convergência entre as experiências narradas e os estudos na área.

## 2. Metodologia

A maternidade e suas nuances devem ser reconhecidas como fatores que incidem diretamente na saúde mental de mulheres. Há, na cultura ocidental judaico-cristã, uma supervalorização do instinto materno atrelado ao ato de reprodução, o que afeta mulheres em suas performances e emocionalidades, muitas vezes, como verdadeiras marcas identitárias, estando no cerne de suas subjetivações (Zanello, 2018).

A invenção do instinto materno, produzida no cenário capitalista com fins políticos, produziu a noção de naturalidade em relação à função da mulher para procriação, desejo de ser mãe, bem como quanto às suas habilidades para cuidar, servir e abrir mão de interesses particulares em nome da família, em especial, dos/as filho/as (Badinter, 1985).

Logo, a partir do século XX, associou-se que o desenvolvimento infantil estaria atrelado ao desempenho da maternagem, propondo o cuidado e sentimento materno como inatos, e características biológicas do sexo feminino. Assim, a domesticidade e docilidade dos corpos das mulheres foram impostas como condições naturais, em que acompanhar o crescimento da prole não é considerado como trabalho, embora seja importante para a sociedade e seu consumo (Nunes, 2011).

A partir dessas compreensões, Zanello (2018) propôs o conceito de dispositivo materno. Seguindo a lógica foucaultiana, seria fruto de relações de poder que não se imporiam pela autoridade, mas pela sua naturalização, agora tida como algo interno. Fruto de práticas discursivas de uma teia capilarizada de poder, materializaria os corpos, tendo como efeitos modos de subjetivação. O dispositivo materno, então, teria como marca o controle dos corpos femininos pela culpa, na qual mulheres se sentirão responsáveis por todos acertos e erros da educação e desenvolvimento dos/as filhos/as, não reconhecendo as demais implicações que afetam a sobrecarga psíquica e física que envolvem o desejo e a própria maternidade.

Nesse cenário não há espaço para pensar acerca do mal-estar na maternidade. Por tornar-se um fator identitário feminino, recai sobre as mulheres a responsabilidade da saúde mental e desenvolvimento infantil das crianças, não havendo espaço para dor, sofrimento, arrependimento, raiva diante da descoberta de gestação, do pré-natal, parto, amamentação e criação dos filhos (Badinter, 1985; Swain, 2007; Swain, 2010).

A naturalização da romantização do gestar, do parto, da amamentação e do maternar pode produzir adoecimento psíquico em mulheres que não se sentem confortáveis em expor dificuldades de suas vivências, com sentimentos como culpa, tristeza e/ou raiva diante da não adaptação ao modelo ideário de perfeição. Incentiva-se, portanto, a maternidade, romantizando-a, porém, quanto às grávidas, não há cuidados necessários com elas e suas demandas, deixando-as, muitas vezes, desamparadas (Zanello, 2018).

Assim, geralmente solitárias, sem espaço para diálogo entre si e sem o amparo estatal humanizado e necessário, muitas mulheres, desejosas ou não da maternidade, frente ao gestar, deparam-se com um sistema de saúde que não acolhe suas demandas, afetando sua saúde mental e física.

Embora a OMS (2014) preconize que seja garantido a toda mulher o direito ao melhor padrão possível de saúde, com apoio e cuidado respeitosos, ainda existe mulheres vulneráveis quando a temática é o corpo, sexualidade feminina e reprodução. Este fato se dá mediante o controle e intervenção estatal do corpo feminino, em especial aos direitos sexuais e

reprodutivos, que atualmente podem ser observados nas leis e práticas que envolvem o procedimento de laqueadura<sup>1</sup> e aborto<sup>2</sup>.

Dentre as práticas de controle e intervenção estatal do corpo feminino, estão as violências obstétricas. Atreladas à violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias, elas fazem parte das violências institucionais, exercidas pelos serviços de saúde, e se caracterizam por negligências e maus-tratos dos profissionais com as usuárias, podendo ocorrer em qualquer período da gestação, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento, assim como procedimentos invasivos psíquica ou fisicamente, aceleração do parto para liberar leitos, entre outros (Diniz, 2005).

Segundo o estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2013, a violência obstétrica atinge 1 em cada 4 mulheres em nosso país (Venturi & Godinho, 2013). Em um estudo intitulado: “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” realizado em 2017 por Maria do Carmo Leal e colaboradores, foi constatado que mulheres negras sofrem mais violências na sua gestação e no seu parto. Tal fato demonstra não apenas o racismo estrutural, mas também que a violência é um problema de saúde pública no Brasil, sendo comum entre as mulheres, sendo que a presença de sofrimento psíquico, com uma estreita relação entre gênero e saúde mental, demanda uma compreensão urgente mais aprofundada da psicologia e suas práticas de intervenção.

Zanello (2018) em sua pesquisa, aponta que a depressão pós-parto e diversas outras psicopatologias - 60% dos estudos de psicologia patologizaram as mães como negligentes, masoquistas, narcisistas, cuidadosas demais, invasivas; além de aparecerem 72 tipos de nomenclaturas distintas de problemas psicológicos que culpabilizam as mães - mas cujos estudos pouco se debruçaram a analisar a relação da mulher e a função idealizada de maternidade, as condições interseccionais e a quebra destas idealizações, inclusive em relação ao gestar, ao parir, ao amamentar.

De acordo com o estudo “Nascer no Brasil”, de 2012, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2012), em cada 4 mulheres, mais de 1 apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê.

Sobre essa estatística, Zanello (2018) discute a importância dos estudos de gênero na interface com a saúde, que reside na possibilidade de uma escuta psicológica mais apurada, de uma escuta clínica que fuja do psicologismo, da psicanalização e da psiquiatrização. A referida autora esclarece que por meio da perspectiva de gênero enxerga-se que o sofrimento é produzido não apenas por aspectos da história de vida da pessoa, mas também por diferentes escalas de violências e opressões.

Logo, há uma politização da dor e, por conseguinte, chances de se criar aparatos mais eficazes de empoderamento e transformação. Diante disso, observa-se que a romantização da maternidade em conjunto com a violência obstétrica se torna um fator que afeta diretamente a saúde mental das mulheres, sendo importante considerar também suas interseccionalidades.

A trajetória da violência obstétrica enquanto problemática é uma questão de saúde pública, e vem sendo abordada no Brasil em trabalhos feministas, seja na academia, seja fora dela. Na década de 1980, o pioneiro Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981), fazia uma etnografia da experiência feminina, descrevendo explicitamente o parto institucionalizado como uma vivência violenta (Diniz et al., 2015). Ademais, a violência obstétrica já era tema de políticas públicas de saúde ao final da década de 1980, com ações tais como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que reconheceu o tratamento impessoal à saúde das mulheres e, em sua maioria, agressivo.

---

<sup>1</sup> Pode-se realizar laqueadura, no SUS ou pelo Convênio, assegurada pela Lei Federal 9.263/96 (de planejamento familiar). Entretanto, existem requisitos para que uma mulher possa realizar o procedimento, por exemplo: ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos, com autorização do marido. Fora dessas condições, a Lei permite a laqueadura somente em casos de risco à vida ou à saúde da mulher, salvo a apresentação de parecer de dois médicos.

<sup>2</sup> No Brasil, o aborto é tipificado como crime pelo Artigo 124 do Código Penal, especificado em “Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque”, cuja punição se dá pela detenção de um a três anos, considerando como causas inimizáveis o aborto necessário para salvar a vida da gestante ou o gravidez resultante de estupro.

Assim, a partir da década de 1980, profissionais da saúde juntamente com defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, apoiados por uma parcela do movimento feminista, se organizaram com fins a promover discussões sobre a violência no parto e estratégias para combatê-la. No entanto, esse movimento ganhou força nos anos 1990, intensificando-se nos anos 2000, quando o tema da violência no parto passou a se constituir enquanto campo de investigação formal no país, sendo considerado como movimento a favor da humanização do parto e nascimento.

Tal movimento, que congrega diversos profissionais e instâncias da sociedade, possui como pilar o reconhecimento da participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com destaque aos aspectos emocionais e no reconhecimento dos seus direitos reprodutivos (Sena & Tesser, 2017).

Dessa maneira, a luta política e os referidos movimentos foram de suma importância para o combate à violência obstétrica no Brasil, cujo Movimento pela Humanização do Parto (1993) incorporou os achados da “Medicina Baseada em Evidências” para criticar a medicina tradicional no que concerne à utilização exacerbada de crenças e valores “[...] baseados na tradição e em concepções culturalmente consideradas ultrapassadas” (Tornquist, 2002, p. 487) como, por exemplo, uso da tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), que se acreditava que evitaria infecções. Essa busca pela legitimação científica justifica-se pela preocupação do movimento em ser considerado como “alternativo” e pela necessidade da concepção de humanização ser legitimada e priorizada enquanto prática (Zanardo et al., 2017).

Diante desse cenário, surgiu a necessidade da criação de movimentos para diminuir os abusos e violências sofridos por mulheres. Em 2013 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) que, juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), se tornou um instrumento de promoção de saúde para a população, sendo um meio de enfrentar e evitar relações de poder nas condições desfavoráveis na qual encontram-se homens e mulheres à mercê de práticas violentas, desumanas e irresponsáveis.

O HumanizaSUS (Brasil, 2003), também reconhecido pela PNH, engloba efetivamente a reunião da tríade: gestão, usuário e processos de trabalho. Atribuindo um cuidado com uma rede coletiva e compartilhada para executar, de forma coesa e funcional, uma gestão ativa nos serviços da área da saúde de cada indivíduo, também das redes sociofamiliares, agregando formas extensas de um ato de cuidado de si.

Contudo, a violência obstétrica continua a ser uma realidade no país, muitas vezes subnotificada, mantendo desinformação até mesmo para seu reconhecimento. Nesse segmento, nos últimos cinco anos, numerosos estudos no país documentam como são frequentes as atitudes discriminatórias e desumanas na assistência ao parto, nos setores privado e público. O interesse acadêmico se ampliou e a produção inclui pesquisas sobre a formação dos profissionais e, mais recentemente, dados de base populacional, como a pesquisa (Souza & Valente, 2016; Oliveira, 2016; Oliveira & Penna, 2017; Brandt, 2018).

Ressalta-se que surgiram recentemente novos projetos de lei no Brasil, a fim de combater a violência obstétrica, destacando-se o projeto de lei 8219/2017 que tem como proposta dispor sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após, e o projeto de lei 7867/2017 que tem como intuito dispor sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Salienta-se que estes projetos de Lei ainda não foram aprovados, aguardando votação desde 2017.

Apesar disso, pode-se considerar que a PNH se configura como importante referência para a construção de práticas de saúde pautadas em diretrizes de acolhimento, gestão democrática e garantia dos direitos dos usuários, respeitando seus valores e necessidades, uma vez que não há apenas maneira única de gerir e de cuidar, mas diferentes experiências que tomam em comum questões ético-políticas que garantam o atendimento e respeito à singularidade.

### 3. Resultados e Discussão

Foram extraídas do “O Renascimento do Parto I” narrativas de 8 mulheres participantes, que contaram suas experiências em relação à violência obstétrica e ao parto humanizado. A identificação das entrevistadas surge com poucas informações. Quais sejam: nome e profissão. Do total, foi possível identificar que 5 possuem ensino superior (bióloga, gestora pública, nutricionista, contadora, professora); quanto às demais, fica indefinível o nível de escolaridade uma vez que estas são apresentadas como dona de casa, empresária e servidora pública, o que identifica apenas suas atividades profissionais. No universo entrevistado, apenas uma é negra, fato que evidencia a ausência da escuta de mulheres negras, aspecto importante a ser investigado e evidenciado em pesquisa.

No documentário em questão, os temas foram divididos em tópicos, mas neste artigo, para melhor discussão, foram elencadas 4 categorias de análise: (1) falta de informação e indução à cesárea; (2) violência psicológica como violência obstétrica; (3) procedimentos invasivos; e (4) prejuízos na relação mãe-bebê.

Adianta-se que durante as elucidações de cada categoria, verificou-se a necessidade da realização de mais pesquisas no âmbito da violência obstétrica e psicologia, dada a importância da psicologia no debate dessa temática e de reduzir a invisibilidade das mulheres que sofreram esse tipo de violência.

Quanto à primeira categoria **falta de informação e indução à cesárea**, a ausência de informações é uma queixa recorrente nos relatos de muitas mulheres, ocorrendo quando não chegam informações suficientes à parturiente, fatos que a desapropriam das possibilidades de escolhas e autoconhecimento, sendo, muitas vezes, imputadas a aceitar práticas invasivas ou desnecessárias.

De acordo com Rattner (2005), parturientes informadas e esclarecidas sobre o processo de parturição tendem a ficar menos ansiosas, ter interações mais harmoniosas e colaborativas com os profissionais de saúde, chorar e gritar menos durante o trabalho de parto e, geralmente, têm processo de parto mais ameno e gratificante, fatos contrários quando prejudicadas no que tange à informação.

Em pesquisa sobre as expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca de tal preparação, Tostes e Seidl (2016), verificaram que das 18 mulheres entrevistadas, 5 haviam conversado com seus/suas médicos/as sobre o momento do parto; 13 relataram que o assunto ainda não tinha sido abordado em consultas com os profissionais de medicina, sendo que dentro desse último grupo, disseram estar apreensivas pela falta de informação, já que estavam no final da gestação e próximas à vivência do parto, considerando que as entrevistadas tinham, no mínimo, 28 semanas de gestação ou sete meses completos.

Ademais, do total de mulheres entrevistadas, apenas 1 relatou ter conversado com a obstetra e obtido informações satisfatórias. Ainda nesse estudo, 8 mulheres relataram que se sentiriam mais preparadas caso houvesse mais informações e preparação psicológica para o momento do parto.

Nesse sentido, o plano de parto se mostra como uma importante ferramenta, já que neste documento, elaborado pela gestante e apresentado à equipe que prestará assistência, a mulher expõe as suas vontades e seus desejos no que diz respeito a procedimentos que serão realizados no seu trabalho de parto. É um contrato que dá autonomia a ela, colocando-a como protagonista no processo de nascimento, a partir de informações sobre os procedimentos que serão realizados (Cortés et al., 2015; Mouta et al., 2017).

No entanto, na realidade obstétrica brasileira percebe-se que há falta de informação sobre o plano de parto ou até seu desconhecimento, tendo nas vivências das gestantes um papel de exceção e não de regra. Sobre isso, no documentário percebeu-se que a falta de informação esteve intrinsecamente atrelada à indução de cesáreas eletivas, aparecendo em 3 dos 8 relatos.

A cesárea eletiva ocorre quando a cesariana é marcada pelo médico, sem recomendações clínicas que a justifiquem. No Brasil, devido à cultura da cesárea como algo de escolha da mulher, muitos consideram que a cesárea eletiva retira da mãe sua autonomia em escolher entre este procedimento cirúrgico ou o parto normal. Contudo, cabe ressaltar que nos países que utilizam a cesárea conforme indicações clínicas, esta não se trata de uma questão de escolha, posto que traz prejuízos e riscos à saúde da mãe e bebê. Outro ponto que merece ser destacado é quanto à compreensão de que a cesárea, quando necessária, pode ser humanizada, respeitando plano de parto, hora de ouro (momento da mãe e bebê logo após saída do útero) e afins – melhor explicado a seguir.

No documentário, as informações repassadas para as mães foram insuficientes, fazendo-as não optar pelo parto normal, fazendo-as acreditar que a cesárea era a opção mais saudável e recomendada.

Atualmente, verifica-se que muitas cesáreas eletivas são marcadas sem necessidade prévia, aumentando o risco de morte da mãe e/ou do bebê, além de reduzir o contato pele a pele dela com seu bebê na sala de parto, de não o amamentar nas primeiras horas de vida e do bebê precisar ser internado em unidade neonatal (Ferrari, 2020).

A indução à cesárea é comprovada pelo altos índices desse tipo de procedimento no contexto hospitalar do Brasil, pois nelas a parturiente é levada a realizar o parto pela via cirúrgica, o que pode ser ocasionado por vários fatores, dentre eles: falta de informações, ou informações equivocadas, muitas vezes por parte de profissionais da saúde, pois a literatura aponta que estes são os principais indutores à escolha da via de parto cirúrgico por mulheres gestantes (Haddad & Cecatti, 2011).

Como um reflexo desse processo de indução que ocorre com as parturientes, a pesquisa de Tostes e Seidl (2016) revelou a preferência das entrevistadas pelo parto normal/vaginal, escolha que acaba sendo modificada pela influência dos profissionais de saúde, em especial obstetras, que, ao longo do pré-natal, indicam a cesárea como uma via mais segura para o nascimento do bebê, apesar da maior parte das mulheres não necessitarem de indicação para cesarianas.

Sendo assim, mulheres que detêm informações errôneas ou não as receberam por parte de profissionais de saúde, podem acabar sendo induzidas pelo discurso desses profissionais a acreditarem ser a cesárea, a melhor forma para a via de parto, abrindo mão da ideia de parto normal. A pesquisa de Velho, Santos e Collaco (2014) mostrou que as taxas de cesáreas no cenário brasileiro não podem ser associadas sempre ao desejo das mulheres. Ademais, salienta-se o fato de que apesar da cesárea ser uma cirurgia rápida e prática, é onerosa, trazendo lucros para quem a realiza e exigindo menor tempo de trabalho dos profissionais.

Retomando o documentário, na fala de 5 das 8 mulheres, como nos relatos de **C.L** e de **A.S.R.G**, foram evidenciadas as problemáticas da falta de informação e de indução à cesárea, pois as mães, diante da informação recebida dos médicos sobre circular de cordão, acataram a indicação de cesárea, embora uma delas tenha sentido “*que não está preparada, que nunca ouviu falar nisso*”, evidenciando a falta de informação que a parturiente detinha sobre circular de cordão.

Outra fala que corrobora com a afirmação anterior é o relato de **C.C** “*Aí ele falou assim: ‘é, só que o bebê tá grande. Não posso fazer parto normal em você, vai ter que ser cesárea’*”, expressando o momento que o médico não prestou mais informações ou melhores esclarecimentos sobre ter que fazer parto cesárea, além da explicação de que o bebê era grande.

Observou-se no documentário e nos artigos pesquisados que é prática comum a utilização de justificativas médicas, embora, muitas vezes, não embasadas em evidências científicas atuais, para fim de convencimento da realização do procedimento cirúrgico da cesariana, entre elas: circular de cordão, bebê muito grande, bebê muito pequeno, mães com sobrepeso ou mães magras demais.

Nos relatos de **F.M** e de **A.A**, a prática de indução à cesárea fora mais nitidamente identificada. **A.A** relata

Eles me induziam a fazer o parto cesariano. Eu chegava neles e falava assim: ‘ah, doutor, me fala sobre o parto normal.’ E ele me falava assim: ‘não A.A, hoje em dia não tem isso não. Parto normal?’ Que hoje em dia a cesariana era coisa rápida. Fazia, ia pra casa recuperava, não tinha problema nenhum [...].

Verifica-se, portanto, a partir dessa narrativa, a realidade de outras mulheres brasileiras diante do parto na atualidade, uma vez que tais falas vão ao encontro de dados estatísticos que apontam um alto número de cesáreas no país.

Na segunda categoria, intitulada **violência psicológica como violência obstétrica**, encontra-se a violência psicológica como parte integrante da violência obstétrica, podendo ocorrer no processo de pré-natal, parto, pós-parto e abortamento. Seja por meio de xingamentos, ofensas, comentários desrespeitosos, constrangedores e culpabilização da mulher por intercorrências que apareçam na hora do parto, a violência psicológica pode afetar psicologicamente e emocionalmente essas mulheres, as quais estão passando por um momento singular e de vulnerabilidade.

*Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p.7) discutiram relatos de violência psicológica em maternidades públicas do estado do Tocantins, trazendo falas que demonstram a violência psicológica sofrida por mulheres grávidas: “A médica falou assim: ‘Não, você veio de novo? [...] Eu só não vou te mandar embora porque está chovendo’”.* A partir de relatos como este, entende-se que as violências que as mulheres vivenciam se dá muitas vezes por profissionais de saúde, em um momento que deveria ser de acolhimento por parte da equipe profissional.

No documentário, 2 das 8 mulheres contaram sobre a presença de violência psicológica, reconhecendo seu sofrimento psíquico: com uma delas, tal prática ocorreu diante da postura médica de acusar a falsa possibilidade de morte do bebê, por conta do cordão umbilical circular no pescoço. Verificou-se que o médico em questão, de acordo com o relato da mãe, utilizou-se do terror psicológico para o convencimento em relação ao procedimento de cesariana, responsabilizando-a caso optasse pelo parto normal por uma possível morte. Tal fato evidencia que a opção pela via de parto cirúrgica pode estar relacionada à violência psicológica em mulheres parturientes.

Quanto à fala de **A.S.R.G** identificou-se a falta de empatia e acolhimento da obstetra, ação que se configura como violência psicológica e justamente num momento que, de acordo com a mãe, era de extrema importância para ela, assim como no caso de muitas parturientes, onde o parto se mostra como um momento ímpar, sendo o acolhimento da equipe de saúde, de extrema importância.

E eu preocupada porque o P. tinha ido pra outro canto com o pediatra. E eu: ‘tá tudo bem com ele?’ Ela chegou pra mim assim: ‘A.S.R.G, tá tudo bem com teu filho, fica calma!’ E eu, sabe... eu falei: ‘tá bom, tá tudo bem, mas eu quero ele aqui comigo’. Sabe, eu me senti tão fragilizada com a resposta grosseira que ela me deu. E ela foi tão insensível. Sabe, num momento tão importante pra mim, ela não respeitou aquilo.

Neste segmento, a violência psicológica muitas vezes é velada, pois muitas mulheres não reconhecem que passaram por esse tipo de violência. Assim, na maioria dos relatos as mães choraram, um forte indicativo de angústia e sofrimento diante do que passaram na gestação, parto e puerpério, ou seja, a partir das violências sofridas, vivenciaram também a violência psicológica, ponto debatido mais adiante. Nesse contexto, sabendo como a violência obstétrica afeta a vida das mulheres no pós-parto ressalta-se a necessária presença do/a profissional de psicologia para seu acolhimento, acompanhamento e orientação.

O parto é o momento esperado, tendo significados que vão sendo construídos e reconstruídos dinamicamente na cultura em que se inserem as gestantes e também de acordo com as experiências vivenciadas por elas. Ao mesmo tempo, é também um momento frequentemente temido devido ao desconhecimento do que pode vir a ocorrer (Tostes & Seidl, 2016).

Em relação à dor, há evidências de que a ansiedade e o medo em níveis moderados e altos podem aumentá-la significativamente ao longo do processo de parturição. A presença de dor ou o temor de senti-la podem se juntar a uma série de sentimentos, sensações e pensamentos que são, ao mesmo tempo, mobilizados pelo mal-estar, mas também mobilizadores deste. Destaca-se o fato de que a dor não é uma manifestação universal de processos orgânicos: ela se relaciona com a subjetividade de cada sujeito e com a forma como é construída pela cultura.

Nesse contexto, **J.M** comenta sobre a dor do parto e o processo de sentir dor para poder ter o seu bebê:

Eu queria passar pela experiência do parto natural. Foram oito horas de dor intensa, não foi fácil, de forma nenhuma. A maneira de como a gente conduziu o meu trabalho de parto, fez com que, em momento nenhum, eu pensasse em desistir dele [...] No fim das contas eu achei tudo muito bonito, assim, eu acho que o parto natural é uma grande poesia.

Logo, ter uma equipe que acolha a mulher nesse processo do trabalho de parto, que não é algo rápido e muito menos fácil, é de suma importância para que ela passe por isso da maneira mais tranquila e fluida.

As mulheres que sofrem violência, seja durante a gestação, parto e puerpério, tendem a entrar em sofrimento psíquico e muitas delas não têm auxílio nem espaços para falar sobre esse assunto que ainda é um tabu na maternidade. Nesse contexto, Souza e Valente (2016) discutem a relevância da atuação do psicólogo na assistência à mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, colocando como fundamental que a prática da psicologia vá além da escuta diagnóstica, se voltando para contribuir na construção de empoderamento das mulheres e usuários da rede de saúde e assistência.

Salienta-se que o percentual de pesquisas feitas por psicólogos e por outros profissionais da saúde sobre violência obstétrica ainda é pouco expressivo (14,7%) quando comparado com profissionais de enfermagem, com 37,3% (Cabral & Perez, 2019); logo evidencia-se a necessidade da Psicologia produzir mais sobre violência obstétrica, pois as publicações atuais são insuficientes e carecem de maior dedicação por parte dos profissionais de psicologia.

Para a categoria **procedimentos invasivos**, pode-se observar que no parto existem procedimentos que são feitos, em alguns casos, de maneiras desnecessárias e que podem acarretar prejuízos na saúde da mulher. Muitas mulheres relatam que receberam o “Soro” (ocitocina sintética), cuja utilização, embora não seja recomendada pela OMS, se dá de maneira rotineira em muitas maternidades brasileiras, com o objetivo de aumentar e acelerar as contrações (Diniz, 2005; Leal et al., 2017; Hirsch, 2015; Nucci, Nakato & Teixeira, 2018).

McCallum, Menezes e Reis (2016) verificaram que em uma maternidade pública em Salvador a ocitocina era bastante temida pelas mulheres, por aumentar dores e desconfortos. Do mesmo modo, Diniz (2005) revelou como a dor do parto torna-se em grande medida iatrogênica, isto é, amplificada quando se faz uso da ocitocina ou outras intervenções rotineiras.

Mais recentemente, Nucci, Nakato e Teixeira (2018) discutiram o processo de medicalização do parto, mais especificamente o desenvolvimento da ocitocina sintética, concluindo que as principais motivações do uso da ocitocina se dão pela presença cada vez mais central do obstetra no parto, bem como a recomendação do uso dessa intervenção com vistas a diminuir o tempo de trabalho de parto.

Assim, a ocitocina faz com que as contrações acelerem e gera aumento da dor na parturiente e, sabendo que muitas vezes a equipe não explica o que vai ser injetado na veia da mulher, essa falta de informação e o aumento da dor repentinamente causa prejuízos no trabalho de parto. É importante lembrar que essa realidade é mais explícita quando se olham as estatísticas de mulheres negras que sofrem violência obstétrica. Por uma questão cultural, os profissionais de saúde acreditam que mulheres negras possuem mais resistência a dor, demonstrando uma conduta e diferenciação errônea no tratamento dessas mulheres. (Leal et al., 2017).

Outro procedimento muito comentado é o “Toque Vaginal”, um procedimento desconfortável, geralmente feito de maneira excessiva pelo profissional que está atendendo a mulher. Este toque pode ser interpretado como dominação sobre os corpos dessas mulheres. Além disso, dentre os procedimentos invasivos pode-se citar a força que o médico impõe sobre o corpo da mulher denominado de “Manobra de Kristeller”, pressão causada sobre o fundo uterino. No documentário, o relato de **L.B** retratou sua experiência com excesso de força física do médico e realização do procedimento de corte: “*Na hora de*

*ter o meu parto, o médico subiu em cima de mim, junto com uma pediatra, né? Pra me ajudar. A pediatra tentando empurrar e eu mandava força. E o outro médico subiu aqui em cima. Me cortaram, pra eu ter a minha filha”.*

O “corte” é chamado de Episiotomia, que consiste em incisão no períneo para ampliar o canal de parto. Ainda hoje falar desses procedimentos no Brasil é um tabu, pois mesmo com evidências científicas de que muitos deles são feitos de maneira desnecessária, alguns profissionais da assistência ainda realizam de maneira rotineira, tirando da mulher a autonomia e protagonismo no parto, o que transforma um momento único em um evento traumático e difícil (Viana et al., 2011; Costa et al., 2015).

Somado a esse procedimento, há o “ponto do marido”, suturas desnecessárias com o intuito de estreitar a região vaginal. Este fato demonstra o controle patriarcal sobre os corpos das mulheres, que não visam o bem-estar da mesma, mas sim a satisfação do homem.

Apesar de apenas 1 das 8 mulheres haver relatado ter sofrido procedimentos invasivos, optou-se, a partir de uma postura política, por discorrer sobre tais procedimentos e colocá-los em destaque devido à pouca visibilidade do tema e à necessidade de enfrentar situações como a relatada pela entrevistada, tão comuns nas realidades e invisíveis em pesquisas científicas.

Sobre a discussão acima, em “O Renascimento do Parto I”, o médico francês Michel Odent, descreve a importância de se ter olhos mais sensíveis para o nascimento, pois nota-se o aumento de nascimento de bebês com excesso de hormônios sintéticos e chegando ao mundo com muitas intervenções, havendo um distanciando do processo natural.

Por fim, a quarta categoria elencada foi **prejuízo na relação mãe-bebê**, pois o contato do bebê com a mãe nas primeiras horas de vida e a amamentação são sinônimos de benefícios afetivos e fisiológicos para ambos. Ainda na sala de parto, a amamentação oferece ao recém-nascido uma melhor adaptação à vida extrauterina, regulação glicêmica, cardiorrespiratória e térmica, sendo que a sucção estimula a hipófise, aumentando a produção de ocitocina e prolactina, e, por conseguinte, de leite materno (Silva et al., 2018).

No relato de **C.L** percebeu-se que em muitos casos esse contato pele a pele não acontece:

*Ver minha filha saindo de mim, da maneira que ela foi tirada, rapidamente sendo mostrada pra mim por um pediatra que não deixou nem ela chegar perto de mim. Eu pedia para me desamarrarem, não me desamarraram. Depois no vídeo, que eu vi o tratamento que deram pra ela. Passando por diversos procedimentos que eu considero altamente desnecessários. Além do frio, aquela luz forte no olho dela e ela chorando. Além de ter sido tirada com brutalidade, teve que passar por tudo isso no primeiro minuto de vida.*

Esse distanciamento pode ser visto também no relato de **A.G**: “Falei: olha, quando o P. nascer, por favor, deixa ele comigo. E eu perguntava: ‘Tá tudo bem?’ E ninguém me respondia. E eu preocupada porque o P. tinha ido pra outro canto com o pediatra”. A falta de informação sobre o recém-nascido deixa a mulher desamparada e com medo do que pode ter acontecido com o seu filho, podendo ocasionar prejuízos à sua saúde mental, visto que todas as formas de violência são passíveis de afetar o psíquico.

Ao relatarem esse momento, as entrevistadas choraram e disseram se sentirem silenciadas e/ou desrespeitadas, sendo isso também um exemplo de violência psicológica. O distanciamento entre mãe e recém-nascido ainda na sala de parto é considerado não saudável do ponto de vista científico, pois tanto a mãe quanto a criança precisam do contato pele a pele nas primeiras horas de vida do bebê para fortalecimento de vínculo e desenvolvimento psicoafetivo mais seguro e saudável (Abdala & Da Cunha, 2018).

Diante dessa problemática, destaca-se a ocorrência de Depressão Pós-Parto (DPP), com média de 25% de mães acometidas por DPP, no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê (Filha et al., 2016). Ademais, embora sua significativa ocorrência no cenário brasileiro, “[...] a etiologia da DPP ainda não é totalmente conhecida e nem concorde na

literatura. Primeiramente, são apontados os fatores hormonais e fisiológicos, seguidos dos fatores sociodemográficos, e posteriormente os fatores psicossociais” (Arrais & Araujo, 2017, p. 829).

Diante deste cenário, infere-se sobre possível associação entre violência psicológica e depressão pós-parto, pois a violência psicológica está relacionada com fatores psicossociais. Logo, é de suma importância estudar o papel da psicologia nesse contexto e criar formas de intervenção e acolhimento para essas mulheres, com atendimento em saúde mental por meio de pré-natal psicológico, evidenciado como fator de proteção ao reduzir riscos de ansiedade e depressão gestacional, a partir de abordagens psicológicas de cunho psicossomático e/ou psicoeducacional (Almeida & Arrais, 2016; Krob et al., 2017).

Assim, discorre-se que a narrativa das mulheres no documentário revela vivências violentas sofridas. Essa estrutura perversa da realidade obstétrica ratifica diferentes maneiras de opressão à mulher, já que nos dias atuais ainda impera o modelo médico que assegura o não protagonismo da figura feminina na gestação, parto e puerpério. Verifica-se, então, uma cultura que romantiza a maternidade, a gestação e o parto, incentivando tal papel social, cobrando dessas mulheres saúde e ações ideais, ao mesmo tempo que não oferta ambiente, serviços e políticas que correspondam a estas cobranças, ao contrário, muitas vezes colocando-as em situações de violências e desamparos. Nesse sentido, resta questionar: o que representa tal antagonismo e de que modo pode se enfrentar essa problemática?

#### **4. Considerações Finais**

“Eu achava que eu ia ter algum defeito, que eu nunca ia conseguir ter parto normal(...)”: a frase refere-se ao sentimento diante da experiência de uma das mulheres sobre o seu corpo, representando assim as demais. Mostra-nos o processo de internalização do imaginário de que o problema está nos corpos femininos e não no paradigma obstétrico atual. Subestimadas e vilipendiadas, essas mulheres foram colocadas em uma posição de indignidade a ponto da sua voz se tornar ilegítima, sem força e sem poder. Corpos aviltados e quereres negligenciados: um sofrimento emudecido.

A análise das falas das mulheres no documentário “O Renascimento do Parto I” e da literatura sobre violência obstétrica demonstram que os serviços hospitalares públicos e privados do Brasil constituem-se como locais onde as mulheres não são protagonistas na sua gestação, parto e puerpério, fazendo urgir a necessidade de um processo de assistência ao nascimento diferente do atual, com ênfase no protagonismo da mãe. Além disso, pôde-se perceber os efeitos da violência obstétrica na vida das mulheres, cujos relatos analisados demonstram a importância da informação, clara e objetiva, sobre quando se está diante desse tipo de violência, tema pouco explorado por psicólogos, mas cuja atuação deste profissional é fundamental no seu enfrentamento.

Verifica-se também que as políticas públicas para as mulheres continuam a tratar o corpo feminino como público, sendo facilmente manipulado, invadido, desrespeitado, ocultando o sujeito que os habita. Nessa direção, ainda é uma constante a desapropriação feminina de autoconhecimento, de protagonismo, sendo, inclusive, quase inexistentes os espaços de trocas e falas que permitam modificar tais realidades. Mulheres continuam solitárias e silenciadas, sem espaços para questionar mal-estares na gestação, maternidade e puerpério. Tal fato é agravado mediante a institucionalização do corpo feminino, no qual práticas, orientações e procedimentos em saúde acabam propagando violências, na contramão do ideal de felicidade propagado e instituído para mulheres diante das experiências que envolvem a maternidade. Tais fatos provocam diversos efeitos às mulheres e seus bebês, como por exemplo, desenvolvimento da depressão nas mães.

As taxas de cesariana crescem de maneira acelerada no Brasil, demonstrando a problemática da violência obstétrica enquanto uma questão de saúde pública e os relatos presentes no documentário refletem o desafio de enfrentar essa questão. Apesar de sua relevância, somente a informação não erradica a problemática da violência obstétrica, sendo necessário: (1) mudança de paradigmas do parto; (2) segmentos de evidências científicas atuais; (3) maior espaço para atuação da Doula, profissional capacitada com compreensão de aspectos físicos e emocionais do processo do parto, responsável por tranquilizar

e confortar a gestante, fornecer o apoio necessário para a parturiente passar por esse momento de forma mais acolhedora e respeitosa.

Sabendo que a cesariana quando desnecessária pode acarretar problemas (como prematuridade, morte materna e óbito fetal) e que partos com violência obstétrica (naturais ou cesarianas) geram diversos sofrimentos para as mulheres e bebês, recomenda-se: (1) que a formação de médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os e demais profissionais da equipe de parto sejam orientadas/os a não conservar o “imaginário” de que o parto vaginal é perigoso e doloroso, que a parturiente possa ser ouvida enquanto sujeito e protagonista de seu parto, com atendimento interdisciplinar humanizado; (2) intervenções psicoeducacionais para que os genitores recebam informações adequadas sobre pré-natal, processo de parto e pós-parto, a fim de desconstruir fantasias e mitos equivocados edificados pela mercantilização do parto e de violência contra o feminino; (3) acolhimento com a parturiente feito por equipes interdisciplinares especializadas (fisioterapia perinatal, nutricionista obstétrica e de aleitamento materno, educador físico, doula, etc.) , para preparo físico e psíquico, a fim de abordar expectativas e inseguranças, bem como promover saúde e prevenir riscos, garantindo melhor qualidade de vida; e (4) uso do pré-natal psicológico, importante ferramenta de acompanhamento na gravidez, que traz um olhar mais humanizado para o processo gestacional, parto e parentalidade, e que, apesar da sua importância, ainda é pouco conhecido pelos psicólogos.

Destaca-se a importância da interface dos estudos de gênero e estudos feministas para a saúde pública, saúde mental, incluindo, portanto, a psicologia, enquanto ciência e profissão. Cabe o olhar para modos de subjetivação, produção de sintomas, diagnósticos e tratamentos pelo viés das relações de gênero, uma vez que não apenas produz identidades, emocionalidades e performances, mas também permite avaliar criticamente políticas públicas, produções de saber e ações em saúde. Logo, com o intuito de desconstruir as normativas que estão diretamente associadas às violências, bem como, de pensar proposições efetivas de políticas públicas combativas à realidade atual, os aspectos que envolvem gênero e saúde mental devem ser levados em conta como temas transversais e indissociáveis.

Considerando, junto com Balaskas (2005), que a forma com que a sociedade trata o nascimento, as mulheres e as crianças estão em consonância com o projeto social instaurado diante da leitura de humanidade, considera-se que as práticas de violência obstétrica denotam a presença e os efeitos de uma sociedade capitalista, na qual patriarcado, racismo, antropocentrismo e especismo colocam-se como formas de violência das relações de poder.

O parto é um fenômeno sociocultural que confirma projeto sociocultural que se vive, fala de um corpo político e sua relação de agenciamento com o Estado, afetando a identidade de mulheres e suas relações com grupo, seja de valores, crenças e cuidados. Nesse sentido, aposta-se na reconfiguração de práticas e saberes transgeracionais, que dialoguem com modelo hegemônico, mas que valorizem outros saberes e culturas, resgatando uma forma outra de se relacionar com corpo e com bem-viver, na qual autocuidado, autoconhecimento, respeito e autonomia sejam importantes fatores a serem considerados.

Ademais, no documentário “O Renascimento do Parto I”, observou-se que não houve reflexões sobre raça e classe das mulheres vítimas de violência obstétrica, sequer sendo protagonistas do filme. Ignorar tais marcadores é contribuir com racismo estrutural e ignorar a realidade brasileira, contribuindo com uma ciência elitista, fragmentada e de moldes eurocêntricos. Enfatiza-se, portanto, que, considerando a desigualdade social no país, as violências sofridas por parturientes na sociedade brasileira estão ligadas diretamente a esses elementos, sendo o parto humanizado uma prática ainda elitizada no Brasil, onde mulheres com maior poder aquisitivo o experimentam de forma mais respeitosa, mesmo sendo esse um direito que deveria ser garantido a todas.

Considerando o papel relevante e político da psicologia como ferramenta de protagonismo social e transformação, afirma-se a importância de profissionais habilitados para o combate da violência obstétrica, prevenção e promoção de saúde para mulheres. Assim, esperamos que o parto renasça enquanto um evento simbólico permeado pela humanização, protagonismo da mulher e respeito à dignidade da pessoa humana.

## Referências

- Abdala, L. G. & Da Cunha, M. L. C. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical & Biomedical Research*, 38(4), 356-360.
- Almeida, N. M. C. & Arrais, A. R. (2016). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Psicologia: ciência e profissão*, 36(4), 847-863.
- Arrais, A. R. & Araujo, T. C. C. F. (2017). Depressão pós-parto: uma revisão sobre fatores de risco e de proteção. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(3), 828-845.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução: Waltensir Dutra. Nova Fronteira.
- Balaskas, J. (2005). *Parto Ativo: Guia prático para o parto natural (A história e a filosofia de uma revolução)*. Ground.
- Batista Filho, M. & Rissin, A. (2018). A OMS e a epidemia de cesarianas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 18(1), 3-4.
- Brandt, G. P. et al. (2018). Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. *Revista Gestão & Saúde*, 19(1), 19-37.
- Brasil, K.C.T., Almeida, T.M.C. & Zanello, V. (org). (2010). *Gênero e Feminismos: convergências (in)disciplinares*. Ex.Libris.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Nascidos Vivos – Brasil*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.de>.
- Brasil. (2016). *Portaria n 306, de 28 de março de 2016*. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). *HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cabral, S. M. D. S. C. & Perez, D. K. (2019). Violência obstétrica: produção científica de psicólogos sobre o tema. *ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 9(2), 270-283. <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2872>.
- Cortés, M. S., Barranco, D. A., Jordana, M. C. & Roche, M. E. M. (2015). Uso e influência de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 23(3), 520-526.
- Costa, et al. (2015). Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. *Carpe Diem Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*, 13(1), 173-187.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.
- Diniz, S. G. et al. (2015). Abuso e desrespeito na assistência ao parto como questão de saúde pública no Brasil: origens, definições, impactos na saúde materna e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384.
- Ferrari, A. P. et al. (2020). Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 20(3), 879-888. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300012>.
- Filha, M. M. T. et al. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: the Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of affective disorders*, 194, 159-167.
- Guimarães, L. B. E., Jonas, E. & Amaral, L. R. O. G. D. (2018). Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, 26(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.
- Haddad, S. E. M. T. & Cecatti, J. G. (2011). Estratégias dirigidas aos profissionais para redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(5), 252-262. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000500008>.
- Hirsch, O. N. (2015). O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas Revista de Ciências Sociais*, 15(2), 229-249. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17933>.
- Krob, A. D. et al. (2017). Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Revista Psicologia e Saúde*, 9(3), 3-16. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v9i3.565>.
- Leal, Maria do Carmo et al. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.
- Fiocruz. (2012). *Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil*. Portal FIOCRUZ. <https://portal.fiocruz.br/noticia/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>.
- Mamede, F., Mamede, M. & Dotto, L. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery R Enferm*, 11(2).
- Martins, A. C. & Barros, G. M. (2016). Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Revista Dor*, 17(3), 215-218. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>.
- Mccallum, C., Menezes, G. & Reis, A. P. D. (2016). O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(1), 37-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>.
- Motta, T. (2018). *Quase 30 milhões de mulheres chefiam lares no Brasil*. O TEMPO. <https://www.otempo.com.br/interessa/comportamento/quase-30-milhoes-de-mulheres-chefiam-os-lares-no-brasil-1.2034999>.

- Mouta, R. J. O. et al. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4). <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>.
- Nucci, M., Nakano, A. R. & Teixeira, L. A. (2018). Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 979-998. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652011000200007>.
- Nunes, S. A. (2011). Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. *Psicologia Clínica*, 23(2), 101-115. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007).
- Oliveira, V. J. (2016). *O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. <http://hdl.handle.net/1843/ANDO-AHHJSV>.
- Oliveira, V. J. & Penna, C. M. D. M. (2017). O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2), 1-10. Recuperado em 15 novembro, 2020, de <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.
- OMS – Organização Mundial DA Saúde. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;jsessionid=6C821BD684EC9B78D6474FEEAD2022B2?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=6C821BD684EC9B78D6474FEEAD2022B2?sequence=3).
- O Renascimento do Parto*. (2013). Produção de Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Master Brasil Ritmo Filmes, 2013. (90 min.).
- Orlandi, E. (2012). *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Pontes, 2012.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. D. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32, 299-316. <https://www.scielosp.org/article/rsp/1998.v32n4/299-316/pt/>.
- Pedroso, C. N. L. S. & Lopez, L. C. (2017). À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1163-1184. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>.
- Pizziani, L. et al. (2012). A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. *RDBCI Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 10(2), 53-66. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>.
- Rattner, D. (2005). Reflexões sobre qualidade e humanização. In: Rattner, D; Trench, B. (Ed.). (2005). *Humanizando nascimentos e partos*. São Paulo: Editora do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial. <https://www.scielo.br/j/icse/a/fCmYFyBrTTprMSVS6L9TdQg/?lang=pt>.
- Rocha, M. I. B. (2006). A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23(2), 369-374. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000200011>.
- Sena, L. M. & Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 209-220. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
- Silva, J. L. P. (2018). Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.
- Souza, A. C. A. & Valente, M. B. B. (2016). Violência obstétrica: um desafio para a psicologia. *Revista Hum@nae*, 10(1), 1-11. <http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/521>.
- Swain, T. N. (2007). Meu corpo é um útero? Reflexões sobre a procriação e a maternidade. In: Stevens, C. M. T. (org.). *Maternidade e Feminismo diálogos interdisciplinares*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2007.
- Swain, T. N. (2010). O grande silêncio: a violência da diferença sexual. In: STEVENS, C. et al. *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares*. Brasília: Ex.Libris.
- Tornquist, C. S. (2002). Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.
- Tostes, N. A. & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de mujeres embarazadas sobre el parto y sus percepciones acerca de la preparación para el parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.
- Velho, M. B. et al. (2014). Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 282-289. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>.
- Venturi, G. & Godinho, T. (Org.) (2013). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc SP.
- Viana, I. O. et al. (2011). Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *RMMG Revista Médica de Minas Gerais*, 21(2), 43-46. <http://rmmg.org/exportar-pdf/893/v21n2s4a13.pdf>.
- Xavier, A. & Zanello, V. (2018). Ouvindo o inaudito: mal-estar da maternidade em mães ofensoras atendidas em um CREAS. *Revista de Ciências Humanas*, 52. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35357>.
- Zanardo, G. L. P. et al. (2017). Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.
- WHO - World Health Organization. (2018). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/non-clinical-interventions-to-reduce-cs/en/>.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.