



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH  
COORDENAÇÃO DE PSICOLOGIA – COPSI

**JULIANA CARVALHO FERREIRA**

**SER MÃE NA DOR:** reflexões gestálticas acerca da violência obstétrica

São Luís

2019

**JULIANA CARVALHO FERREIRA**

**SER MÃE NA DOR:** reflexões gestálticas acerca da violência obstétrica

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com Formação de Psicólogo.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma Wanderléa Nazaré Bandeira Ferreira.

São Luís  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Carvalho Ferreira, Juliana. SER MÃE NA DOR: reflexões gestálticas acerca da violência obstétrica / Juliana Carvalho Ferreira. - 2019. 56 f.

Orientador(a): Wanderléa Nazaré Bandeira Ferreira.  
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2019.

1. Abordagem Gestaltica. 2. Mulher. 3. Violência obstétrica. I. Nazaré Bandeira Ferreira, Wanderléa. II. Título.

**JULIANA CARVALHO FERREIRA**

**SER MÃE NA DOR:** reflexões gestálticas acerca da violência obstétrica

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia com, Formação de Psicólogo.

Aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Ma. Wanderléa Bandeira Ferreira (Orientadora)**

Mestre em Psicologia Clínica  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profª. Dra. Catarina Malcher Teixeira (Examinadora)**

Doutora em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

**Profª. Ma. Alice Parentes da Silva Santos (Examinadora)**

Mestre em Saúde Coletiva  
Faculdade Pitágoras – São Luís

---

**Profª. Dra. Jena Hanay A. de Oliveira (Suplente)**

Doutora em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

**“Descobri um dia que em meu corpo trazia a poesia no seu sentido mais profundo [...] porque em meu ventre trazia o sorriso de uma criança”.**

**(Carolina Dinô, 2002)**

## AGRADECIMENTOS

Sinto uma enorme gratidão por ter chegado até esse momento, um ciclo está se fechando e admito que não acreditava que chegaria até aqui. O que sinto agora não é possível de se medir em palavras, mas queria agradecer a todos que fizeram parte da minha história e do meu crescimento.

Agradeço primeiramente a Deus, pela bênção de ter conquistado esse lugar, desde a entrada na graduação até esse momento de formação. Obrigada por todas as bênçãos que aconteceram na minha vida até aqui.

Agradeço a minha mãe, por todo o seu amor e incentivo, pois se há alguém no mundo que acredita no meu potencial e nos meus sonhos, é você. Obrigada por não soltar minha mão, principalmente nesses últimos cinco anos.

Agradeço ao meu marido, pelo apoio, amor, pelos abraços e palavras de carinho quando precisei.

Agradeço a minha irmã pelas vezes que me fez sorrir nos dias difíceis e por sempre me escutar sobre os assuntos de Psicologia mesmo não sendo sua área.

Agradeço a minha filha Alyce, que ilumina meus dias, me dando ânimo e coragem para superar qualquer obstáculo. Saiba que você é o melhor presente que eu podia ganhar na vida. Obrigada pelos abraços e sorrisos revigorantes, por compreender as vezes que a mamãe não pode estar aqui com você. Te amo imensamente.

Agradeço meu amigo José Nicolau pelo companheirismo, pelos dias que segurou minha mão e me ajudou a dar mais um passo, pelas poesias, risos e por tornar as aulas um ambiente melhor.

Agradeço a Beatriz, Laisse, Júlia, Apoena, pelo carinho, pela amizade, pelo incentivo nos dias que eu tentei fraquejar. Sem vocês, esses últimos períodos teriam sido ainda mais difíceis.

Obrigada mesmo, não consigo dimensionar o quanto amo vocês e o quanto cada uma é importante pra mim. Obrigada pelos lanches, sorrisos e memes. Muita luz e sucesso.

Agradeço a professora Larissa Lacerda, por me fazer enxergar em mim mesma meu potencial, minhas qualidades. Agradeço pelo olhar de cuidado direcionado a mim em uma sala cheia de alunos. Você conseguiu tocar-me e mudar minha forma de estar presente.

Agradeço a professora Wanderléa Bandeira, pelo carinho, incentivo, pelo sorriso contagiante, desde o terceiro período. E por apresentar a Gestalt-terapia que tanto me acrescentou e já compõe um capítulo importante na minha vida pessoal e profissional.

Agradeço minha amiga Cristiane Nery, que mesmo longe sempre mandava mensagens de carinho, sempre dizia que eu conseguiria e sempre esteve presente na minha vida, mesmo a tantos quilômetros de distância.

Agradeço a minha comadre Camila, por todo carinho e amor que dedicou a nossa amizade todos esses anos, por ter cuidado e cuidar de mim sempre que precisei, por me fazer ri e me acolher nos momentos difíceis, obrigada por sempre acreditar em mim e me ajudar a acreditar também.

Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa  
senão em virtude de lei;

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento  
desumano ou degradante;

São invioláveis a intimidade; a vida privada, a honra e a imagem  
das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo  
dano material ou moral decorrente de sua violação;

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação  
o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social,  
a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados,  
na forma desta Constituição.  
(Constituição Federal, 1988)

## RESUMO

A violência obstétrica compreende qualquer ação que produza efeitos negativos durante a gravidez, trabalho de parto, parto ou pós parto. Na maioria das vezes, sua materialização ocorre por meio de um tratamento desumanizado oriundo dos profissionais de saúde. Essa prática contempla a violência verbal e/ou psicológica; a violência física; a violência por negligência e a violência sexual. Práticas que de modo geral constroem e fundamentam o imaginário popular que associa a experiência do parto a um momento traumático e doloroso e que provoca intensa angústia e ansiedade nas mulheres. Investigações apontam que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofre algum tipo de violência durante a assistência ao parto, e que pelo menos metade sofre violência em casos de abortamento. O presente trabalho objetivou analisar, as possíveis reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, sob o enfoque gestáltico. Para atingir seu objetivo, a pesquisa buscou compreender os aspectos sociais e históricos sobre a maternidade; conhecer a institucionalização do parto e o cenário brasileiro de assistência ao parto; conceituou a violência obstétrica e os tipos de violência vividos pelas mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto, parto e pós parto e, por fim, relacionou os conceitos gestálticos de *contato*, *fronteiras de contato*, *ajustamento criativo*, *awareness*, *funções do self* e *mecanismos de defesa* aos relatos das mulheres que sofreram violência obstétrica. Os relatos foram retirados do documentário Renascimento do parto 2, a partir de uma pesquisa qualitativa, de cunho documental. A análise foi realizada a partir do enfoque Gestáltico, no qual o interesse é pela figura da pesquisa, dando grande importância ao seu contexto. Concluiu-se que essa configuração de assistência, na qual a mulher perde o seu protagonismo no parto para ser apenas “paciente”, e as tecnologias obstétricas e ações dos profissionais que deveriam proporcionar os benefícios de um parto mais seguro, trazem procedimentos dolorosos, desrespeitosos e medicalizados a mesma, a mulher tem interrompido o contato com seu corpo e ato natural de partear, enquanto vivência única e singular. Sentindo-se vulnerável e sem autonomia sobre seu próprio vivido e adotando o silêncio como agente protetor em um movimento, de modo geral, retroflexor, voltando a experiência a si mesma, por introjetar que é normal passar por condutas como essa. A partir disso, são necessárias ações de conscientização no meio hospitalar, social e entre as mulheres, assim como incentivo a novas práticas profissionais que se voltem a um parto mais natural e humanizado.

**Palavras-chaves:** Mulher. Violência Obstétrica. Abordagem Gestáltica.

## ABSTRACT

Obstetric violence comprises any action that produces negative effects during pregnancy, labor, childbirth or postpartum. Most of the time, its materialization occurs through a dehumanized treatment from health professionals. This practice includes verbal and / or psychological violence; physical violence; neglect violence and sexual violence. Practices that generally build and underlie the popular imagination that associates the experience of childbirth with a traumatic and painful moment that causes intense anguish and anxiety in women. Investigations indicate that one in four women in Brazil suffers some form of violence during childbirth care, and that at least half suffer violence in cases of abortion. The present work aimed to analyze the possible psychological reverberations in women who experienced obstetric violence under the gestalt approach. To achieve its goal, the research sought to understand the social and historical aspects of motherhood; know the institutionalization of childbirth and the Brazilian scenario of childbirth care; conceptualized obstetric violence and the types of violence experienced by women during pregnancy, labor, childbirth and postpartum and, finally, related the gestalt concepts of contact, contact boundaries, creative adjustment, awareness, self functions and defense mechanisms to the reports of women who suffered obstetric violence. The reports were taken from the documentary *Rebirth of Childbirth 2*, from a qualitative research, with a documentary nature. The analysis was performed from the Gestalt approach, in which the interest is for the research figure, giving great importance to its context. It was concluded that this configuration of care, in which women lose their role in childbirth to be just “patient”, and the obstetric technologies and actions of professionals that should provide the benefits of a safer birth, bring painful, disrespectful procedures. and medicalized the same, the woman has interrupted the contact with her body and natural act of midwifery as a unique and singular experience. Feeling vulnerable and without autonomy over their own life and adopting silence as a protective agent in a generally retroflexor movement, returning the experience to itself, by introjecting that it is normal to go through such conduct. From this, awareness actions are needed in the hospital, social and among women, as well as encouraging new professional practices that focus on a more natural and humanized childbirth.

**Keywords:** Woman. Obstetric Violence. Gestalt approach.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. A ABORDAGEM GESTÁLTICA E SEUS PRINCIPAIS CONCEITOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
<b>5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta pesquisa parte de uma vivência pessoal. Por anos, apesar de saber que havia algo de errado no que vivenciei em meu parto, naturalizei-o como sinônimo de sofrimento. Acredito que a falta de conscientização sobre meus direitos e do que era violência obstétrica fizeram-me refém da negligência e da assistência desumanizada. Somente após alguns anos do ocorrido, em meu percurso como estudante de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão, o tema da violência obstétrica (V.O.) esteve em tônica em várias conversas, com um grupo de amigos, em reportagens, artigos e documentários e, então, vieram-me lembranças do meu fundo de vividos que mobilizaram uma dor que foi silenciada pela urgência de ser mãe.

Apesar do interesse pelo tema, dentro da minha caminhada acadêmica senti falta da discussão sobre a violência obstétrica e sobre a atuação do psicólogo na assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério. Diante disso, pesquisei produções acadêmicas que me embasassem sobre tal tema e encontrei poucos trabalhos dentro do campo da Psicologia, o que difere consideravelmente dos achados teóricos e empíricos do campo da Enfermagem, onde encontrei importantes pesquisas que embasaram o presente trabalho.

Dentre tais pesquisas, conta-se com o trabalho, no campo da Enfermagem, de Carvalho e Brito (2017), que traz à discussão as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Além de revelar um mapeamento dessas formas de violência, as autoras apontam uma importante reflexão sobre como essas práticas foram naturalizadas ao ponto em que as mulheres não as reconhecem por acharem normal e da equipe não se perceber como praticante ou até minimizar certos comportamentos. Ademais, a discussão também é sinalizada pelo estudo de Jardim e Modena (2018), outros estudiosos da Enfermagem, que apresentam como em situações de violência a mulher perde o seu lugar de protagonista da sua vivência, em detrimento de quem tem o poder, no caso, o médico e o seu “saber”.

No campo da Psicologia, os autores Mota e Barboza (2016) nos apresentam, para além das formas de violência obstétrica, a compreensão sobre de que maneira essa se estruturou, refletindo sobre como a nossa sociedade patriarcal e sexista naturaliza e institucionaliza ainda mais essa forma de violência de gênero, apresentando a mulher como sexo frágil que não tem direito de opinar e que precisa que alguém escolha por si. Ainda na

Psicologia, Vieira e Apolinário (2017) trazem toda uma historicidade dos papéis da mulher dentro da sociedade e diante do parto, e o papel das políticas atuais de humanização para tentar desconstruir tais práticas que parecem enraizadas. As autoras apresentam uma leitura crítica e necessária a respeito de como o que é proposto hoje nas leis seria essencial se fosse respeitado e, principalmente, fiscalizado, pois está dado o “certo” e o “errado” nesse cuidado, mas a falta de um trabalho de conscientização e punição inexistentes deixam as mulheres “jogadas à sorte” de ter um bom atendimento.

Para tentar responder as questões que me inquietaram, busca-se inicialmente conhecer a construção da maternidade durante algumas épocas, as quais, para além de uma linha do tempo, faz-se necessário compreender a questão do cuidado, do amor incondicional e da abdicção por vezes de si mesma, como construções históricas do que é ser mãe. Moura (2004) propõe que, historicamente, o valor dado ao relacionamento mãe-criança nem sempre foi o mesmo, sendo que as variações das concepções e práticas relacionadas ao maternar são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, dentre os quais, os discursos e práticas científicas assumem um importante papel.

Visto isso, percebe-se que ser mãe está ligado intimamente ao que era colocado como papel da mulher em cada época, e isso implicava significativamente em sua relação com seu corpo e as mudanças do que é a maternidade, ao parto e ao elo criado com aquela criança em seu ventre. Os autores Caleiro e Machado (2017) nos apresentam que o discurso de natureza feminina que é ser mãe, proposto pelo modelo higienista que “obrigava” a mulher a amamentar e cuidar do(a) seu (sua) filho(a), tarefa antes posta às amas, foi mais uma forma de reservar às mulheres o ambiente doméstico e impedir seus direitos civis, econômicos, políticos, sociais e intelectuais.

Compreende-se, então, o ser mãe como uma construção sociocultural e percebe-se também que a assistência à maternidade e ao parto sofreram mudanças ao longo do tempo, tendo em vista que os moldes hospitalares atuais e da obstetrícia não eram existentes até o século XIX, (ALVARENGA; KALIL, 2016). É crucial nesse contexto revisitar o papel das parteiras até o momento da institucionalização do parto e quais os impactos dessa institucionalização sobre a vida e sobre o corpo da mulher. Considerando que o ato de partejar, que antes era um produto histórico construído de um saber popular e poder feminino, no qual a mulher era protagonista desse momento, é entregue ao saber-poder masculino, já que, até o século XVIII, só os homens podiam cursar a universidade e a ciência da época

medicalizava a sociedade e normalizava o corpo feminino, como já era feito pela via da Igreja desde o século XV (MOTA; BARBOZA, 2016).

No Brasil, de forma geral, a assistência à saúde da mulher voltava-se a um corpo reprodutor, ainda visando que a vida da mulher e sua sexualidade era um assunto privado. Somente a partir de 1983 começou a se falar de uma assistência de forma integral à mulher, devido também a reivindicações dos movimentos feministas. Nesse período, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), outro marco no que se refere à saúde da mulher no período de gravidez, parto e pós-parto (COSTA, 2017).

A partir da compreensão da institucionalização do parto, pode-se então dissertar no que se faz objeto de estudo dessa pesquisa, a violência obstétrica, inicialmente compreendendo que violência pode ser de ordem psicológica, física, sexual e institucional, sendo um problema de saúde pública que afeta qualquer classe, etnia e faixa etária da vida (OMS, 2014). A violência obstétrica, por sua vez, atinge uma em quatro mulheres, de acordo com a pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo.

Ainda são poucas as leis existentes no Brasil, apesar de alguns projetos já tramitarem em alguns estados. Somente em Santa Catarina há uma lei em ação de fato, a Lei nº 17.097/2017, que tem como objetivo a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no referido estado, e a divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Nessa lei, considera-se violência obstétrica “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (BRASIL, 2017).

Nos estados onde não existem leis sobre tal questão, as mulheres que sofrem V.O. e que buscam denunciá-la precisam ancorar-se em outras estratégias para prestar queixa, como por exemplo, na Defensoria Pública do seu estado e junto ao Ministério Público, que recolhe denúncias através da sala de atendimento ao cidadão (ONG ARTEMIS<sup>1</sup>).

Diante do exposto até aqui sobre a construção da maternidade, da assistência à mulher e a violência obstétrica, contamos com a abordagem Gestáltica para a compreensão e

---

1 Organização não governamental, comprometida com a promoção da autonomia feminina e prevenção e erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual.

análise de tal fenômeno. A escolha pela referida abordagem parte de uma identificação com os pressupostos filosóficos que a compõem e que podem dialogar com o fenômeno pesquisado. Visto que o ser humano é concebido a partir de uma visão holística como um “ser biopsicossocial dotado de múltiplas dimensões: física, afetiva, intelectual, social, cultural e espiritual” (FRAZÃO, 2015, p.86).

Esta pesquisa, portanto, busca dar espaço para a discussão desse fenômeno, indagando como se dão as possíveis reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, a partir dos relatos contidos no documentário “O renascimento do parto 2”, produzido e dirigido por Eduardo Chauvet em 2018. Para isso, busca-se analisar, a partir de relatos, as reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, sob o enfoque gestáltico; compreender os aspectos históricos e sociais sobre a maternidade; conhecer a institucionalização do parto e o cenário brasileiro de assistência ao parto; conceituar a violência obstétrica e os tipos de violência vividos pelas mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e pós-parto e, por fim, relacionar os conceitos gestálticos de contato, fronteiras de contato, ajustamento criativo, *awareness*, funções do *self* e mecanismos de defesa aos relatos das mulheres que sofreram violência obstétrica.

A pesquisa é de cunho qualitativo e documental, do qual se fez o uso do método fenomenológico para análise, método utilizado pela abordagem gestáltica. A pesquisa documental tem como principal característica ser “fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.157)

Busca-se, a partir de tais discussões, apresentar uma maior visibilidade do tema na sociedade e no espaço acadêmico, propiciando uma formação mais humanizada. A conscientização acerca dos direitos da parturiente garante a possibilidade de que eles sejam reivindicados a qualquer momento, desde o pré-natal até o momento do pós-parto, tanto por ela mesma, quanto por quem lhe acompanhar. Assim como pela equipe que acompanha essa mulher na gravidez, parto e puerpério. Outrossim, busca-se apontar a necessidade da criação de políticas públicas que a protejam e a amparem de forma legal.

O texto foi organizado em três seções. A primeira seção trata “Da institucionalização à violência obstétrica”, a qual se propõe a trazer essa transformação no cenário do parto, desde

a descrição do papel das parteiras até a introdução do médico nesse contexto, e como esse lugar de assistência se tornou cenário de tanta violência, também refletindo sobre a tentativa de efetivação das políticas públicas já desenvolvidas. Na segunda, é descrito “A abordagem gestáltica e seus principais conceitos”. Na terceira, a descrição da metodologia utilizada, seguida da análise e discussão, investigando como se dão as possíveis reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, de acordo com todas as informações levantadas bibliograficamente e o documentário analisado sob a perspectiva da Abordagem Gestáltica. Por fim, as considerações finais do estudo e as referências.

## 2 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Para compreender o processo de institucionalização do parto, faz-se necessário apresentar brevemente como se deu a experiência de ser mãe historicamente e socialmente. Badinter (1985), em seu livro, indaga se o amor materno seria uma tendência inata de toda a mulher, coisa do instinto, ou não? Qual a relevância dessa concepção na época? Quais os costumes da sociedade que essa mulher está inserida para essa maternidade? Ela recupera em seu trabalho toda uma desvalorização dada à maternidade na antiguidade e na idade média em detrimento da valorização da autoridade marital do homem até o século XVIII na Europa.

É em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade que se determinam os papéis respectivos do pai, da mãe e do filho. Quando o farol ideológico ilumina apenas o homem-pai e lhe dá todos os poderes, a mãe passa à sombra e sua condição se assemelha à da criança. Inversamente, quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação, o foco é apontado para a mãe, que se torna a personagem essencial, em detrimento do pai. Em um ou outro caso, seu comportamento se modifica em relação ao filho e ao esposo. Segundo a sociedade valorize ou deprecie a maternidade, a mulher será, em maior ou menor medida, uma boa mãe (BADINTER, 1985, p. 25).

Nesse contexto, deve-se observar também o lugar da criança na família, que está relacionada totalmente com a construção do que é a maternidade. Visto que os cuidados com criança até a idade média, como já citado, podiam ser delegados a outras mulheres para além da mãe, como as amas que cuidavam desde a amamentação até a educação dessa criança. A literatura (ARIÉS, 1981; BADINTER, 1985; MOURA, 2004) indicam que não havia esse sentimento de apego, cuidados especiais a essa criança, pois ela se inseria no meio social como um adulto. Percebe-se também que a mulher se mostra apenas como a procriadora e não necessariamente responsável pelo cuidado e educação dos filhos.

De acordo com Badinter (1985), a maternidade só ganha uma nova configuração na Europa a partir do século XVIII, onde é dada uma maior valorização aos cuidados das crianças, o que influencia diretamente os deveres do que era ser mãe até então. A autora pontua também que publicações dos anos de 1760 “impõem, à mulher, a obrigação de ser mãe antes de tudo, e engendram o mito que continuará bem vivo duzentos anos mais tarde: o do instinto materno, ou do amor espontâneo de toda mãe pelo filho.” (p. 144). Percebe-se que, até então, não se falava na vinculação afetiva entre pais e filhos e, mais especificamente, entre mãe e filho. É somente a partir de 1760 que tal vínculo é imposto pela sociedade a essa mulher.

Quando se investiga o contexto brasileiro, percebe-se que o processo não foi muito diferente. Moura (2004) nos apresenta uma falta de organização na forma de se configurar o que é a família colonial e de quais sentimentos considerados importantes à família influenciavam diretamente o que era maternidade e os cuidados maternos. E esse contexto só começou a ser alterado no início do século XIX.

Com a transferência da família real e de toda a corte para o Rio de Janeiro no início do século XIX em consequência da instabilidade política vivida pelos regimes absolutistas na Europa, a administração portuguesa desenvolveu um novo tipo de interesse pelas cidades brasileiras. Nesse movimento, promoveu-se uma “reuropeização” dos costumes coloniais pela transposição, para o Brasil, de hábitos relativos a uma cultura gestada na Europa. Aliados à mulher e à criança, valorizando a “família amorosa”, durante o século XIX, os higienistas auxiliaram a família brasileira a assimilar novos valores, nuclearizando-se e urbanizando-se. (MOURA, 2004, p.48)

O que foi imposto nesse período pelos médicos higienistas brasileiros fortaleceu a ideia de que as mulheres deveriam se converter a essa mãe amorosa, modificando também o conceito do que deveria ser “família”. Nesse contexto era a mãe quem deveria amamentar e cuidar do seu bebê. Para Caleiro e Machado (2017, p. 123), “a tarefa de amamentar, além de proteger a vida dos filhos, regulava a vida da mulher e definia seu lugar no universo disciplinar.” Os autores pontuam também que esse discurso de natureza feminina sobre o que é ser mãe foi mais uma forma de reservar às mulheres o ambiente doméstico e de impedir seus direitos civis, econômicos, políticos, sociais e intelectuais.

No Brasil, as alterações de valores, práticas e papéis sociais marcaram o final do século XX, principalmente no que diz respeito às mulheres e sua posição social. A mulher ocupou novos espaços, especialmente fora de casa, incluindo-se no mercado de trabalho. Entretanto, embora a mulher investisse em uma carreira profissional, permanecia a expectativa de que exercesse o seu papel de mãe. Para conciliar os diversos papéis que exerce hoje na sociedade, como o trabalho fora e dentro de casa, muitas fazem a opção por adiar a maternidade, por ter menos filhos ou escolhem a não maternidade, investindo na profissão.

Ainda nesse período, percebemos que a maternidade atestava a importância da mulher, e esse discurso sobre a natureza feminina contribuiu para segregar as mulheres ao espaço doméstico e dificultar seus direitos civis, econômicos, políticos, sociais e intelectuais. Ao mesmo tempo, as características femininas possibilitaram o exercício de algumas profissões que exigiam estas habilidades, e na vida social surgiram maiores oportunidades de trabalho (CALEIRO; MACHADO, 2017).

Louro (1997) pontua que, apesar de algumas mulheres já exercerem alguns trabalhos em fábricas, lavouras e oficinas, principalmente na classe trabalhadora e camponesa, a ampliação para novas funções ocorreu de forma lenta e ainda muito “vigiada” e controlada por homens.

Gradativamente, essas e outras mulheres passaram a ocupar também escritórios, lojas, escolas e hospitais. Suas atividades, no entanto, eram quase sempre (como são ainda hoje, em boa parte) rigidamente controladas e dirigidas por homens e geralmente representadas como secundárias, “de apoio”, de assessoria ou auxílio, muitas vezes ligadas à assistência, ao cuidado ou à educação (LOURO, 1997, p.17).

De acordo com Scovane (2001), o surgimento do anticoncepcional, na década de 1960, fez com que a mulher pudesse ter mais autonomia sobre seu corpo e decidir o momento de ser ou não mãe. Essa escolha era entre a vida familiar e profissional, mas a luta foi árdua, principalmente em países como França, e em outros países desenvolvidos que, em alguns casos, necessitaram de uma lei para o uso de tal medicamento. A autora pontua que nessa luta pela livre escolha da maternidade, contracepção livre e gratuita assim como também a liberação do aborto buscou-se romper a “premissa *‘tota mulier in útero’*, que a definia pela maternidade, libertando-a da função materna e de vida privada que ocupava até então, para uma condição de mais liberdade e igualdade social” (p. 140).

No Brasil, a chegada dos anticoncepcionais ocorreu a partir de 1960 também, e trouxe inúmeros debates para além de aceitar ou não esse medicamento, mas atravessava todo um estilo de vida de até então construído. (SANTANA; WAISSE, 2016). Para as autoras, essa escolha se tornou uma ofensa à religião, família e sociedade em geral, tendo como dois pontos de vista a favor da pílula sendo o primeiro o de “controlar os nascimentos para evitar a explosão demográfica e o subdesenvolvimento – permanecesse, a partir de meados de 1964, um novo discurso entrou em cena: ‘casal consciente adota contraceptivo’”(p. 208). O que se percebia nesse período é uma diferença a quem esses discursos se dirigiam, o primeiro sendo para as classes mais desfavorecidas e o segundo a classe média.

Percebe-se que nesse momento não havia uma questão de autonomia da mulher sobre seu corpo, mas uma imposição social sobre o uso ou não, como forma de controle de natalidade, principalmente para constituir uma família de menor porte, que era o desejo da época, fazendo com que o anticoncepcional no Brasil, de acordo com Pedro (2003), trouxesse outro significado à história da mulher, diferente de países desenvolvidos, por não ser como resultado de reivindicação ou luta coletiva e sim como mais uma imposição social.

Diante do exposto, compreende-se que há uma construção social do que é ser mãe e dos cuidados maternos de acordo as mudanças do tempo também e das questões sociais. A assistência prestada a essa mulher em seu período gravídico também envolve a dimensão cultural, social e a passagem do tempo, como veremos a seguir.

A assistência ao parto também sofreu modificações durante as épocas, quando nem sempre esteve ligada a uma instituição. De acordo com Mota e Barboza (2016), o parto e a assistência ao parto eram vistos “como um evento natural e fisiológico, era realizado por mulheres parteiras com envolvimento da dimensão psicológica e espiritual [...]” (p. 129). As autoras nos apresentam, também, que a partir do século XVIII, com o surgimento da medicina científica e masculina, ocorreram mudanças nesse ato de partejar. O que antes era constituído por um saber-poder feminino, com influências sociais e culturais dos saberes populares, passa a ser medicalizado e é entregue à função do médico.

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem-vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...] (DEL PRIORE, 1995, p. 263).

Segundo Bessa e Ferreira (1999), o processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos deu-se inicialmente na Europa, nos séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil somente no ano de 1808 com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro. Porém, as autoras pontuam que, mesmo com a chegada da medicina, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo o século XIX, principalmente nas camadas mais pobres, e somente aos poucos os médicos foram realmente introduzidos no contexto em geral.

As parteiras começaram a perder seu espaço e a ficar em segundo plano a partir do século XX, momento em que entram em cena os médicos e seus instrumentos que findam a feminilização do parto e o tornam privado ao cuidado da medicina (WOLFF; WALDOW, 2008).

De acordo com Costa (2000), ocorreu uma progressiva patologização e medicalização do parto, que se transformou num espaço de domínio e controle do saber médico sobre o corpo da mulher. Estruturou-se uma relação de dependência e perda de autonomia da parturiente, que passou a ser o objeto de intervenção da obstetria e das regras

que são instituídas e reproduzidas pelo machismo e pelas relações de desigualdades de gênero. Esse cenário se torna cada vez mais propício à violência e, por vezes, por ser tão sutil, pode não ser reconhecida:

É no campo das relações entre profissionais e pacientes que encontramos as situações de violência mais difíceis de serem percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara a anulação da autonomia e a discriminação por diferença de classe, raça ou gênero. Essas formas estão frequentemente presentes em falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto às suas necessidades de analgesia e uso apropriado de tecnologia, podendo ser expressadas também por agressões físicas ou sexuais explícitas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p.2289).

A violência obstétrica nasceu nesse cenário que deveria ser de assistência a essa parturiente e puérpera, ocorrendo tanto no hospital da rede pública quanto no privado. Violência essa que não se limita somente à hora do parto. Tesser et al (2015) apresentam que um pré-natal insuficiente, com poucas informações a respeito do andamento da gestação, falsas indicações de cesariana, a não informação acerca da fisiologia do parto e riscos de cirurgias como a cesárea, falta de autonomia da mulher em escolher o tipo de parto e local, são manifestações dessa violência.

No documento sobre violência obstétrica do Estado de São Paulo (2013), configuram-se também como violência obstétrica quando em casos de abortamento, há a negativa ou demora no atendimento à mulher em situação de abortamento; ficar questionando a mulher quanto à causa do abortamento (se intencional ou não); realização de procedimentos predominantemente invasivos, sem explicação, consentimento e, frequentemente, sem anestesia; acusação e culpabilização da mulher etc. Ratter (2009) nos apresenta também quatro categorias que dividem as formas de violência vivenciadas nesse período:

A violência verbal e/ou psicológica (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), a violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), a violência por negligência e a violência sexual, práticas que constroem e fundamentam o imaginário popular que associa a experiência do parto a um momento traumático e doloroso e que provoca intensa angústia e ansiedade nas mulheres (RATTER, 2009, p. 122-123).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p. 5). Dentre as formas de violência temos a violência contra a mulher, que por seu turno inclui qualquer ato no gênero, causando danos psicológicos, físicos, sexuais ou morte da

mulher, seja ela na esfera pública ou na esfera privada (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996).

A violência de gênero é responsável por um importante adoecimento físico e psíquico das mulheres, que são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimento e repercussões na saúde mental de quem vivencia essas situações. No contexto do parto, momento de vulnerabilidades e necessidade de cuidado e acolhimento, essa violência se expressa de forma naturalizada e institucional, muitas vezes de forma invisível (MOTA; BARBOZA, 2016, p.128).

As autoras acima assinalam ainda que a violência vivenciada pelas mulheres se expressa em diversos espaços sociais, de formas distintas e provoca grave sofrimento psíquico, que é ainda pouco valorizado pelos serviços de saúde. E, quando essa violência ocorre dentro do serviço de saúde, pode ser ainda mais negligenciada, fazendo com que grande parte das mulheres não perceba que seu sofrimento durante o parto poderia ser evitado e por isso não a reconhece como violência, o que torna essas práticas mais comuns no contexto marcado pela necessidade de um parto rápido, onde o respeito à autonomia da mulher é por vezes esquecido, favorecendo a ocorrência de intervenções desnecessárias e a violência obstétrica de forma geral (SOUSA, 2000; CARVALHO; BRITO, 2016).

O atendimento desumanizado e degradante às gestantes no processo de parto, faz com que a experiência seja traumática e negativa. A autonomia não é respeitada, visto que suas decisões e desejos, na maioria dos casos, são deixados de lado por meio de práticas que não maximizam os benefícios, de forma a não exercer o consagrado “*primum non nocere*” (primeiro não prejudicar), e ainda o descaso e a impaciência fazem com que o profissional não respeite o pudor, nem mesmo a individualidade de cada paciente, não entendendo suas dificuldades e limitações (JARDIM; MODENA, 2018, p. 4).

Ao se pensar o verdadeiro papel dos profissionais da saúde que trabalham diretamente com a assistência ao parto, o Ministério da Saúde assinala que "os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável" (BRASIL, 2001). Tal postura, porém, não costuma ser de fato adotada, sendo inúmeras as violações sofridas por mulheres de todo o país, como mostra a pesquisa “Nascer no Brasil” realizada nos anos de 2011 e 2012 e publicada em 2014. Das mulheres entrevistadas (n=23.894), 36,4% receberam medicação estimulante para o parto; 53,5% tiveram episiotomia<sup>2</sup>; 36,1% receberam manobras mecânicas para acelerar o nascimento; 52% foram submetidas à cesariana sem justificativa; 55,7% foram

---

<sup>2</sup> Episiotomia ou “pique” é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia.

mantidas restritas ao leite; 74,8% ficaram em jejum e 39,1% foram submetidas à amniotomia<sup>3</sup>.

Outra pesquisa, intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, realizada em 2010 em parceria entre Fundação Perseu Abramo e o Serviço Social do Comércio (SESC), revelou que 25% das mulheres entrevistadas sofreram algum tipo de violência durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Sendo as mais comuns: a não permissão de acompanhante; jejum forçado; restrição ao leite, para que não se movimente; utilização de meios farmacológicos sem autorização; indução do parto; episiotomia; manobra de kristeller (quando a barriga é empurrada); não permitir que a mulher grite ou converse; agressões físicas e humilhações.

Sobre os procedimentos citados acima, é importante destacar que nem todos são usados de forma adequada, de acordo com o caso pode ser considerado violência, como por exemplo, a cesariana, que se utilizada com embasamento científico e comunicação adequada sobre o procedimento, é recomendada, mas a pesquisa acima constatou que 52% das mulheres foram submetidas sem justificativa a tal procedimento, o que pode sim significar uma forma de violência obstétrica. Outro ponto destacado na pesquisa é que, nos hospitais privados, quase 90% dos bebês nasceram através de cesáreas, sendo que a Organização Mundial da Saúde recomenda que apenas 15% dos partos sejam cirúrgicos. O estudo destaca que as cesarianas tornam maiores os riscos de morbidade respiratória, internação, ida à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e óbito materno. De acordo com a Organização Mundial de saúde, outros riscos maiores com o parto cirúrgico são a ocorrência de hemorragia e infecção, complicações que são as duas principais causas de mortalidade materna.

Outro procedimento citado que é bastante discutido é a episiotomia, única cirurgia realizada sem consentimento da paciente e sem que a mulher seja informada sobre sua necessidade e riscos, também considerado aceitável pela OMS em até 10% dos casos, porém é realizado de forma rotineira no Brasil, comparecendo em cerca de 94% dos partos normais (REDE PARTO DO PRINCIPIO, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde, o uso liberal ou rotineiro da episiotomia é claramente prejudicial e ineficaz e deve ser eliminado (BRASIL, 2001).

---

<sup>3</sup> Amniotomia é a ruptura intencional das membranas fetais para induzir o parto.

A episiotomia é uma das práticas cirúrgicas mais realizadas no mundo inteiro, com a justificativa de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. (VIEIRA; APOLINÁRIO, 2017, p.46).

Porém, como efeitos adversos, Vieira e Apolinário (2017) citam que pode ocorrer: a extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, prolapso vaginal<sup>4</sup>, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência (abertura de pontos) e disfunção sexual.

A Manobra de Kristeller foi desenvolvida, inicialmente, sem fundamentação científica e era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, há diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática, como o manual de BRIQUET que cita as consequências inerentes a esta prática, como o trauma das vísceras abdominais, do útero e descolamento da placenta (BRIQUET, 2011).

A amniotomia trata-se da ruptura artificial das membranas amnióticas. Sobre tal técnica, recomenda-se cuidado na prática para evitar danos fetais e maternos. Entre seus principais efeitos adversos, tem-se o aumento do risco de infecção amniótica e risco de acidente de cordão. Dessa forma, a ruptura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distorcias funcionais, ou seja, a disfunção das contrações uterinas impedindo a progressão do trabalho de parto. (VIEIRA; APOLINÁRIO, 2017; BRASIL, 2001).

Todos os procedimentos citados acima, segundo a Lei do parto humanizado, devem ser justificados por escrito pelo chefe da equipe responsável pelo parto, como apresentado no artigo 13.

Será objeto de justificação por escrito, firmada pelo chefe da equipe responsável pelo parto, a adoção de qualquer dos procedimentos que os protocolos mencionados nesta lei classifiquem como: I - desnecessários ou prejudiciais à saúde da gestante ou parturiente ou ao nascituro; II - de eficácia carente de evidência científica; III - suscetíveis de causar dano quando aplicados de forma generalizada ou rotineira. § 1º - A justificação de que trata este artigo será averbada ao prontuário médico após a entrega de cópia à gestante ou ao seu cônjuge, companheiro ou parente. § 2º - Ressalvada disposição legal expressa em contrário, ficam sujeitas à justificação de que trata este artigo: 1 - a administração de enemas; 2 - a administração de ocitocina, a fim de acelerar o trabalho de parto; 3 - os esforços de puxo prolongados e dirigidos durante processo expulsivo; 4 - a amniotomia; 5 - a episiotomia, quando indicado (BRASIL, 2015).

---

<sup>4</sup> **Prolapso genital** é um distúrbio provocado pela perda de sustentação de órgãos que constituem o assoalho pélvico.

A sanção de uma lei de tamanha importância como essa se deu em um processo lento de atenção e assistência à saúde materna e da saúde da mulher. De acordo com Vieira e Apolinário (2017), as primeiras ações políticas relacionadas à saúde materno-infantil no Brasil aconteceram durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar. Nesse período, foi implantado o Departamento Nacional da Criança com o objetivo de normatizar o atendimento à criança e combater a mortalidade infantil. Em 1975, foi estabelecido o Programa de Saúde Materno infantil, que abrangeu o olhar para a saúde da mulher, que tinha como proposta reduzir a morbidade e a mortalidade da mulher e da criança.

Somente em 1983, a partir da mobilização feminista e a cooperação dos profissionais de saúde, deu-se origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de adotar o conceito de saúde integral da mulher. (BRASIL, 2004)

Em 2000, tem-se outro marco no que se refere à assistência à saúde da mulher com o lançamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), ainda visando maior e melhor assistência para a mulher na gravidez, parto e pós-parto (SOUSA, 2017). A autora pontua também que o programa foi ampliado em 2004 com o lançamento da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde - HUMANIZA-SUS.

Entende-se o termo humanização na saúde, de forma geral, como a prestação de serviço de qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura (DESLANDES, 2004). Sobre a humanização do parto, a autora pontua que:

O termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde. As iniciativas identificadas com a humanização do parto e com o respeito aos direitos reprodutivos das mulheres vêm, há décadas, participando da pauta dos movimentos feministas em saúde. Por sua vez, a humanização da assistência a crianças faz parte de um escopo mais direcionado ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em UTI. Alguns modelos de assistência pautados por tal princípio, tais como os projetos Maternidade Segura e o Método Canguru, são amplamente apoiados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) e considerados referência para a rede pública (DESLANDES, 2004, p.8).

O tema ganha legitimidade pelo Ministério da Saúde e alcança o olhar das políticas públicas somente em maio de 2000, com a regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) pelo Ministério da Saúde. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular, se comparada a outras do setor, pois se

destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. O objetivo fundamental do PNHAH seria o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações socio-comunitárias), visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições. Atualmente o Programa foi substituído pela política de assistência e não mais por um programa específico (provisoriamente intitulada “Humaniza Sus”). A política destaca que a humanização é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (DESLANDES, 2004; SOUSA, 2017).

O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos. Alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias. Modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência. (DIAS; DOMINGUES, 2005, p.700).

Contudo, a humanização da assistência ao parto implica também em uma mudança da atuação dos profissionais para que respeitem a fisiologia do parto e eliminem as intervenções desnecessárias. Reconheçam também os aspectos culturais e sociais que envolvem o parto e nascimento e oferecendo para a mulher e família o suporte emocional necessário, facilitando o fortalecimento dos vínculos familiares e de mãe-bebê. Outros aspectos que também devem ser levados em consideração são o respeito à autonomia da mulher durante todo esse processo, desde a elaboração do plano de parto em conjunto com a equipe, sua livre escolha do acompanhante para esse momento, ser informada de todos os procedimentos que será submetida e de ter, acima de tudo, seus direitos respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Percebe-se, a partir do exposto acima, que humanizar o parto está para além de criações de leis e políticas de saúde. É necessária uma mudança cultural na instituição e um melhor preparo da obstetrícia moderna, no sentido de garantir a essa mulher o exercício do seu poder de escolha na hora do parto, retirando-a desse lugar de passividade, assim como a validação dos seus sentimentos e valores. Por fim, repensar a visão mecanicista que ocorre na atuação intervencionista do médico, para dar lugar a uma prática natural e humanizada do parto (PONTES, 2014). Outro ponto a ser avaliado nesse contexto é como a vontade e a voz da mulher é desrespeitada e silenciada em um espaço que deveria ser de acolhimento e cuidado, pois seu corpo é invadido por intervenções sem consentimento, negligenciando-a.

Diante do exposto, é necessário refletir como tal violência chega a essa mulher que tem seu corpo objetificado e mesmo com medidas que tentam minimizar essas ações, muito ainda é preciso ser feito para além de implementações de leis. Faz-se necessária uma mudança social de um conceito patriarcal que atravessa tantas gerações, que deixam as mulheres com marcas físicas e emocionais. Aguiar e D' Oliveira (2011) apresentam que tal conceito considera a mulher como submissa, passiva e sexo frágil, dando a noção de que um outro pode se apossar desse corpo. Como consequência, no âmbito obstétrico, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, temos altos índices de mortalidade por hemorragias (27%) e as infecções (11%), os quais são resultado de uma assistência obstétrica inadequada e insegura para as mulheres.

O modelo biomédico contribui nesse quadro, pois considera o paciente um sujeito passivo e carente de autonomia, não tendo a capacidade de opinar e tomar decisões, onde no parto, tem-se o médico como protagonista em detrimento da mulher. Esse poder impõe o saber médico como absoluto, fortalecendo uma relação de poder entre profissionais e parturientes (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011, CARVALHO; BRITO, 2017; JARDIM; MODENA, 2018). Posicionamento que contraria a Política Nacional de Humanização:

a mulher e seu corpo têm sido vistos como máquina, no qual o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma no gestar e parir [...] o foco da mulher para o procedimento, deixando-as mais vulneráveis à violência, silenciada pelos profissionais e pela própria parturiente. Porém, a amarga vivência e o trauma acompanham a mulher porta a fora da instituição (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 3).

Após as discussões realizadas até aqui sobre a construção da maternidade, a assistência ao parto e a violência obstétrica e suas mudanças sociais, culturais e históricas, assim como a forma como esses acontecimentos se fazem presentes no Brasil, cabe apresentar, a seguir, a abordagem gestáltica e alguns conceitos que auxiliarão na compreensão do fenômeno abordado na pesquisa.

### 3 A ABOARDAGEM GESTÁLTICA E SEUS PRINCIPAIS CONCEITOS

Desenvolvida a partir de 1940, a abordagem Gestáltica teve como maior precursor da teoria o alemão Fritz Perls. Embora Perls seja considerado por muitos como o criador da Gestalt-terapia, é importante mencionar o “grupo dos sete”, constituído por Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman, Elliot Shapiro, Ralph Hefferline, além de Laura e de Fritz Perls, como fundamentais para seu o desenvolvimento (GINGER; GINGER, 1995; FRAZÃO, 1997).

Apesar desse encontro ter iniciado na década de 1940, somente na década de 1950 foi lançado o primeiro livro “Gestalt-terapia”, de Perls em parceria com Goodman e Hefferline, considerado por muitos a “bíblia” da abordagem gestáltica. O livro foi fruto de anotações que Perls trouxera da África e também dos debates ocorridos no chamado Grupo dos Sete (FRAZÃO, 2013; GINGER; GINGER, 1995).

Fração (1997) pontua que “apesar de este livro ter sido publicado no início da década de 1950, foi somente na década de 1960, com a eclosão dos movimentos de contracultura, que a Gestalt-terapia encontrou espaço nos Estados Unidos” (p. 10) respondendo assim aos anseios da geração jovem daquele momento histórico, nesse movimento de contracultura.

No Brasil, a abordagem gestáltica chegou no início da década de 1970, com uma palestra proferida por Therése Tellegen e posterior convite a Gestalt-terapeutas estrangeiros para colaborarem na formação do primeiro grupo de terapeutas nesta abordagem. O primeiro artigo publicado no país ocorreu em 1972, chamado Elementos de Psicoterapia Gestáltica (FRAZÃO, 1997; HOLANDA; KARWOWSKI, 2004).

A abordagem Gestáltica é uma teoria psicoterápica que se fundamenta em diversas teorias e correntes filosóficas “que foram examinadas criticamente, e organizadas, num todo, numa teoria abrangente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 33). Dentre tais influências, tem-se como teorias de base a Psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo e a Teoria Organísmica. E como influências filosóficas, a Fenomenologia, Humanismo, Existencialismo, Taoísmo (FRAZÃO, 2013; CORDEIRO; HORTA, 2019). Das quais se faz necessário desenvolver para fundamentação desse trabalho, as influências da Fenomenologia, o Existencialismo, a Teoria de Campo e a Teoria Organísmica.

A Fenomenologia é uma linha filosófica que tem como principal referência o autor Edmund Husserl. É um método de investigação e uma postura psicoterapêutica adotada pelos Gestaltistas. Tal filosofia nasceu em um cenário onde o empirismo pregava a crença de que “todo o conhecimento advinha da prática”. O homem, por assim dizer, não era detentor do conhecimento prévio e sim o adquiria durante as experiências da vida. Husserl criticava tal concepção por compreender a consciência como doadora de sentido daquilo que ela apreende. Logo, toda consciência é consciência de algo (GINGER; GINGER, 1995; RODRIGUES, 2008; CARDOSO, 2013; FREITAS; HORTA, 2019).

A fenomenologia nasceu como alternativa à forma de conceber a ciência e a filosofia no século XIX: o positivismo. Enquanto enfatizava-se a razão e os métodos quantitativos e preditivos como a única forma para acessar o conhecimento do homem e do mundo, a fenomenologia surge como o meio de considerar a subjetividade humana e se consagra como uma nova forma de se posicionar e apreender o mundo. A partir de então, pôde-se vivenciar uma mudança de paradigma importante na busca e construção do conhecimento (FREITAS; HORTA, 2019, p.18).

A Gestalt-terapia toma para si essa herança da fenomenologia: tomada de consciência do corpo, priorizar e observar o processo que está se desenvolvendo no presente, descrever em detrimento do explicar, a experiência observável e a vivência imediata (GINGER; GINGER, 1995). A fenomenologia possibilitaria a clarificação dos sentidos atribuídos na constituição de um fenômeno através da descrição da experiência, privilegiando o “o quê” e o como, em vez do “porquê” (CARDELLA, 2017).

De acordo com Cardoso (2013), outra importante linha filosófica à abordagem gestáltica é o Existencialismo, que é um “conjunto de doutrinas filosóficas cujo tema central é a existência humana em sua concepção individual e particular, tendo por objetivo compreender o homem como ser concreto nas suas circunstâncias e no seu viver, conforme se mostra na sua realidade.” (p. 30). Nascida após o período pós-guerra, o existencialismo põe à tona o questionamento da própria existência no meio de tanta dor e desesperança. Passa-se a questionar o racionalismo defendido até então como única solução para os problemas que a sociedade da época enfrentava, para se refletir sobre o homem e seu modo próprio de ser no mundo, a partir das ideias de Søren Kierkegaard, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre e Martin Buber, entre outros. Tais reflexões possibilitam questionar as certezas que à época pregava, para compreender que:

[...] Quaisquer definições prévias do que viria a ser o humano são contestadas e este passa a ser entendido como constante vir a ser. Dessa forma, o homem se apresenta como um ser de ação, caracterizado pela constante construção de si mesmo. Não

nasce pronto, fechado em si, é na verdade um devir. Nesse sentido, podemos entendê-lo como ser de possibilidades e escolhas, e sendo assim, moldador e moldado pelo caminhar. Através desta abordagem, nos salta aos olhos a responsabilidade de cada um pela unicidade que se constrói, pela história e pelo posicionamento de quem se é/quem se escolhe ser. O homem, como ser de liberdade é, nesta visão, responsável por sua existência e pelos seus projetos. Porém, isso não acontece em nenhum momento de forma isolada, o homem é ser de abertura, de contato, de conexão, de relação. Isto significa que o mundo, o outro e o ser estão sempre envolvidos e interligados nesta construção (FREITAS; HORTA, 2019, p.18).

Dessa forma, do existencialismo a Gestalt-terapia assimila a visão de homem como ser livre, responsável por construir sua própria existência, dotado de liberdade para fazer suas escolhas (CARDELLA, 2017; CARDOSO, 2013; RIBEIRO, 1985). Cardoso (2013) pontua ainda que, “mais do que ‘ajustar-se’, a condição humana está relacionada à responsabilidade de escolher. Mesmo quando não explicitamos ao mundo nossa opção ou deixamos que o outro decida por nós, ainda se trata de uma escolha (pela qual continuamos respondendo)” (p. 30). Assim, o existencialismo opõe-se a toda concepção universal ou segmentada de homem que priorize qualquer característica humana em detrimento de outras, como a razão, por exemplo, defendida por pensadores da época. Para Cardoso (2013) a abordagem gestáltica seria uma abordagem existencial por trazer em sua base a reflexão sobre a existência humana, por acreditar que esse indivíduo pode se apropriar das suas escolhas e da sua responsabilidade sobre sua vida, através do processo de awareness, ou seja, de estar consciente sobre si e sobre o mundo. O autor ainda pontua que “sua prática é sustentada pela concepção de homem como ser no mundo em relação, num perene vir a ser sempre aberto para consumir seu projeto existencial (p. 31).

Em conjunto aos pressupostos filosóficos, têm-se as teorias de base que compõem a visão de homem e de mundo da abordagem referida. A Teoria de Campo, proposta por Kurt Lewin, contribuiu diretamente para essa construção, tendo em vista que ela propõe fundamentar a compreensão da relação da pessoa com seu meio.

A teoria de campo de Kurt Lewin se propõe a fundamentar nossa compreensão sobre como o sentido das ações de uma pessoa é algo que se coaduna à relação dela com seu meio. Segundo essa teoria, “meio” ou “campo” referem-se a “quando” e “onde” algo pode produzir uma diferença na percepção da pessoa. Além disso, a noção de tempo se apresenta como unidade situacional, com foco no presente, que se articula com os dados a ele anteriores e aponta para possibilidades futuras (RODRIGUES, 2013, p.58).

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997) e Cardella (2017), quando pensamos em um organismo, devemos vê-lo inserido em uma situação, pois ele sempre existe em um campo organismo/ambiente. Para a abordagem gestáltica, o indivíduo é um ser em constante

relação com o meio que o cerca e para sua investigação é necessário compreendê-lo nas esferas biológicas, psicológicas e sociológicas.

De tal teoria, a Gestalt-terapia se utilizou do princípio de organização, onde todo campo se organiza a partir do que acontece na interação que ocorre nele, ou seja, tudo que acontece está relacionado com os elementos que o compõe. Outro ponto é que essa interação se dá no presente. Mesmo que o conteúdo seja advindo do passado, ele é rememorado no passado/presente, assim como o futuro, que pode ser antecipado, em previsões e projeções. Além disso, outro princípio influenciador é a noção de que o que acontece no campo não é algo fixo, mas que se movimenta, tendo em vista que a tensão energética no campo impulsiona o organismo a satisfazer uma necessidade, que possui direção e intensidade. (RODRIGUES, 2013).

Por fim, tem-se a Teoria Organísmica, formulada por Goldstein, que nos traz a visão de que “o ser humano não só deve ser compreendido como um sistema biopsicossocial, no qual mente/corpo e a interação com o meio seja este físico, cultural ou social estão em permanente intercâmbio e compõem uma totalidade em busca de autorregulação” (LIMA, 2013, p.74-75). É necessário, de acordo com o autor, sempre ver esse ser no seu caráter interacional em sua relação com o contexto que faz parte.

Não seria possível, portanto, pensar esse indivíduo isoladamente. Diante disso, há uma tendência do organismo a atualizar-se, por meio de um princípio autorregulador que se dá na fronteira-de-contato. Esse princípio é fundamental, pois Perls transporta essa teoria para pensar o método psicoterápico, o que permite uma mudança de visão de homem, como um ser guiado para autorregular-se, onde até mesmo o processo de adoecimento pode ser entendido como uma tentativa nesse sentido (LIMA, 2013).

Foi Perls quem fez uma transposição direta da teoria organísmica para o campo da psicologia, usando-a como ferramenta para pensar um método de psicoterapia. A visão de homem e de mundo adotada na Gestalt-terapia pensava todo e qualquer ser humano como um organismo holisticamente guiado e em processo autorregulador. Essa concepção modifica absolutamente os conceitos de saúde e de doença sobre os quais a maior parte das escolas em psicologia operava, pois a doença passa a ser pensada como uma tentativa de busca de autorregulação. Todo e qualquer sintoma é uma tentativa primeira de adaptação do organismo diante das prioridades que este discrimina no seu momento atual e a busca de atender a elas, da melhor forma possível, na negociação necessária com as condições existentes no meio (LIMA, 2013, p.76).

Lima (2013) destaca que, apesar da importante contribuição do pensamento organísmico e holístico para a Gestalt-terapia, pouco foi escrito por Perls e também por autores posteriores

sobre sua importância. Faz-se necessário, então, ler as obras de Smuts e Goldstein para compreender a relevância da utilização de tais visões de mundo.

Tendo em vista tais contribuições, discorre-se agora sobre alguns conceitos fundamentais para a compreensão do fenômeno abordado nessa pesquisa, a violência obstétrica, compreendendo-a a partir de um olhar gestáltico, como uma experiência fruto da interação do indivíduo com o ambiente, ou seja, ocorre nesse campo fenomenológico e tem essa interação através do contato e da *awareness* (FRAZÃO, 2015). Mas o que seria esse contatar e estar *awareness*?

Para Perls, Hefferline e Goodman (1997), “primordialmente, o contato é *awareness* da novidade assimilável e o comportamento com relação a esta novidade de assimilável; e a rejeição da novidade não assimilável. Aquilo que é difuso, sempre igual, ou indiferente não é um objeto de contato.” (p. 45) Para eles, tal contato sempre possibilita os movimentos de assimilação e de crescimento.

Para que tal contato ocorra de forma plena, Ribeiro (1995) afirma que se faz necessário o envolvimento de “três subsistemas do nosso organismo: o sensorial, o motor e o cognitivo. Se um destes está fora de ação, o contato não se faz plenamente ou simplesmente não existe. Na razão, porém, em que se integram, a qualidade do contato fica mais definida [...]” (p. 50). Seria, portanto, necessário perceber o que se passa dentro e fora de si no momento presente, em qualquer uma dessas dimensões, ou seja, está *awareness* de si mesmo.

O contato ocorre em um ciclo, não fixo. Tal concepção foi proposta por Goodman e possui quatro fases: o pré-contato, o contato, o contato final e o pós-contato. O pré-contato é o momento primeiro em que entramos em contato com uma novidade, e isso nos gera uma mobilização do organismo como um todo para assimilar aquela novidade, iniciando-se dessa forma o processo de formação figura/fundo. Para Perls, Hefferline e Goodman (1997) “os excitamentos na fronteira de contato emprestam sua energia para a formação de uma figura-objeto mais nítida e simples, aproximando-se dela, avaliando-a, superando obstáculos, manipulando e alterando a realidade, até que a situação inacabada esteja completa e a novidade assimilada” (p. 208). O processo de formação de figura/fundo determina qual a necessidade emergente a ser atendida enquanto as secundárias ficam ao fundo, até que se tornem figura e seja atendida. Trata-se de um processo dinâmico que ocorre em um movimento constante de direcionar forças ao interesse da figura tida como dominante e urgente. (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.45-46).

A fase de contato ou tomar contato é quando o organismo vai ao meio, modificá-lo, quando tal necessidade é figural. No contato final ou contato pleno há a confluência do organismo com o meio, quando os dois se confundem em um só, é quando existe uma abertura ou extinção da fronteira. Por fim, o pós-contato é quando indivíduo apreende sua experiência, quando vai assimilar o satisfeito (GINGER; GINGER, 1995; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Perls, Hefferline e Goodman (1997) apresentam que a “experiência se dá na fronteira entre o organismo e seu ambiente, primordialmente a superfície da pele e os outros órgãos de resposta sensorial e motora. A experiência é função dessa fronteira [...]” (p. 41). É nessa fronteira onde se lida com os objetos do campo e ocorrem os eventos psicológicos, as emoções, ações e comportamentos (PERLS, 1985). A fronteira de contato dá notícias de sujeito ao mundo. O contato é estabelecido para que o sujeito satisfaça uma necessidade ou feche uma figura e após a satisfação uma nova figura emerge, constituindo assim o que se denomina de ciclo de contato. Há duas possibilidades nesse ciclo, o contato e a fuga, esses são meios que o sujeito lida com que está no campo, são meios de satisfazer as necessidades. A fuga pode ser um mecanismo defensivo neurótico em que ao surgir uma figura/necessidade o sujeito foge dela de modo que essa pode não ser satisfeita tornando-se uma situação inacabada.

Quando dizemos ‘fronteira’ pensamos em uma ‘fronteira entre’; mas a fronteira – de – contato, onde a experiência tem lugar, não *separa* o organismo e seu ambiente; em vez disso limita o organismo, o contém e protege, *ao mesmo tempo* que contata o ambiente. Isto é, expressando-o de maneira que deve parecer estranha, a fronteira de contato – por exemplo, a pele sensível – não é tão parte do ‘organismo’ como é essencialmente *o órgão de uma relação específica entre o organismo e ambiente*. Primordialmente [...] essa relação específica é *crecimento* (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 43).

Seria então nesse espaço, que é singular a cada indivíduo que vivencia suas experiências diante do mundo, “sendo a fronteira de contato justamente o que une e separa o organismo e meio nesse campo” (SALOMÃO; FRAZÃO; FUKUMITSU, 2014, p. 42). Os autores ainda pontuam que não podemos pensar nessa fronteira como um lugar fixo, que fica em algum lugar determinado, fronteira seria movimento, algo que se modifica conforme há mudanças no campo e o surgimento de novas necessidades.

Polster e Polster (2001) sugerem a existência de seis fronteiras responsáveis pelo contato, sendo elas: a fronteiras do eu; fronteiras do corpo; fronteiras de valor; fronteiras de familiaridade; fronteiras expressivas e fronteiras de exposição. A fronteira do eu de uma pessoa “são determinadas por toda a amplitude de suas experiências na vida e por sua

capacidade de assimilar a experiência nova ou intensificada. [...] a fronteira do eu de uma pessoa é a fronteira daquilo em que, para ela, o contato é permissível” (p. 120). É essa fronteira que define o agir, as ideias, valores, memórias etc. E possibilita a capacidade de enfrentar riscos, comparar situações, e se direcionar ao novo.

Já a fronteira do corpo é responsável “pelas sensações e contato com as partes do corpo, então, quando esse contato ou awareness não acontece, perde-se o senso de si mesmo” (POLSTER; POSTLER, 2001, p.127). Salomão, Frazão e Fukumitsu (2014, p. 57-58) pontuam que

[...] as fronteiras do corpo que têm relação com nossos limites e possibilidades corporais; dito de outra maneira, até que ponto somos permissivos ou não no que concerne ao contato corporal. Assim como algumas pessoas apreciam e/ou valorizam determinada parte do corpo (o rosto, as pernas, o colo etc.), elas também demonstram awareness de má qualidade de outras partes, nem percebendo quanto essas partes do corpo são expressivas [...].

A terceira fronteira seria a fronteira de valor, do qual os autores pontuam ser a que integra os valores daquele indivíduo, que podem ser valores rígidos ou flexíveis que influenciam diretamente suas ações. As fronteiras de familiaridade estão ligadas à forma que algumas pessoas se “restringem a funcionar em ambientes limitados mais familiares. [...] Eu-sou-como-sou fica cristalizado num eu-sou-como-sempre-fui-e-como-sempre-serei” (POLSTER; POLSTER, 2001, p.131). Os autores ainda pontuam que:

Não é só o medo do desconhecido que estabelece nossas fronteiras de familiaridade. A oportunidade nos deixa experienciar apenas uma pequena parte do possível em nossas vidas; os limites geográficos ou de tempo restringem o contato com o novo ou pouco familiar. Essas fronteiras são inevitáveis e só são parcialmente removidas por meio de viagens, leitura e encontro com outras pessoas com maneiras de vida diferentes. Mas a fronteira que estabelecemos como a linha de demarcação entre nós e o desconhecido, que nos recusamos a contatar, mesmo que haja oportunidade, é um limite que colocamos em nós mesmos (POLSTER; POSTER, 2001, p.131).

Os autores Polster e Polster (2001) também apresentam as fronteiras expressivas que falam sobre as formas como nos expressamos no mundo. Pontuam também que desde a infância nos são apresentados inúmeros não: “os tabus contra o comportamento expressivo começam cedo. Não toque, não incomode, não chore, não se masturbe, não urine; e assim as fronteiras são delineadas. Aquilo que começa na infância continua conforme crescemos, apenas de um modo mais sutil do que os ‘não faça’ originais” (p. 134).

A sexta e última fronteira, é a fronteira de exposição, que discute sobre as formas como as pessoas se expõem ou tem medo de se expor. A fronteira de exposição “compartilha

um terreno comum com todas as fronteiras. Aqui, contudo, a relutância específica é quanto a ser observado ou reconhecido” (POSTERS; POSTER, 2001, p.134).

Finalizando, Polster e Polster destacam que estas fronteiras não estão descoladas, elas mantem uma relação entre si “existe uma inter-relação considerável entre as diversas formas de fronteiras do eu. O que pode começar como uma falta de disposição para se expressar pode se tornar tão habitual que mesmo quando o tabu expressivo desaparece, a fronteira de familiaridade assume e continua o tabu” (p.134).

Outro conceito fundamental nesse processo de contatar é o conceito de *self*. Perls, Hefferline e Goodman (1997) pontuam que o processo de contatar ocorre no *self* e para eles tal conceito significa:

Chamamos *self* o sistema complexo de contatos necessário ao ajustamento no campo imbricado. O *self* pode ser considerado como estando na fronteira do organismo, mas a própria fronteira não está isolada do ambiente; entra em contato com este; e pertence a ambos, ao ambiente e ao organismo. O contato é o tato tocando alguma coisa. Não se deve pensar o *self* como uma instituição fixada; ele existe onde quer que haja de fato uma interação de fronteira, e sempre que esta existir. Parafraseando Aristóteles, “quando se aperta o polegar, o *self* existe no polegar dolorido (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 179).

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997) temos enquanto aspectos do *self*, o Id, o Ego e a Personalidade que são as etapas principais de ajustamento criativo. A função Id, inclui as excitações orgânicas e as situações inacabadas que se tornam conscientes, ou seja, é de onde se demanda ao meio a satisfação de suas necessidades. O Ego seria a identificação das possibilidades e a alienação destas frente a uma necessidade, ou seja, é ação de resposta frente a necessidade, sendo ela o comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação. A Personalidade “é a figura criada na qual o *self* se transforma e assimila ao organismo, unindo-a com os resultados de um crescimento anterior” (p. 184).

Dessa maneira, é no ego que se dá esse direcionamento de ação perante a necessidade demandada do Id. O intermédio do atendimento dessas necessidades se dá por meio dos ajustamentos criativos, que podem ser funcionais ou disfuncionais. De acordo com Frazão (2015), ajustamento criativo é “a capacidade de interagir de modo ativo com o ambiente na fronteira de contato, adaptando, quando necessário, a demanda das necessidades às possibilidades de atendimento do ambiente” (p.88). A autora ainda pontua que o ajustamento criativo saudável ou funcional implica em estar *awareness* das necessidades e de conseguir priorizá-las.

Já o ajustamento criativo disfuncional trata-se, de acordo com Frazão (2015), de um “fenômeno interativo que ocorre na fronteira de contato e se refere à inabilidade e/ou impossibilidade de se relacionar criativamente com o ambiente. Ao contrário, a pessoa se relaciona por meio de padrões cristalizados e repetitivos” (p. 93) no qual, de acordo com a mesma, distorce ou suprime a expressão das necessidades e sentimentos, mantendo assim uma relação artificial com o outro.

A autora ainda pontua que “quanto mais intensa a necessidade e maior a dificuldade de expressá-la e satisfazê-la, e mais precocemente ela ocorrer, tanto mais provável depararmos com sintomas graves (físicos e psíquicos)” (FRAZÃO, 2015, p.93). Os autores Polster e Polster (2001) descrevem esses dois conceitos e a forma que influenciam o estilo de vida da pessoa:

Todas as pessoas administram sua energia de modo a obter um bom contato com seu ambiente ou para resistir ao contato. Se a pessoa sente que seus esforços serão bem-sucedidos que ela é potente e seu ambiente é capaz de proporcionar um retorno nutridor, irá confrontar seu ambiente com vontade, confiança e até mesmo ousadia. Mas se seus esforços não conseguirem o que deseja, ela entra num impasse com uma extensa, “lista de roupa suja” de sentimentos perturbadores: raiva, confusão, futilidade, ressentimento, impotência, desapontamento, e assim por diante. E então ela precisa redirecionar essa energia de diversos modos, e todos reduzem a possibilidade da interação plena de contato com seu ambiente (p.85).

Polster & Polster (2001) apresentam então que esses direcionamentos levam a pessoa a um estilo de vida, ou de modos de agir, do qual ela estabelece quais são os canais abertos para ela contatar. São eles: 1) introjeção; 2) projeção; 3) retroflexão; 4) deflexão; e 5) confluência. Ribeiro (2007) ainda acrescenta os mecanismos de fixação, egotismo, dessensibilização e proflexão.

Para esse trabalho, usaremos a introjeção, projeção, retroflexão, deflexão, confluência, fixação e egotismo. A introjeção, de acordo com Polster e Polster (2001), a pessoa que “usa a introjeção investe sua energia na incorporação passiva daquilo que o ambiente proporciona. Ele faz pouco esforço para especificar suas exigências ou preferências.” (p. 86). Pinto (2015) pontua que quando usada de forma saudável, há um jogo de assimilação e rejeição através de uma atividade crítica do que é meu e do que é do mundo, até que se assimile algo que possa integrar aquela pessoa, porém quando existe a dificuldade de se realizar esse ajustamento crítico, nessa separação a pessoa acaba por manter valores e comportamentos que não são seus e sem a devida reflexão crítica do que vem do mundo e do que é seu.

A projeção, segundo Polster e Polster (2001), ocorre quando esse indivíduo “não pode aceitar seus sentimentos e ações porque não “deveria” sentir ou agir deste modo” (p. 92). Para Ribeiro (2007), a projeção é o processo em que o sujeito possui dificuldade em identificar o que é seu, atribuindo aos outros a responsabilidade do fracasso e as coisas que não gosta em si, tendo, assim, dificuldade de assumir e reconhecer a responsabilidade de seus atos. Os autores ainda pontuam que quem projeta acaba abdicando de sua própria participação na direção da energia e experienciando a si mesmo como impotente para realizar uma mudança.

Na retroflexão há o abandono de qualquer tentativa de influenciar seu ambiente, no qual a pessoa se torna uma unidade separada e auto-suficiente, reinvestindo sua energia a si próprio ao invés de direcionar ao mundo, restringindo o contato entre si e o mundo (POLSTER; POLSTER, 2001). Cardella (2017) pontua ainda que “na retroflexão o indivíduo evita a frustração ao não envolver-se plenamente na situação, mantendo autocontrole, voltando-se contra si próprio” (p. 60).

A deflexão “é uma manobra para evitar o contato direto com outra pessoa. É um modo de tirar o calor do contato real” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 102). Esse desvio se dá principalmente para tentar desviar de situações de perigo ou muito frustrante de uma forma indireta, para assim evitar o contato profundo. Podendo ser saudável em alguns momentos, porém, se o contato continuar sem fluidez, pode se tornar um padrão cristalizado que não traz o crescimento, mantendo assim uma dificuldade de focar e se concentrar na sua experiência por se desviar com frequência (PINTO, 2015; CARDELLA, 2017).

A confluência da qual o indivíduo de acordo com Polster e Polster (2001) decide seguir a correnteza porque isso lhe demanda pouco gasto de energia de ter que fazer uma escolha em nome próprio, os autores ainda pontuam que a única coisa a ser feita é se submeter à correnteza desse campo e deixar que ela o leve, mesmo que não deseje ir nessa direção, isso reduziria “as diferenças para moderar a experiência perturbadora da novidade e da alteridade” (p. 105).

Para Cardella (2017) no funcionamento egotista “o indivíduo interrompe o processo de renunciar ao controle, não cedendo ao comportamento que o levaria ao crescimento. Ele controla a espontaneidade, satisfaz sua vaidade, por meio de um excessivo interesse por si mesmo, que o protege da confusão e do sentimento de ser abandonado.” A pessoa nesse

funcionamento desenvolve um estado de um eu controlado e autossuficiente ao ponto de anular seu contato com seus sentimentos e com seu potencial de transformar (PINTO, 2015).

E por fim, a fixação, que há o investimento excessivo a uma pessoa, emoção, objeto ou ideia e o temor em entrar em contato com situações novas por essas poderem proporcionar riscos. A fixação pode estar relacionada tanto ao que já aconteceu como também no que pode acontecer (RIBEIRO, 2007).

A partir do explanado sobre a abordagem gestáltica, podemos compreender essa abordagem como integradora do ser humano, que não pode ser descolado do meio em que vive. Seus conceitos estão interligados para formar um todo coerente. Reflete para além de uma abordagem psicoterápica, uma posição diante da vida, social e política. Contando com tal posicionamento analisaremos a violência obstétrica para refletir sobre as possíveis reverberações psicológicas que marcam essa mulher.

#### 4 METODOLOGIA

O presente trabalho científico intitulado “Ser mãe na dor: reflexões gestálticas acerca da violência obstétrica” foi desenvolvido a partir de uma pesquisa documental baseada numa perspectiva Gestáltica para compreender o fenômeno escolhido para investigação, realizada a partir das indicações de Martins e Bicudo (1988), Marconi e Lakatos (2010).

Tem-se como problema de pesquisa investigar como se dão as possíveis reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica. Para isso buscou-se como objetivo geral analisar a partir dos relatos, as reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, sob o enfoque gestáltico; tal análise será feita a partir da análise de verbalizações dos indivíduos que expressão suas experiências no documentário “O renascimento do parto 2”. Como objetivos específicos tem-se compreender os aspectos históricos e sociais sobre a maternidade, conhecer a institucionalização do parto e o cenário brasileiro de assistência ao parto, conceituar a violência e os tipos de violência experienciado pelas mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e pós-parto e por fim dialogar com os conceitos gestálticos: contato, fronteira de contato, ajustamento criativo, *awareness*, figura-fundo, funções o self e mecanismos de defesa.

Fez-se a escolha da pesquisa qualitativa pela necessidade de compreender o fenômeno abordado por um véis social que possui relações complexas, não podendo ser realizado uma fragmentação de suas partes, ou seja, quantificando-os. Centrando-se nessa compreensão dinâmica das relações sociais (REY, 2005; FONSECA, 2002).

Como principal característica da pesquisa documental ser “fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p.157). Para Figueiredo (2007), o conceito de documento ultrapassa a ideia de textos escritos e/ou impressos. Documento pode ser filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres. Esses documentos podem ser utilizados como fontes de esclarecimentos e informações, que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras.

A pesquisa documental permite investigar a problemática social escolhida de forma indireta, através de documentos que foram produzidos pelo homem relevando assim seu modo

compreender uma questão social. (SILVA; DAMASCENO et al, 2009) Para Cellard (2008), “o documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social” (p. 295).

Cellard (2008) pontua que para fazer a escolha do documento é necessário entender algumas dimensões para tal escolha. Sendo a primeira o contexto do qual o documento foi produzido, a quem se direcionava. É importante levar em conta a temporalidade dos fatos contidos. A segunda dimensão requer a avaliação do autor ou os autores, pois, de acordo com a autora citada acima, “[...] elucidar a identidade do autor possibilita, avaliar melhor a credibilidade de um texto. a interpretação que é dada de alguns fatos, a tomada de posição que transparece de uma descrição, as deformações que puderam sobrevir na reconstituição de um acontecimento” (p. 300) A terceira dimensão seria assegurar-se da qualidade da informação transmitida. Tratando-se por tanto da autenticidade e a confiabilidade do texto, ou seja, não se deve esquecer de verificar a procedência do documento.

A quarta dimensão remete à natureza do texto, dada a importância de compreender de onde vem esse documento e qual público atinge, a autora traz o exemplo de que em algumas áreas de conhecimento, há uma linguagem e um conhecimento necessário para compreensão do que está escrito, não sendo assim acessível a todas as pessoas, é o caso de documentos de natureza teológica, médica, ou jurídica. E por fim, a quinta dimensão tem-se os conceitos-chaves onde “deve-se prestar atenção aos conceitos-chave presentes em um texto e avaliar sua importância e seu sentido, segundo o contexto preciso em que eles são empregados” (CELLARD, 2008, p. 303).

O documento utilizado será o documentário “O renascimento do parto 2”. O documentário em estudo é uma produção brasileira, de Eduardo Chauvet, que estreou em 10 de maio de 2018. O longa traz depoimentos de mães, ativistas, médicos e outros profissionais da saúde sobre humanização do parto, nascimento e violência obstétrica em seu tom crítico e de denúncia. O documentário já contava com uma primeira versão que estreou em 2013 e trouxe como principal foco o uso indiscriminado das cesarianas no Brasil. A escolha se deu pela temporalidade do documentário tratando-se de uma produção atual refletindo a realidade presente nos dias de hoje mesmo com a política de humanização do parto, assim como pelos especialistas que o compõem e pela presença da realidade dos fatos.

A análise desse documentário foi feita a partir do método fenomenológico que é o método utilizado pela abordagem gestáltica. Dessa forma, buscou-se suspender pré-conceitos, para que houvesse um encontro verdadeiro com o fenômeno abordado e a apropriação das diversas

falas sobre o assunto central da pesquisa. O método fenomenológico possibilita uma postura de “reavivar, ou seja, tornar o fenômeno pesquisado passível de experiência, tematizar no sentido de dar o devido tratamento a raiz do tema abordado e compreender eideticamente buscando compreender de forma peculiar e específica a essência do fenômeno” (MARTINS; BICUDO, 1988, p. 76).

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A violência, de modo geral, é definida pela Organização Mundial de Saúde (2002) como um problema de saúde pública. A mesma ainda apresenta que a violência sempre esteve (e ainda está) presente na história humana, resultando em cerca de um milhão de mortes por ano ou tantas outras pessoas com lesões não fatais, levando ao sofrimento e dor incalculável ao ser humano, por muitas vezes se tratando de um custo invisível. Invisível por estarem ocorrendo em lugares que deveriam ser seguros, como lares, locais de trabalho e, até mesmo, as instituições médicas que deveriam cuidar das pessoas. Esse é o caso do nosso objeto de estudo, as vítimas da violência obstétrica chegam ao hospital para serem atendidas e sofrem variadas formas de violência física, psicológica e sexual. Nesses locais (o ambiente hospitalar de forma geral) em sua maioria as vítimas são jovens e estão fracas, doentes e vulneráveis para se protegerem. Da mesma forma, outras são forçadas pelas pressões e convenções sociais a manter o silêncio sobre tal experiência. Sendo essa a forma o que mais comparece nos casos de violência obstétrica, a mulher não percebe que a violência aconteceu, seja por normalizá-la ou por essa pressão manter tal silêncio.

Minayo (2005) corrobora com essas ideias ao pontuar que a violência é um fato humano, social e que atravessa qualquer classe social, não se conhece nesse sentido nenhuma sociedade totalmente isenta dela. Sendo assim um fenômeno histórico, pois em qualquer época ela se apresenta, mesmo que de formas particulares. Ao mesmo tempo existem violências que persistem no tempo e fazem parte de toda as sociedades como à violência de gênero, sobretudo do homem contra a mulher, assim como a discriminação entre “etnias” ou como a perseguição de grupos como judeus, árabes.

Na violência obstétrica encontram-se situações de violência ainda mais difíceis de serem percebidas até mesmo pelos sujeitos envolvidos, mesmo que fique claro a anulação da autonomia e a discriminação pela raça, classe ou gênero. Apresentadas de forma geral por falas desrespeitosas, discriminatórias e grosseiras de profissionais com as pacientes. Há nesse espaço uma banalização da Violência Obstétrica, que se disfarça e se naturalizada em condutas tidas como “brincadeiras” e “piadas”, que já se tornaram comuns e esperadas pelas pacientes, que, ainda, difundem essa realidade para outras mulheres como algo normal da assistência ao parto (JARDIM; MODENA, 2018). Comentários como apresentadas no

Documentário sobre Voz das brasileiras: Violência obstétrica (2013): *Na hora que você estava fazendo, você não tava gritando desse jeito, né?; Não chora não, porque ano que vem você tá aqui de novo; Cala a boca! Fica quieta, senão vou te furar todinha;* ou no próprio documentário escolhido para análise onde uma mulher diz: *Eu quero parto natural. Não pode. Porque não pode? Você já tem uma cesárea e você tá muito velha, velha, eu tinha 31 anos.* As falas revelam, uma relação de poder entre profissionais e parturientes, essas últimas em uma relação de vulnerabilidade, que gera o silêncio de sua dor e de seu medo, frente as ameaças advindas de quem deveria lhe prestar apoio e suporte adequado.

O corpo da mulher já vem sendo estudado, objetificado e normatizado pela igreja desde o século XV, tal movimento se intensifica no século XVIII através da ciência (BARBOZA; MOTA, 2016). Juntamente a isso, se estabelece como sua função social à procriação, tanto que a maternidade toma um novo lugar no Brasil, a partir dos padrões higienistas brasileiros do século XIX, que demandaram dessa mulher estar presente nos cuidados dos filhos e exercer o papel de ser mãe – foi criada e imposta – com afeto, amor, cuidado. Há uma glorificação, nesse período, do ser mãe, nos discursos de filósofos, médicos e políticos sobre identidade feminina, exaltando o amor moderno, a família amorosa e os deveres dos papéis sociais, que ainda se prolongam até os dias atuais, pois até a escolha de ser ou não mãe atravessam diversos valores e julgamentos sociais sobre tal escolha (CALEIRO; MACHADO, 2017; MOURA, 2014).

Consequentemente, as mulheres introjetam tais valores e tentam se ajustar criativamente a esse papel projetando-os no mundo. Por meio também da fixação desses valores de toda uma história de vida. Perls (1997) em sua obra apresenta que na busca dessa apropriação do nosso espaço no mundo ou do que nos é imposto como lugar, há um jogo de adaptação nesses papéis construídos socialmente, como por exemplo o de ser mãe. O autor ainda assinala que, “o jogo da adaptação pode ser jogado em dois sentidos. Um deles é: nós olhamos para a realidade e vemos onde ela se adapta às nossas teorias, nossas hipóteses, nossas fantasias sobre o que a realidade deve ser” (p. 88). Ou trabalhando no sentido contrário, de tentar adaptar à realidade ao modelo próprio, sendo está mais difícil já que vivemos em um meio social que estabelece nossas relações e formas de ser que inevitavelmente nos perpassam. Dessa forma, ser mãe vem de uma construção que está intimamente ligada as formas que se delimitou sobre esse papel e como essa mulher entrará

em contato com essa experiência de forma singular. Gusmão (2014) corrobora com tal ideia pontuando que:

Refletir sobre o modo de ser e de se perceber da mulher frente à condição de ser mãe e nos demais papéis, reestabelece a necessidade de investigação dos diferentes modos possíveis de ser da mulher que, por vezes, ocorre perder-se no seu mundo, esquecer-se de si mesma, tornando-se mais uma, e que o seu querer, o seu pensar e o seu fazer está naquilo que o mundo determina que deva ser (p. 310).

A assistência ao parto das mulheres no Brasil também sofreu diversas mudanças ao longo dos tempos juntamente com esse papel. Vianna (2014) apresenta que até o começo do século XIX, os médicos só atendiam as mulheres quando haviam casos graves ou quando a mulher e a criança corriam risco de vida. Wollf e Woldow (2008) afirmam que o parto vai deixando de ser atendido em casa com a parteira e ganha uma nova configuração através da sua institucionalização já no fim do século XIX, onde as parteiras ainda exerciam seu papel principalmente nas camadas mais pobres. Somente no início do século XX é que esse lugar é totalmente tomado pela medicina. Nesse momento a mulher sai do protagonista e passa a ocupar o lugar de paciente, que remete a uma posição de passividade. Entra em cena o saber-poder da medicina, suas técnicas e seus instrumentos findando a feminilização do parto.

A obstetrícia moderna nesse sentido se caracteriza em três dimensões de acordo com Pontes (2014) primeiro colocando o médico na condição ativa de conduzir o parto, desconfirmado a mulher e colocando-a nessa condição de passividade, ignorando conseqüentemente o que seria a segunda dimensão que é reconhecer o que dificulta ou facilita o trabalho de parto e em sua relação com o ambiente e estado emocional da mulher; e por fim o terceiro no qual, a mulher parece perder a capacidade de parir naturalmente, precisando de intervenções do médico em algo que deveria ser natural. Apresentando também um funcionamento conflituoso do qual essa mulher se mistura com esse meio (equipe, intervenção, valores) e não consegue mais diferenciar-se dele, nem estar awareness do seu sentir e querer, submetendo-se ao que lhe é imposto.

Refletir sobre o protagonismo da mulher pela abordagem gestáltica remete pensar nas suas influências existenciais que colocam o ser humano como um ser livre, responsável e dotado de liberdade para fazer suas escolhas. A mesma entende a pessoa como central na construção do seu vivido, sendo incoerente, portanto, a mulher como ser passivo, sem poder de escolha. O relato a seguir demonstra o sofrimento que uma mulher que está refém das escolhas impostas pelos profissionais de saúde, sem compreender nem o que está acontecendo com seu próprio corpo: *Pros médicos vamos dizer, já estava com 42 semanas o bebê ia*

*morrer, vamos fazer uma cesárea e eu relutando, relutando. 42 semanas e meia. Fui para o hospital, a bolsa rompeu, eu fiquei praticamente de meia noite até as quatro e meia da manhã, absolutamente sozinha dentro de um quarto, com ocitocina ligada na veia, era mais uma insegurança, um medo. Ah posso levantar, não posso levantar? tô com vontade de fazer xixi, nem água, nem comida acho que nem podia, estavam me preparando para a cesariana. Não foi uma alma viva, me dizer o que estava acontecendo. [...] fiquei sabendo alias que era ocitocina muito tempo depois. Não sabia nem o que estavam me colocando na veia. Meu marido não sabia nem onde eu estava.*

Dialogando com os conceitos gestálticos, o sentido do vivido busca encorajar o fortalecimento da mulher como ser no mundo e permitir um contato consciente consigo mesma, para as inúmeras possibilidades de ser, tomando parte na vida universal (GUSMÃO, 2014). Apropriando-se nesse momento da sua função egotista em um funcionamento saudável para entrar em contato com o parto e trabalho de parto, tendo essa mulher como centro do seu processo de parir, manifestando seus “quereres” sobre o partear.

A especialista Leila Katz, obstetra do Instituto de Medicina integral Professor Fernando Figueira (IMIP), de Pernambuco afirma no documentário que “*a autonomia [da mulher] está intimamente ligada com o conhecimento*”. Conhecimento que não é estimulado desde um pré-natal insuficiente que não instrui a mulher sobre a fisiologia do parto, do que pode escolher, seus direitos ou a coragem de fazer uma cesárea. É necessário por tanto estimular a autonomia e empoderamento dessa mulher sobre seu corpo, sensações e direitos. E mesmo assim ainda não se pode afirmar estar imune a tal violência. Como apresenta o depoimento de uma atual médica obstetra: *Fui mãe durante a residência médica de obstetrícia. Fui precocemente pro hospital, entrei naquela cascata de intervenções que existe e me vi numa cesariana [...] muito frustrante, eu não conseguia entender o que tinha dado errado.*

O documentário “O renascimento do parto 2” traz, em forma de denúncia, depoimentos de mulheres que sofreram violência obstétrica, carregados de muita emoção e que mostram o quanto a dor dessa violência permanecem nessa mulher mesmo diante do silenciamento de sua vivência. A produção chama à atenção da sociedade, do poder público e judiciário e da classe médica sobre como estão sendo predominantes partos normais com intervenções desnecessárias em hospitais e maternidades de todo o país ou por meio de cesárias eletivas. *A médica veio ver, veio outro exame de toque, ai ela estourou a bolsa,*

*fizeram uma episiotomia horrorosa que eu sinto ela até hoje, eu sinto dor na minha episiotomia, dor física, com a perna em cima, assim pra cima e fez a manobra de Kristeller em mim, foi violentíssimo, não tinha menor necessidade, já ia nascer.* O relato mostra as sequelas físicas de uma episiotomia, já que até hoje a mulher ainda sente dor na cirurgia e o uso da manobra de Kristeller que já tem comprovação científica que não deve ser usada e é condenada pela Organização Mundial da Saúde (VIEIRA; APOLINÁRIO, 2017).

Pode-se refletir como tantas intervenções como ocitocina, toque se materializam como um bloqueio nesse contatar dessa mulher com seu próprio corpo, que não sabe até que ponto aquela dor é sua ou está sendo provocada, com toques invasivos e desnecessários que lhe invadem sem permissão, reduzindo sua capacidade de estar *awareness* de si mesma e do que se passa ao seu redor.

Para Carvalho e Brito (2016) o silêncio dessas mulheres guarda para além de uma dor omitida, dúvidas e medos, sendo essa impossibilidade de se expressar um dos exemplos mais claros de repressão sofridas pelas parturientes. *Tinha 18 anos e por isso não podia opinar em nada, passei minha gravidez toda ouvindo, faz uma cesariana ou vai morrer; você tem que fazer uma cesariana ou vai morrer. [...] e eu fui educada por uma família onde os médicos tem razão. Então eu ia morrer. [...] sofri muito pensando vou ter um filho e não vou poder conhecer ele, porque vou morrer.* Tal relato aponta a interrupção da expressão de dor e sofrimento, o que remete ao conceito de fronteira de expressão (POLSTER; POLSTER, 2001) do qual tira-se dessa mulher o direito de expressar o que está sentindo ou de falar sobre o que quer ou não. Tais “nãos são confirmados no momento em que a mulher é impedida de gritar ou de expressar suas vontades, principalmente na hora do parto. Percebe-se também a introjeção de valores e padrões da família que confirmam o poder do médico, pela família o que reflete uma ideia social.

Ainda sobre a questão da autonomia encontra-se no documentário o depoimento de uma mulher que teve uma laqueadura feita após o parto do terceiro filho, procedimento feito sem seu consentimento, pelo simples fato dela já ter três filhos. A mulher relata que mesmo tendo passado quatro anos ela não consegue processar o que aconteceu. Retiram-lhe o direito de ser mãe, invadiram seu corpo realizando um procedimento que não foi sua escolha, por acharem que o limite de filhos são três. Quem estabelece isso? O médico ou a mulher? De quem é o corpo? Quem estabelece o limite do corpo do outro? É difícil compreender como alguém decide por você o que seu corpo é capaz, deve fazer ou não. Como no relato a seguir:

*Vulnerável acho que é essa a palavra, simplesmente me amarraram e eu insisti que queria o parto normal, depois que fui furada e fizeram todo o procedimento de cesariana, é que me soltaram e mostraram minha filha assim uns 10 a 15 centímetros de distância.*

O corpo e a sexualidade da mulher sempre foram tidos como tabus na sociedade. E eram tratados de forma privada como qualquer outro aspecto pessoal de sua vida. A medicina cuidou desse corpo também por esse ideário, vendo o corpo da mulher apenas como um corpo reprodutor (SOUSA, 2017) A mulher nesse contexto, sempre necessitou e ainda necessita se ajustar as transformações sobre quem deve ser, como deve se comportar, qual seu papel, sobre seu corpo, ser mãe, parir. Agindo na maioria das vezes em um movimentos cristalizados de ajustamentos criativos disfuncionais, já que muitos se dão por meio dessas introjeções sem uma reflexão crítica do que lhe é imposto, projetivo por acreditar que não pode e não deve pensar, sentir de tal forma, agindo passivamente diante da própria vida, atribuindo ao ambiente a responsabilidade de mudança de si mesmo. E em um movimento confluyente ao não se distinguir do meio (equipe, instituição), se misturando entre o que é de si e o que é do outro. Submetendo-se ao que lhe é imposto.

Tais mudanças fazem com que essa mulher tenha um contato empobrecido com seu corpo e conseqüentemente com o ato de parir. O corpo da mulher no contexto institucionalizado já passa a ser visto como um corpo defeituoso que precisa de intervenção para parir. A própria mulher introjeta isso e não consegue estar *awareness* de suas sensações e de contatar com o seu próprio corpo que é a função da sua fronteira do corpo. (POLSTER e POLSTER, 2001) Tal redução de *awareness* reflete também que essa mulher não consiga reconhecer os próprios sinais do início do processo do parto. Ou ao contrário, mesmo quando a mulher tem essa consciência sobre seu próprio corpo e como está evoluindo o seu trabalho de parto, vem o saber-poder médico e lhe destitua desse conhecimento sobre o que sente e do seu próprio corpo. *Já tava com 4 centímetro de dilatação então já tava progredindo bem e eu fui para cesárea, ele falou não dá pra esperar mais, não dá pra esperar um parto normal. Eu lembro muito do médico falando nossa cortei a bunda dele, na hora que ele me cortou, cortou meu filho, ele tem a marca até hoje, um talho na bunda, já subiu um pouco, mas não foi um cortezinho foi um corte.*

Os relatos também expressam o tratamento desumano e violento, que contrariam o que é proposto pela vigente Lei de Humanização do parto que de acordo o Ministério da Saúde deve-se enfatizar a necessidade de reconhecer a individualidade e humanizar o

atendimento, significando que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Refere-se também a permitir que ocorram relações menos desiguais e autoritárias, passando a adotar condutas que tragam maior bem-estar e segurança a mulher e criança (BRASIL, 2001, p. 10). *Tive um parto normal, anormal no caso, ocitocina e tal e exame de toque o tempo todo, não me deixaram beber água de jeito nenhum, não deixaram comer; estava me sentindo como um animal em cativeiro.*

Percebe-se que a retirada da gestação e do parto do seio familiar, para os hospitais transformam tais vínculos (mãe-bebê, mãe-família, família-bebê) em contatos superficiais, pois se perde o espaço de acolhimento e de afeto que se tinha até então. A mulher passa a ser um objeto a ser manipulado e o contato com seu corpo e a gestação ganha nova configuração principalmente através desse atendimento desumanizados e degradantes que temos, mesmo com as políticas de humanização. Tal experiência se torna traumática e negativa a essa mulher, visto que suas decisões e desejos não são respeitados na maioria das vezes, como nos mostram os relatos acima. Outro ponto negativo é o descaso e impaciência dos profissionais que não respeitam a individualidade, dificuldades e limitações de cada paciente (JARDIM, MODENA, 2018). O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade de reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento, significando que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento (BRASIL, 2001).

Alguns relatos também demonstram que o funcionamento de alguns hospitais por vezes separa essa mulher do seu bebê, relatos que demonstram sofrimento pela perda desse primeiro contato. Entendendo-se que é nesse contato com o ambiente “que conhecemos diuturnamente o novo, assimilamos o novo assimilável, rejeitamos o novo não assimilável ou perigoso, ultrapassamos obstáculos ou somos detidos por eles, apropriamo-nos de nosso espaço no mundo” (PINTO, 2015, p.49). *Nasceu fora de trabalho de parto de 38 semanas, de uma cesárea eletiva, indesejada, coagida aqui. Fiquei roxa de chorar. Mas assim, longe do meu bebê. É muito revoltante. e [...] eu não tive contato nenhum com ela. Eu fui ver a Luiza, umas doze horas depois que ela nasceu. Cabe a equipe permitir uma transição menos abrupta, da mãe e seu bebê que até então tinham uma relação totalmente confluyente nesse bebê dentro da barriga da mãe, que passa por um descolamento natural no parir, tal separação necessita de um contato pele a pele, dessas partes que até então eram inseparáveis.*

É possível refletir a partir da literatura apresentada e dos depoimentos do documentário escolhido, que há inúmeras interrupções na forma dessa mulher contatar com esse novo que é o nascimento de uma criança, do seu corpo, de expressar o que sente. O silêncio que lhe cerca confirmado pelo meio social em que vive, faz com que essa mulher guarde para si tal vivência. Outras nem percebem que vivenciaram tal experiência, seja como uma forma de defletir de tal experiência, seja pela sutileza que a violência ocorre ou pela falta de conscientização sobre o que passou e a quem recorrer para denunciar, já que o assunto é tão pouco discutido.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou contribuir com a comunidade acadêmica e geral, sobre o fenômeno social complexo que é a violência obstétrica e suas possíveis reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram tal violência no contexto brasileiro, por meio de um levantamento bibliográfico e análises de relatos de experiências de mulheres. Tal fenômeno afeta cotidianamente as mulheres, sendo que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de violência obstétrica. Que em sua maioria, nem reconhecem que passaram por tal violência.

Visando responder essa questão buscou-se analisar, a partir de relatos, as reverberações psicológicas nas mulheres que experienciaram a violência obstétrica, sob o enfoque gestáltico, compreender os aspectos históricos e sociais sobre a maternidade, conhecer a institucionalização do parto e o cenário brasileiro de assistência ao parto, conceituar a violência obstétrica e os tipos de violência vividos pelas mulheres durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e pós-parto e, por fim, dialogar com os conceitos gestálticos: contato, fronteiras de contato, ajustamento criativo, *awareness*, funções do *self* e mecanismos de defesa aos relatos das mulheres que sofreram violência obstétrica.

A pesquisa possibilitou conhecer a violência obstétrica como manifestações de atos negligentes, desrespeitosos e discriminatórios praticados pelos profissionais de saúde de forma naturalizada nessa relação de poder do médico frente a mulher. Visão fortalecida pelo viés social que já estereotipa essa mulher com um lugar de passividade e é fortalecida pela ciência médica desde o século XIX ao fragmentá-la a um ser apenas reprodutor. Tanto que quando surgiram as primeiras ações de assistência à saúde tinha-se apenas a atenção ao atendimento ao parto, desconsiderando a mulher como um ser integral. Somente com a mobilização feminista e cooperação de profissionais de saúde em 1983, há a criação do Programa de Assistência integral a mulher. Nesse contexto de assistência ao parto a mulher perde o seu protagonismo no parto, para ser apenas “paciente”, no qual as tecnologias obstétricas que deveriam supostamente trazer benefícios de um parto mais seguro, traz procedimentos dolorosos, desrespeitosos e medicalizados a essa mulher.

Como limitação para a pesquisa tem-se as quebras nos relatos das mulheres, que impossibilitou perceber outras reverberações possíveis, já que não se pode acompanhar mais detalhes da vivência dessa mulher, que talvez ampliasse a novas compreensões, como o

vínculo construído entre mãe-bebê após tal violência, as reverberações dessa violência no bebê, se tal vivência influenciou na escolha de ter ou não mais filhos, etc.

A violência obstétrica viola os direitos da mulher como cidadã de ter um atendimento digno e proteção a maternidade, proposto pela Constituição Federal de 1988, que pontua também que ninguém deve ser submetido a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante. Ressalta-se nesta via a importância de criação estratégias de prevenção e enfrentamento da temática, perpassa pela formação acadêmica, pela mobilização social, pela conscientização das mulheres, pela criação de leis e políticas públicas. Para oferecer assim assistência obstétrica livre de violência.

Dessa forma, conclui-se que nessa configuração de assistência na qual a mulher perde o seu protagonismo no parto, para ser apenas “paciente” e as tecnologias obstétricas e ações dos profissionais que deveriam supostamente trazer benefícios de um parto mais seguro, trazem procedimentos dolorosos, desrespeitosos e medicalizados a mesma, a mulher tem interrompido o contato com seu corpo e ato natural de partear, enquanto vivência única e singular. Sentindo-se vulnerável e sem autonomia sobre seu próprio vivido. Adotando o silêncio como agente protetor em um movimento de modo geral retrofletor voltando a experiência a si mesma, por introjetar que é normal passar por condutas como essa. A partir disso faz-se necessário, ações de conscientização no meio social de forma geral e das mulheres, assim como incentivo a novas práticas profissionais que se voltem a um parto mais natural.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface comun. saúde educ.** p. 79-91, 2011.
- AGUIAR, J. M, D'oliveira A. F. L, Schraiber, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. saúde pública.** 2013; p. 2287-2296.
- ANDRADE, B. P. AGGIO, C.M. Violência obstétrica: a dor que cala. Londrina:2014
- ALVARENGA, S.P; KALIL, J.H. Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago./dez. 2016
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BADINTER, E. Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde, despaxo sobre violência obstétrica. 2019
- BRIQUET, R. Obstetrícia Normal. Barueri: Manole, 2011.
- CALEIRO, R.C.L. MACHADO, J.S.A.M. A maternidade histórica e as questões pós-modernidade. **Revista Intellectus.** N°40 Vol. 1, 2017.
- CARVALHO, I.S; BRITO. R.S. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. **Enfermaria global.** N° 47 Julio 2017.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica. 3 ed. São Paulo: Summus, 2017.

CARDOSO, C. L. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). Gestalt-terapia, fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013, pp. 59-76.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

Comitê Latino Americano e do Caribe para a defesa dos direitos da mulher. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará'. São Paulo: KMG, 1996.

COSTA, L. H. R. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **Rev. Bras. enferm.** 2000; 53(1)39-46.

DEL PRIORE, M. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DESLANDES, F. S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232004000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14131232004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso: 19 de outubro de 2019

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10, n.3, p. 699705, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300026&script=sci_arttext)> Acesso em: 10 de novembro de 2019.

ESTADO DE SÃO PAULO. Defensoria do Estado de São Paulo. Violência Obstétrica você sabe o que é? Disponível em: <<https://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/41/violencia%20obstetrica.pdf>>. Acesso em: 23 setembro 2019

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002. Apostila. Disponível em: <<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila>. Acesso em: 20 jun. 2019.

FIGUEIREDO, N.M.A. Método e metodologia na pesquisa científica. 2a ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.

FRAZÃO, L. M. Compreensão clínica em Gestalt-terapia pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: FRAZÃO, L.M; FUKUMITSU. **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, p.83-102, 2015

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. 1. Ed. São Paulo: Summus, 2013.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Apresentação à edição brasileira. In: PERLS, Frederick; GOODMAN, Paul; HEFFERLINE, R. Gestalt-terapia. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: FPA; 2010 [citado 2019 nov 03]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>

GINGER, Serge; GINGER Anne. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus editorial, 1995.

GUSMÃO, L.V.N. As polaridades do feminino na contemporaneidade e a depressão pós-parto: uma visão gestaltica. **Revista IGT na Rede**, v. 11, nº 21, 2014. p. 308-321. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs>

HOLANDA, A. F; KARWOWSKI, S.L. Produção acadêmica em gestalt-terapia no Brasil: análise de mestrados e doutorados. **Psicologia: Ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 60-71, jun. 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141498932004000200008&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

JARDIM, D.M.B, MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Belo Horizonte, MG, Brasil. 2018

KRUG, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEAL, M.C. GAMA, S.G.N. Nascer no brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.

LIMA, Patricia Valle de Albuquerque. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013.

LOURO, Guacira Lopes. Genêro, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora vozes, 1997

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. Editora Moraes: São Paulo, 1 ed. 1989.

MOTA, A; BARBOZA, L. P. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador. 2016;5(1): 119-129.

MOURA, S. M. S. R. Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia ciência e profissão**. 2004, 24 (1), 44-55.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 29 Jul 2017

O renascimento do Parto – O Filme [documentário em longa-metragem]. Direção: Eduardo Chauvet. Brasil: Master Brasil Filmes; 2013.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração, **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260, 2003

PERLS, F. S; HEFFERLINE,R; GOODMAN, P. **Gestalt terapia**. São Paulo: Summus, 1977.

PERLS, Fritz. **A abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

PERLS, F. S. **Gestalt terapia explicada: Gestalt Terapy Verbatim**. São Paulo, Summus, 1977.

PINTO, E. P. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o cliço do contato e os modos de ser**. São Paulo: Summus, 2015.

PIMENTEL, O inquérito "Nascer" e a situação dos partos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2015. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2015/03/o-inquerito-nascer-no-brasil-e-a-situacao-dos-partos-no-brasil/>

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. Tradução de: Sonia Augusto. São Paulo: Summus Editorial, 2001. 321p.

PONTES, G. A, LIMA, M.B., FEITOSA, I.P. SOHSTEN,J.V. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Jun. 2014

RATNNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface comun. saúde educ. 2009;13(supl.1):759-68.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. Cengage Learning Edições LTDA, 2005.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia : refazendo um caminho / Jorge Ponciano Ribeiro**. São Paulo: Summus. 1985.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2007.

SALOMÃO, Sandra; FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. Fronteiras de Contato. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. Gestalt-terapia conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.

SANTANA, J. R; WAISSE, S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais? **Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro**, v. 9, n. 2, p. 203-218, jul | dez 2016.

SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **cadernos pagu**. p.137-150, 2001.

SOUSA, A. C. Práticas de cuidado para mulheres parturientes: desafios da humanização em um hospital do Par. 2017 Dissertação (Mestrado) -

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 2015.

VIANNA, Rita de C. de S.. A violência institucional na assistência ao parto sob a Perspectiva da mulher. Rio de Janeiro, 2014. (Dissertação de mestrado)

VIEIRA, D.R; APOLINÁRIO, J.A. A Violência obstétrica na compreensão de mulheres usuárias da rede pública de saúde do município de Lins / Damaris Rebeca Vieira; Josiane Aparecida Apolinário – Lins, 2017

WOLFF, L. R, WALDOW, V. R. Violência consentida, mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde soc.**17(1):61-72, 2008

World H World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facilitybased childbirth. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited SET 12 2019]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1).