

OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

Ana Beatriz Alves Olinquevicz (IC) e Patrícia Santos de Souza Delfini (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

A violência obstétrica pode ocorrer em todo o contexto da assistência à gestação, parto, pós-parto e abortamento, caracterizando-se por agressões físicas, psicológicas, sexuais, assim como pela negligência na assistência e pela discriminação cometida por profissionais da área da saúde. O presente estudo teve como objetivo investigar os possíveis impactos psicológicos decorrentes da violência obstétrica sofrida por mulheres durante o ciclo gravido-puerperal. A metodologia selecionada foi a revisão bibliográfica de artigos científicos nacionais publicados nos últimos vinte anos no portal do periódico CAPES e Google Acadêmico, inicialmente foram identificados 22 artigos que, após critérios de exclusão, resultaram em 9 estudos que foram analisados e contemplados em quatro categorias, sendo elas: Violência Obstétrica Institucional; Modelo Tecnocrático; Vínculo Inicial; Sofrimento Psíquico. Para a análise dos artigos selecionados, utilizou-se a técnica de análise temática de conteúdo. Constatou-se que a violência obstétrica ocasiona impactos psicológicos e podem acarretar no desenvolvimento de depressão pós-parto, além de afetar o vínculo inicial entre mãe-bebê e na percepção materna sobre a vivência de dar à luz. Neste contexto, a Psicologia possui papel de extrema importância tanto para prevenção da violência obstétrica quanto para o suporte e manejo as vítimas, promovendo o fortalecimento das parturientes, de suas redes de apoios e promovendo reflexões frente ao modelo médico vigente e suas condutas profissionais.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Violência Institucional. Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

Obstetric violence may occur in the entire context of care during pregnancy, childbirth, postpartum and abortion, characterized by physical, psychological and sexual aggression, as well as negligence in care and discrimination committed by health professionals. The aim of the present study is to investigate the possible psychological impacts resulting from obstetric violence suffered by women during the pregnancy-puerperal cycle. The selected methodology was the bibliographic review of national scientific articles published in the last twenty years in the CAPES and Google Scholar journal portal, initially 22 articles were identified, wherein after exclusion criteria, resulted in 9 studies that were analyzed and included in four categories, namely: Institutional Obstetric Violence; Technocratic Model; Initial Link; Psychic Suffering. For the analysis of selected articles, the thematic content analysis technique was used. It was found that obstetric violence causes psychological impacts and can lead to the development

of postpartum depression, in addition to affecting the initial bond between mother and baby and maternal perception of the experience of giving birth. In this context, Psychology plays an extremely important role both for the prevention of obstetric violence and for the support and management of victims, promoting the strengthening of parturients, their support networks and promoting reflections on the current medical model and their professional conduct.

Keywords: Obstetric Violence. Institutional Violence. Psychic Suffering.

1. INTRODUÇÃO

A maternidade, fruto de construção cultural e social, passou por diversas transformações ao longo da história. Badinter (1985) pontua que até o século XVIII, havia uma desvalorização da maternidade devido ao contexto social da época. Os casamentos, majoritariamente, eram por contrato, os índices de mortalidade infantil eram elevados e a concepção de infância era inexistente. Além disso, o homem ocupava uma posição privilegiada no contexto social e familiar em detrimento da figura feminina, que acabava ocupando a mesma posição dos filhos, ou seja, de submissão à autoridade patriarcal.

A partir do século XVIII, a transição da vida pública para a vida privada, lentamente, modificou as relações vigentes. Observa-se que a consciência social se transformou em relação ao sentido da família e da infância (ARIÈS, 1981) e atribuiu-se pela primeira vez o "amor materno" como algo natural a espécie e de grande valor social, incentivando as mulheres a assumirem diretamente os cuidados com os filhos.

No século XIX, a figura do amor materno estava consolidada e a figura paterna teve seu valor atenuado, sendo a medicina como propulsora. Assim, os filhos tornaram-se objetos privilegiados da atenção materna, sendo impossível sua sobrevivência sem ela. Neste contexto, a mulher passou de submissa para a "rainha do lar", onde detinha poder no ambiente doméstico e somente nele, implicando que era próprio da natureza feminina o sacrifício em prol dos filhos (DONZELOT, 1980).

Já no mundo contemporâneo, a partir do século XX, constitui-se a "nova maternidade", Chodorow (1990) utiliza esse termo para explicitar uma nova forma de organização social a partir do capitalismo estadunidense, quando a mulher se insere no mercado de trabalho e enfrenta jornadas duplas (trabalho e atividades domésticas). As taxas de natalidade caem significativamente e escolarização das crianças tornam-se cada vez mais precoce em relação aos séculos anteriores.

Apesar de não ser uma regra, a construção da maternidade inclui também o processo gestacional. Maldonado (1997) define a gestação como um processo que elicia uma série de mudanças biopsicossociais significativas na vida da gestante e das pessoas ao seu redor, acrescentando papéis sociais, transformando as relações existentes, exigindo uma reorganização das esferas sociais e econômicas aos indivíduos pertencentes ao evento e gerando expectativas, medos, desejos, inseguranças, fazendo com a gestação se torne potencialmente ambígua.

Cada mulher vivencia a gestação de uma forma diferente e este período pode ser compreendido por duas esferas: o de transição, em que a mulher vivencia a gravidez como uma nova fase que possibilitará o seu desenvolvimento pessoal e social, ou de crise, no qual

a mulher vivencia esse período como uma quebra de papéis e vínculos, gerando sofrimento psíquico a ponto de tornar-se patológico e criar uma relação de risco para a mulher (MALDONADO, 1997).

O parto é um momento importante e de grande significado na vida da gestante e dos envolvidos, o ato de parir e a assistência a ele sofreram mudanças significativas no decorrer da história. Neste aspecto, Maldonado (1997) apresenta um breve histórico de como a sociedade ocidental lidava com esse evento, em que até o século XVI o parto era tido como um ritual sagrado, com orações, talismãs e receitas mágicas para aliviar as dores das contrações, além de contar com a presença de parteiras e da mãe da gestante para proporcionar um ambiente confortável. Entretanto, no decorrer dos séculos, a imagem das parteiras tornou-se ambígua, pois, além de serem consideradas cúmplices das gestantes por auxiliarem e/ou realizarem abortos e infanticídios, havia índices elevados de morte infantil e/ou das gestantes durante a atuação das parteiras (ROHDEN, 2001; MARTINS, 2005; MAIA, 2010).

Neste contexto, ao longo dos séculos XVIII e XIX, a medicalização do parto surge, parte em decorrência do discurso de que as parteiras eram intelectualmente inferiores aos homens, sendo incapazes de aprender novas técnicas. Além disso, o desenvolvimento da medicina e das práticas intervencionistas com a utilização de instrumentos específicos consolidou a obstetrícia como um conhecimento científico a ser exercido exclusivamente por médicos. Com isso, a profissão de parteira sofreu um declínio significativo e a figura médica ascendeu, esse profissional tornou-se o protagonista dos partos, espaço antes ocupado pela gestante, e o reduziu a um processo mecanicista e patológico que necessita de intervenção. Neste contexto, a figura médica exerce total controle sobre o corpo da mulher e sobre o ato de parir (MAIA, 2010; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Maldonado (1997) descreve uma série de modalidades de partos, entre eles, o parto natural, o parto normal e a cesariana. O parto natural é denominado pela autora como “parto preparado”, em que se destaca a mínima intervenção médica e medicamentosa, possibilitando a gestante estar consciente durante o parto e participando ativamente do processo. Em contrapartida, o parto normal é feito majoritariamente no hospital, com a mulher em posição ginecológica e podendo ou não ser administrado medicamentos durante o processo.

A cesariana representa a total intervenção cirúrgica, na qual o bebê é retirado por um corte no abdômen, implicando na total passividade da gestante e total controle do cirurgião sob o processo. É de suma importância ressaltar que quando há uma criteriosa recomendação médica, a cesariana pode trazer benefícios tanto para mãe quanto para o bebê, entretanto,

nas últimas décadas, nota-se um aumento exacerbado nos números de nascimento por cesárea (SANTOS, 2017).

Desde 1985, a OMS estabelece como taxa ideal de cesáreas entre 10% e 15%. No Brasil, a taxa está em torno de 56%, com aproximadamente 1,6 milhão de nascimentos provindos de cesarianas (SINASC, 2018). Ao analisar separadamente a saúde suplementar brasileira, a taxa é ainda maior – a cesariana representa 88% dos nascimentos no sistema privado (ENSP, 2014). Além de todas as inferências que uma cirurgia acarreta, a cesariana está sendo associada a um maior risco de mortalidade neonatal, admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, infecção puerperal, maior probabilidade de complicações nas próximas gestações (SANTOS, 2017) e pode interferir no vínculo inicial entre mãe e bebê, no aleitamento materno e, a longo prazo, na saúde da mãe e da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A assistência humanizada ao parto ganha notoriedade com Roberto Caldeyro-Barcia em 1979 ao publicar *“Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal”*, criticando o modelo adotado até então. No modelo descrito pelo autor, propõe-se uma série de mudanças nas práticas médicas vigentes. No contexto humanizado, a gestante é a protagonista de todo o processo, todas as decisões são tomadas por ela, incluindo ambientação, medicação, presença de doula, intervenção cirúrgica, entre outros. Esta modalidade é frequentemente confundida com o parto natural ou normal, mas seu diferencial baseia-se no total respeito ao processo e aos envolvidos.

Após o parto, a mulher vivenciará o puerpério, período conhecido popularmente como resguardo, que consiste no processo de readaptação do corpo feminino, tanto em mudanças físicas quanto psicológicas, além da adaptação à nova rotina com o bebê. O puerpério dura, em média, oito semanas (56 dias) e possui três fases - imediato, tardio e remoto. O puerpério imediato abrange os seis primeiros dias após a saída da placenta, quando a mãe está aprendendo a amamentar e precisa lidar com o surgimento do lóquio (sangramento intenso). O tardio abrange do décimo primeiro até o vigésimo quinto dia, neste período o lóquio diminui significativamente e os órgãos começam a voltar para seus respectivos lugares. Por último, o remoto inicia-se a partir do 25º dia, o lóquio está em sua fase final e a mulher voltará para seu período fértil após o útero retornar ao tamanho que tinha anteriormente a gestação, processo esse que pode levar até 40 dias (Hospital São Lucas da PUC RS, 2019).

Durante o ciclo gravídico-puerperal, práticas abusivas foram registradas inúmeras vezes na literatura em diferentes momentos históricos. No final da década de 1950, nos Estados Unidos, a revista para donas de casa *Ladies HomeJournal* publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”, em que descrevia as torturas que as parturientes sofriam. Em

1958, no Reino Unido, foi publicado no jornal Guardian uma carta sobre a criação de uma sociedade para a Prevenção da Crueldade contra as Grávidas (DINIZ, 2015).

No Brasil, a violência obstétrica é uma realidade. O tema já era discutido em meados da década de 1980, com trabalhos feministas e políticas de saúde pública, como por exemplo, Espelho de Vênus, do Grupo Ceres (1981) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984). A fundação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) no Brasil teve um impacto significativo pois, em sua carta de fundação feita em 1993, denunciou as formas violentas em que as mulheres eram submetidas durante a assistência ao parto, com tratamentos desumanos, constrangedores e fundamentados em intervenções desnecessárias e violentas.

Outro marco importante foi a publicação intitulada “Assistência ao parto normal: um guia prático” da OMS em 1996. Com isso, a violência institucionalizada contra as mulheres nos partos tornou-se objeto de análise e reflexão mundialmente.

A Organização Mundial da Saúde define violência como:

(...) O uso intencional de 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health, 2002, s/p).

A violência obstétrica pode ocorrer em todo o contexto da assistência à gestação, parto, pós-parto e abortamento, sendo caracterizada por agressões físicas, psicológicas, sexuais, assim como pela negligência na assistência e pela discriminação cometida por profissionais da área da saúde (JUAREZ *et al.*, 2012).

Neste contexto, destacam-se a proibição de acompanhante durante o parto, os toques vaginais abusivos, imobilização física ou restrição aos movimentos, uso abusivo ou sem consentimento de medicações, cesáreas e episiotomias desnecessárias, ameaças, discriminações, além de práticas que contribuem para um ambiente obstétrico traumático, como atraso dos médicos, ausência de profissionais nas datas de plantão, pré-natal incompleto, falta ou omissão de informações, entre outros (BOWSER; HILL, 2010). Todas essas violências trazem consequências emocionais negativas para a gestante e para os acompanhantes.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

No Brasil, apesar dos índices da violência obstétrica serem alarmantes, nota-se que o tema é pouco conhecido e discutido tanto pela população quanto pelo Estado. A

desinformação impossibilita a resolução do problema, visto que as pessoas que sofrem ou presenciam de alguma forma essa violência não conseguem, muitas vezes, identificá-la e denunciá-la, perpetuando-se a violência institucionalizada e a impossibilidade de combatê-la. Levando em consideração os aspectos citados, este trabalho busca dar maior visibilidade, levantar estudos desenvolvidos neste campo e originar reflexões acerca do tema discutido na esfera da psicologia.

1.2 OBJETIVOS

Investigar os possíveis impactos psicológicos decorrentes da violência obstétrica sofrida por mulheres durante o ciclo gravido-puerperal.

Além disso, o presente estudo tem como objetivos específicos:

- I. Estudar e elucidar os impactos emocionais que a violência obstétrica causa nas mulheres;
- II. Investigar se esses possíveis impactos emocionais podem afetar a relação entre mãe e bebê.

1.3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada foi de caráter qualitativo a partir de uma revisão bibliográfica, que consiste em uma pesquisa elaborada por meio de materiais já previamente desenvolvidos, possibilitando ao pesquisador investigar um conjunto mais amplo de fenômenos do que seria possível se fossem pesquisá-los diretamente (GIL, 2002).

Neste estudo foram analisadas publicações dos últimos 20 anos, tendo em vista que os direitos considerados básicos foram adquiridos as parturientes neste período. Destaca-se que em 2005 criou-se uma lei que garantia o direito da parturiente de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Vale ainda destacar que o projeto de lei nº 7.867 de 2017, proposto pela deputada Jô Moraes (PCdoB/MG), elucida medidas de proteção contra a violência obstétrica (PL 7867/2017), tais como divulgação de boas práticas relacionadas à gestação, parto, abortamento e puerpério.

Com base nas buscas realizadas no Google Acadêmico e Portal Capes, através dos descritores violência obstétrica; psicologia; saúde mental, inicialmente 66 artigos foram selecionados levando em consideração a similaridade com o tema de pesquisa, seleção esta que se deu através da leitura do título dos trabalhos publicados. Em seguida, uma segunda seleção foi realizada através da leitura dos resumos dos artigos selecionados, e a partir disso foram selecionados 22 artigos que apresentaram maiores semelhanças e proximidade com o

problema de pesquisa proposto, levando em consideração os seguintes critérios de inclusão

- Artigos científicos nacionais, publicados nos últimos 20 anos, cujo método foi de caráter qualitativo.

Através de uma leitura sistemática, 9 artigos científicos foram selecionados. Estes foram lidos e analisados de forma detalhada, resultando nas categorias posteriormente estabelecidas. No Quadro 1, contém as principais informações dos artigos selecionados:

Quadro 1: Artigos selecionados segundo título, autores e ano

Artigo	Título	Autores	Anos
1	“Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto”	CARVALHO; BENINCASA.	2019
2	“Dor surda, grito abafado Experiências e percepções de mulheres vítimas de violência obstétrica”	SANTIAGO <i>et al.</i>	2021
3	“Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica”	ASSIS; MEURER; DELVAN.	2020
4	“Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde”	SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI.	2010
5	“Um corte na alma como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam”	SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO.	2019
6	“Violência Obstétrica Invisibilidade e Enfrentamento Psicológico”	NOLI; SILVA; FERREIRA; COZZA.	2021
7	“Violência Obstétrica e Trauma no Parto O Relato das Mães”	MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO.	2021
8	“Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade”	ROCHA; GRISI.	2017
9	“Violência obstétrica em mulheres brasileiras”	PALMA; DONELLI.	2017

Após a obtenção e seleção dos materiais, estes foram analisados a partir da perspectiva de análise temática do conteúdo. Minayo (2013) pontua três etapas essenciais para essa análise: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, o pesquisador deve determinar os descritores, a delimitação do contexto e a apresentação de conceitos teóricos mais gerais que se relacionem com o tema. Na fase de exploração do material o objetivo é o de reduzir os textos analisados a termos significativos que constituam o tema escolhido e o agregamento de dados. Já na última etapa, os dados obtidos são analisados e a partir daí surge a discussão e interpretação dos resultados.

Com base na leitura detalhada e fichamentos dos artigos, utilizou-se a metodologia de análise temática para identificar pontos de intersecção com os objetivos propostos dessa pesquisa. Após este processo, buscou-se articular os conteúdos presentes nos trabalhos com o intuito de obter-se uma categorização dos temas apresentados.

Levando em consideração os aspectos citados, foram criadas quatro categorias que elucidam os pontos principais dos artigos selecionados em ressonância com os objetivos propostos do presente estudo: 1. Violência Obstétrica Institucional; 2. Modelo Tecnocrático; 3. Vínculo Inicial; 4 Sofrimento Psíquico.

2. DESENVOLVIMENTO DO ARGUMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados como base autores que discutem a violência como um fenômeno estrutural. Sendo assim, Chaui (2017) define violência como:

(...) 1. tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2. todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3. todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4. todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito (é espoliar ou a injustiça deliberada); 5. consequentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e pela intimidação, pelo medo e pelo terror (CHAUÍ, 2017, p.36).

A partir desta definição, Chaui (2017) progride para o mito da não violência brasileira, onde afirma que, na construção da identidade nacional, o mito fundador criado foi o de que sociedade brasileira é cordial e incapaz de cometer violências. Neste contexto, a autora cita alguns mecanismos que tem como premissa a manutenção de poderes. Nesta pesquisa foram

selecionados os mecanismos importantes para a discussão, sendo eles: exclusão, distinção e inversão do real.

Na exclusão, se alguma transgressão é cometida, devido à natureza não violenta do brasileiro, aquele que o fez não é considerado como parte da nação, mesmo que seja brasileiro. Na distinção há uma separação entre essencial e accidental, como por exemplo, se a violência obstétrica é cometida, ela é tratada como situações isoladas que ocasionaram acidentes dentro do contexto médico, mesmo que as estatísticas evidenciem o contrário. Na inversão do real, comportamentos e valores violentos são executados como não violentos através de alguma justificativa, como por exemplo, as ações que caracterizam a violência obstétrica são cometidas pelos profissionais da saúde sob a premissa de que esses são detentores de conhecimento, portanto, possuem anuência para cometê-los, mesmo que isso signifique a violação da parturiente.

A seguir, serão elucidadas as quatro categorias temáticas construídas no estudo e serão discutidas levando em conta o referencial teórico adotado.

2.1.1 A violência obstétrica institucionalizada

Essa categoria se fez presente em todos os artigos selecionados. A violência institucional obstétrica consiste em práticas e condutas exercidas por médicos e profissionais da saúde, principalmente durante o trabalho de parto. Nesse contexto, Santos e Souza (2015) afirmam que muitas parturientes acabam consentindo indiretamente com a violência exercida por uma série de fatores, como – falta de conhecimento acerca dos processos envolvidos no parto; omissão de informações por parte da equipe médica; temor pela sua vida e a do bebê; preocupação em ser mal atendida; submissão perante o médico e sua equipe devido à figura de autoridade que eles exercem.

O artigo 2 (SANTIAGO *et al.*, 2021 *apud* PALMA, 2017) explicita alguns dos sentimentos experienciados no parto, em que 52,3% das participantes relataram sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade e insegurança; 49,8% sentiram-se expostas, sem privacidade; 42,2% sentiram-se pouco à vontade para fazer perguntas porque os profissionais não respondiam ou respondiam mal e 34,5% sentiram-se ameaçadas pela atitude ou fala de algum profissional. O artigo 7 (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021) ao citar Oliveira e Merces (2017) e o artigo 8 (ROCHA; GRISI, 2017) trazem ainda que as mulheres tendem a se calar diante da violência obstétrica institucional com o intuito de se protegerem, uma vez que se sentem coagidas e possuem medo de retaliações e abandono por parte da equipe, receando pela sua vida e a de seu filho.

Muitos desses sentimentos evocados se dão pela conduta da equipe médica, onde partem do pressuposto de que o profissional da saúde é o detentor do conhecimento e, por isso, não se fazem necessários esclarecimentos e nem justificações sobre suas condutas a parturiente, fazendo com que, simbolicamente, maneje a mulher a um local de passividade, sendo ela coadjuvante de seu próprio parto pois, “a partir da entrada nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono” (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019 *apud* PEREIRA, 2004, p. 398).

Santos e Souza (2016) afirmam ainda que a violência institucional cometida em serviços de saúde contra as mulheres é categorizada em quatro tipos, sendo eles - negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência diz respeito à omissão, a violência verbal consiste em ameaças, gritos, repreensão, humilhação, abuso verbal e tratamento rude, a violência física apresenta-se no formato de agressões e procedimentos violentos e, por último, a violência sexual é caracterizada por abusos sexuais e estupros.

Nos estudos analisados, a categoria mais presente é da violência verbal, seguida da violência física e da negligência. Os artigos 1 (CARVALHO; BENINCASA, 2019); 2 (SANTIAGO et al., 2021) e 7 (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021) afirmam que comentários violentos e inadequados aliados à figura de autoridade que os médicos e profissionais da saúde representavam, através de uma postura arrogante, foram as principais queixas das gestantes a respeito da relação delas com a equipe.

A violência física no contexto obstétrico, apareceu nos artigos analisados através de procedimentos violentos, invasivos e desnecessários, como os toques repetitivos, a episiotomia e a manobra de Kristeller, além de restringir a movimentação corporal (ao amarrar as mãos e braços da gestante no momento do parto) e restrição a alimentos e líquidos, contrariando as recomendações da OMS, que incentiva as parturientes a se hidratarem e consumirem alimentos leves durante o trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo Palma e Donelli (2017), no artigo 9, realizar toques vaginais repetidas vezes e por diferentes profissionais da saúde mostrou-se como um preditor para a vivência de violência no parto, uma vez que além de potencializar a sensação de dor na mulher, ao serem realizados por diferentes pessoas sem o esclarecimento ou consentimento, proporcionava a sensação de submissão e vulnerabilidade.

Já a negligência, nas pesquisas selecionadas, revelou-se através da: ausência de informações ou informações insuficientes para a compreensão da parturiente; abandono e/ou indiferença e a banalização da dor e do sofrimento. No artigo 8 (ROCHA; GRISI, 2017) as

parturientes, ao serem questionadas se havia sido realizado algum procedimento sem consentimento, afirmaram que foram avisadas, entretanto, não tinham conhecimento suficiente para se oporem, mostrando que o consentimento sem o esclarecimento é uma precursora da violência, uma vez que não possibilita a parturiente tomar uma escolha consciente acerca do processo no qual está intimamente inserida.

2.1.2 Modelo Tecnocrático

Essa categoria se fez presente em oito dos nove artigos selecionados, mais especificamente nos seguintes: 1 (CARVALHO; BENINCASA, 2019); 3 (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2020); 4 (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010); 5 (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019); 6 (NOLI; SILVA; FERREIRA; COZZA, 2021); 7 (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021); 8 (ROCHA; GRISI, 2017); 9 (PALMA; DONELLI, 2017).

Segundo Santos (2002) o termo tecnocracia caracteriza-se como uma ideologia cuja tecnologia e seu progresso são os princípios norteadores da sociedade, sendo fonte de poder político, o autor assinala ainda que:

“o modelo tecnocrático nos mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade industrializada, tecnológica, e sob a ótica masculina. A parturiente, assim, é vista enquanto um objeto sobre o qual alguns procedimentos e rotinas deverão ser realizados em todos os partos. (p. 113)”.

No artigo 5 (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019, p.5) as autoras apresentaram, através dos relatos das participantes, que as mulheres que possuíam informações a respeito da violência obstétrica e levaram planos de parto como exercício de seus direitos foram alvo de retaliações e rechaço por parte da equipe profissional:

“E aí, assim que eu sentei na cama, eu peguei na mão do doutor e disse: por favor, eu trouxe meu plano de parto, eu não quero que faça isso, isso, aquilo [...] E ele disse: Olha, você não tem que me ensinar a fazer o que eu estudei a vida inteira, eu vou fazer o que for necessário (Celina, parturiente).”

Este recorte explicita o exercício do poder, em que os médicos exercem uma legitimação institucional, reafirmando sua figura de autoridade, ignorando a vontade da parturiente, perpetuando a objetificação e corroborando para o modelo tecnocrático (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019 *apud* PEDROSA; SPINK, 2011; TESSER, 2009).

Neste contexto, no artigo 4 (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010), apresenta-se uma divergência entre parturientes e médicos a respeito do que seria considerado uma assistência ideal ao parto. Enquanto ter uma boa relação com os profissionais de saúde e a presença do acompanhante foram os aspectos mais citados pelas gestantes no estudo, o

aspecto mais citado pelos médicos foi a disponibilização do uso da analgesia a todas as parturientes sem contraindicação.

Nos artigos 1 (CARVALHO; BENINCASA, 2019) e 5 (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019) observou-se uma quantidade expressiva de procedimentos desnecessários e invasivos especificamente em hospitais universitários. As parturientes relataram a constante sensação de invisibilidade, uma vez que os médicos só dialogavam com os estudantes presentes e tratavam os partos como aulas, reduzindo a gestante a um objeto de estudo. Tais achados vão ao encontro com os princípios apresentados referentes ao modelo tecnocrático, no qual o parto não é visto como um processo fisiológico em que a mulher é a protagonista e sim como um serviço prestado pela medicina e permeada pela tecnologia.

2.1.3 Vínculo inicial

Essa categoria se fez presente em dois dos estudos selecionados: 3 (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2020) e 7 (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Winnicott (2000) afirma que após o nascimento do bebê, a relação entre como a mãe lida com a função de cuidar do filho dependerá de haver ou não tensões e preocupações causadas pela situação do nascimento e seus desdobramentos, além das pessoas que estarão no entorno dessa mãe durante esse período. O autor enfatiza também que os bebês precisam do carinho materno e de compreensão, neste contexto, se faz necessário a figura da mãe suficientemente boa, que é aquela que consegue proporcionar um ambiente saudável, sem prejuízos psíquicos para o bebê.

A mãe suficientemente boa, segundo Winnicott (2000), consiste na mãe propriamente dita ou um indivíduo que exerça o papel de cuidador primário, além disso, é necessário que sejam capazes de realizar as três funções maternas, sendo elas: *holding*, *handling* e apresentação de objeto. No *holding* a mãe é a responsável pela sustentação física e emocional, sendo uma figura de suporte. O *handling* consiste no manejo físico para proporcionar bem-estar ao bebê e o integrá-lo psiquicamente, nesta função, a figura de cuidador é responsável, por exemplo, em trocar fraldas e dar banho. Já a apresentação de objetos tem como objetivo mostrar ao bebê que as coisas que ele precisa e deseja existem no ambiente e ele tem poder de adquiri-las.

Nos artigos 3 (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2020) e 7 (MATOS; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO, 2021) os autores afirmam que o primeiro encontro da mãe com o bebê após o parto é de suma importância. As parturientes dos estudos realizados revelaram sentimentos negativos relacionados ao primeiro contato com seus bebês, como, por exemplo,

contato imediato negado, o sofrimento da separação após o parto e direito de amamentar negado pela equipe médica. Segundo Blainey e Slade (2015) partos tidos como traumáticos podem acarretar maiores dificuldades no estabelecimento de vínculo mãe-bebê, uma vez que ao se sentirem violentadas pela equipe médica em um momento de vulnerabilidade, terão dificuldades em estabelecer e manter uma identificação profunda com o recém-nascido.

De acordo com Bowlby (1989), as experiências com o cuidador primário são fundamentais para o que futuramente se constituirá nas expectativas sobre si mesmo, dos outros e do mundo, se relacionando diretamente com o modelo interno de funcionamento e o desenvolvimento da personalidade daquele indivíduo. Para o modelo interno de funcionamento, primeiramente a criança constrói um modelo representacional de si mesma de acordo com o modo no qual ela foi cuidada, e a partir disso, se esse indivíduo experimentar um sentimento de segurança em relação aos cuidadores, figuras de apego, ele será apto a acreditar em si mesmo e tornar-se independente.

2.1.4 Sofrimento Psíquico

Essa categoria se fez presente em todos os estudos selecionados. O período gravídico-puerperal é atravessado por intensas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais, todos esses fatores associados promovem a vulnerabilidade psicológica, favorecendo o surgimento de psicopatologias (CARVALHO; BENINCASA, 2019).

A depressão pós-parto, denominada também como depressão puerperal ou depressão pós-natal foi a única psicopatologia mencionada nos artigos analisados e caracteriza-se como uma agitação emocional relacionada ao humor. Comumente, é confundida com o baby blues, entretanto, este possui uma sintomatologia mais branda e manifesta-se até seis semanas após o parto, enquanto a depressão pós-parto ocorre durante o primeiro ano de vida do bebê (BELL; ANDERSSON, 2016).

No artigo 1 (CARVALHO; BENINCASA, 2019), os autores apresentam como fatores de risco na depressão pós-parto: histórico de depressão ou ansiedade durante a gestação, vivências estressantes na vida, pouco suporte social, relação marital precária e eventos associados ao parto como intervenções, complicações e contato mãe-bebê tardio (BELL; ANDERSSON, 2016). As participantes diagnosticadas com depressão pós-parto possuíam afetos negativos relacionados a experiência de dar à luz, além de possuírem alguns dos fatores de riscos mencionados pela literatura. No artigo 3 (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2020) afirma-se que sentimentos de desamparo durante o parto, cesarianas não desejadas e falta de controle perante a dor física foram associados a desenvolvimento da psicopatologia mencionada.

O artigo 1 (CARVALHO; BENINCASA, 2019) citando (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014; BELL; ANDERSON, 2016; VLIEGEN; CASALIN; LUYTEN, 2014) e o artigo 2 (SANTIAGO *et al.*, 2021) elucidam que a aquisição de informações sobre o que está acontecendo durante o parto e quais procedimentos serão feitos pela equipe tendem a propiciar sentimentos de confiança na parturiente, reduzindo o medo e a insegurança frente ao evento, influenciando na percepção que a mulher tem frente aos cuidados da equipe médica.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo analisar os impactos psicológicos providos da violência obstétrica e mostrou-se de extrema relevância, uma vez que a revisão de literatura realizada no portal periódico CAPES e Google Acadêmico revelou uma escassez de pesquisas empíricas que abordassem os objetivos propostos.

Constatou-se que a violência obstétrica acarreta impactos psicológicos e pode levar ao desenvolvimento de psicopatologias, além de afetar o vínculo inicial entre mãe-bebê. Outro ponto a se destacar foi a predominância de achados referentes apenas a depressão pós-parto, indicando que são necessários investimentos em estudos longitudinais para verificar-se as repercussões a longo prazo e outras psicopatologias associadas.

Compreendemos que uma rede de apoio para a parturiente e conduta humanizada por parte da equipe médica são fatores fundamentais para uma percepção positiva acerca da vivência do parto e, neste contexto, a Psicologia possui um papel importante tanto para a prevenção da violência obstétrica quanto para o manejo frente a vivência traumática da violência.

4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, C; BACCELLI, M; BENINCASA, M. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. **Vínculo**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902017000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 02 abr. 2021.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC,1981.

ASSIS, K. G. de; MEURER, F.; DELVAN, J. D. S. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, [S. l.], v. 39, n. 103, p. 135–157, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/27239>>. Acesso em: 5 mar. 2022.

BADINTER, E. Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BELL, A. F.; ANDERSSON, E. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. **Midwifery**, 39 (2016), pp. 112–123. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613816300432?via%3Dihub>>. Acesso em 20 ago. 2022.

BLAINEY, S.H.; SLADE, P., Exploring the process of writing about and sharing traumatic birth experiences online. **Br J Health Psychol**, 2015, 20: 243-260. Disponível em: <<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/bjhp.12093>>. Acesso em 20 ago. 2022.

BOWLBY, J. **Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1989.

BOWSER D.; HILL, K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility- based childbirth: Report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Translating Research into Action (TRAction) Washington: **Harvard School of Public Health**; 2010. Disponível em <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternalcare/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>. Acessos em 23 set. 2020

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.867**, de 2017. Disponível em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=AC09E88E486EE2C6AC480F5277D5BCDB.proposicoesWebExterno1?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017. Acessos em 02 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acessos em 02 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 306**, de 28 de março de 2016. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS- Cesariana-03-03-2016.pdf>. Acessos em 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de recomendação nº 179, março de 2016. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana_final.pdf. Acessos em 20 out. 2020

CARVALHO, M.T.; BENINCASA, M. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 2, ago. 2019. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/57188>>. Acesso em: 05 mar. 2022.

CHAUI, M. Sobre a violência. **Grupo Autêntica**, 2017. 9788551300855. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788551300855/>. Acesso em: 02 abr. 2021.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

DALBEM, J; DELL'AGLIO, D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 12-24,

jun. 2005. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 02 abr. 2021.

DINIZ, S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso. Acessos em 23 Out. 2020.

DINIZ, S.G. *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000300019&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 23 fev. 2021.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. 3ª ed. Rio de Janeiro, editora Graal, 1980

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Altas, 2002.

HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. **Puerpério: cuidados especiais no período pós-parto** [S.l.] [07/05/2019]. Disponível em: <https://www.hospitalsaolucas.pucrs.br/puerperio-cuidados-especiais-no-periodo-pos-parto/>. Acessos em 27 fev. 2021.

JUÁREZ, D.P, *et al.* Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012. Disponível em http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacionpermanente-en-servicio/violencia_mujer_web.pdf>. Acessos em 23 set. 2020.

MAIA, M.B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. p. 189.

MALDONADO, M., T., P. **Psicologia da Gravidez**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MARTINS, A.P.V. A ciência obstétrica. In: Martins A.P.V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 63- 106.

MATOS, M. G. DE, MAGALHÃES, A. S. FÉRES-CARNEIRO, T. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2021, v. 41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>>. Acesso em 20 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOURA, S.M; ARAUJO, M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, mar. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932004000100006&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 23 set. 2020.

MS/SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC** (2018).

NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005,10(3): 651-57. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acessos em 18 out. 2020

NOLI, C.; SILVA, I. R. da; FERREIRA, C. L.; COZZA, J. C.. Obstetric violence: Invisibility and psychological coping. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p.

e44110716868, 2021. Disponível em:
<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16868..>> Acesso em: 5 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. C.; MERCES, M. C. (2017). Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE** on-line, 11(6), 2483-2489. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415>>.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra; 2015. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health, 2002. Disponível em:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf. Acesso em: 23 out. 2020.

PALMA, C. C.; DONELLI, T. M. S. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras**. Psico, v. 48, n. 3, p. 216-230, 29 set. 2017. Disponível em:
<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>>. Acesso em 05 mar. 2022.

PEDROSA, C.; SPINK, M. J. P. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2004, v. 13, n. 3 [Acessado 15 Novembro 2022] , pp. 391-400. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000300008>>.

ROCHA, M. J.; GRISI, E. P. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. ID on line. **Revista de psicologia**, [S.l.], v. 11, n. 38, p. 623-635, nov. 2017.ISSN 1981-1179. Disponível em:
<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931>>. Acesso em: 05 mar. 2022.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

SAMPAIO, J. TAVARES, T. L. de A. HERCULANO, T. B. Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2019, v. 27, n. 3, e56406. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n356406>>. Acesso em 5 mar. 2022.

SANTIAGO, I. S. D. et al. Dor surda, grito abafado: Experiências e percepções de mulheres vítimas de violência obstétrica. ID on line. **Revista de psicologia**, [S.l.], v. 15, n. 55, p. 415-432, maio 2021.ISSN 1981-1179. Disponível em:
<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3083/4853>>. Acesso em 05 mar. 2022.

SANTOS, M. **A violência obstétrica sob o olhar de profissionais de saúde**. Goiânia, 2017. Disponível em:<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7601/5/Dissertac%CC%A7a%CC%83o%20-%20Mayara%20Guimara%CC%83es%20Santos%20-%202017.pdf>>. Acessos em 18 out. 2020.

SANTOS, M. L dos. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

SANTOS, R. C. S. dos; SOUZA, N. F. de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 57-68, out. 2015. ISSN 2179-

1902. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>>. Acesso em 20 ago. 2022.

SILVEIRA, S. C. da; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [online]. 2010, v. 23, n. 1, pp. 01-10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100002>>. Acesso em 5 mar. 2022.

TESSER, C. D. Three considerations about 'bad medicine'. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 273-286, 2009.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2014, v. 67, n. 2, pp. 282-289. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>>. Acesso em: 20 ago. 2022.

VLIEGEN N.; CASALIN S.; LUYTEN P. The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. **Harv Rev Psychiatry**. 2014 Jan-Feb; pp.1-22. Disponível em: <https://journals.lww.com/hrpjournal/Fulltext/2014/01000/The_Course_of_Postpartum_Depression__A_Review_of.1.aspx>. Acesso em 20 ago. 2022.

WINNICOTT, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In D. Winnicott (2000), **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas** (pp. 399-405). Imago. Trabalho original publicado em 1958.

Contatos: nina.alves.olin@gmail.com e patriciasantos.delfini@mackenzie.br