



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

III SINESPP

20 a 24
OUTUBRO
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

EIXO TEMÁTICO 9 | QUESTÕES DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E GERAÇÃO

POR NÃO QUERER (MAIS) PARIR COM DOR: narrativas sobre violência obstétrica e a escolha pela laqueadura

**FOR NOT WANTING (MORE) TO GIVE BIRTH IN PAIN:
narratives about obstetric violence and the choice for lacquering**

Suzianne Jackeline Gomes dos Santos¹

RESUMO

Apresento parte de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar como as relações de gênero perpassam e configuram a escolha de mulheres pela laqueadura. Neste artigo, destaco a relação entre a vivência de parto e a escolha pela esterilização feminina, considerando as relações de gênero dentro do espaço hospitalar. Foi um estudo qualitativo, utilizando a técnica de narrativas de vida, com enfoque na experiência reprodutiva e contraceptiva de mulheres que vivenciam a maternidade e realizaram a laqueadura em Teresina (Piauí). Nos relatos de algumas dessas mulheres, foi presente vivências de medo, limites na autonomia e no respeito durante o momento do parto, configurando-se enquanto violência obstétrica. Estas vivências negativas corroboraram para não quererem ter mais filhos(as) e realizarem a laqueadura. Posturas profissionais/institucionais carregam regimes de gênero e influem na trajetória de mulheres, sendo importante o fortalecimento da desconstrução dos padrões de gênero sobre feminilidades e maternidade contra a violência obstétrica.

Palavras-Chaves: Violência Obstétrica; Relações de Gênero; Laqueadura.

ABSTRACT

I present part of a research whose objective was to analyze how gender relations pervade and shape the choice of women by lacquering. In this article, I highlight the relationship between the experience of childbirth and the choice for female sterilization, considering gender relations within the hospital space. It was a qualitative study, using the technique of narratives of life, with focus on the reproductive and contraceptive experience of women who

¹ Bacharel em Serviço Social (UFPI) e Mestrado em Sociologia (UFPI); suzianne.santos@yahoo.com.br

lived the maternity and performed the sterilization. In the accounts of some of these women, experiences of fear, limits in autonomy and respect during childbirth were present, being configured as obstetric violence. These negative experiences corroborated the fact that they did not want to have more children and performed the sterilization. Professional/institutional attitudes carry gender regimes and influence women's trajectories, and it is important to strengthen the deconstruction of gender patterns about femininity and maternity against obstetric violence

Keywords: Obstetric Violence; Gender Relations; Lacquering.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, o modo de partear transformou-se conforme a relação entre os atores envolvidos, o entendimento sobre o cuidado em saúde e as tecnologias presentes. Tais mudanças associam-se com a busca do poder sobre a vida, a consolidação da revolução científica e da medicina, fazendo com que o corpo se tornasse objeto do conhecimento e transformando os saberes e práticas (FOUCAULT, 2010). Essas percepções sobre a vivência das mulheres contribuem para identificar e compreender como se estruturam as relações de gênero nesses espaços institucionais.

Em meados do século XIX ao século XX, o parto deixou de ser um cuidado primordialmente filantrópico e domiciliar para se inserir majoritariamente no cenário hospitalar, com a justificativa desses locais possuírem um aparato de procedimentos que só podiam ocorrer em uma maternidade e que seriam vantajosos para a vida das mães e dos recém-nascidos (MOTT, 2002). A percepção sobre a dor da mulher deslocou-se de sofrimento ocasionado por um castigo divino para sua apreensão como uma vítima dos riscos de sua biologia (DINIZ, 2005). Outrora, era uma experiência compartilhada entre mulheres, sendo os partos realizados preferencialmente por parteiras, cuja presença masculina era mínima (MOTT, 2002, p. 199). Já no século XX, enquanto um evento perigoso à saúde, a obstetrícia, na figura masculina dos médicos, se sobressaiu no que tange ao conhecimento e a realização do parto, suprimindo o ofício feminino das parteiras e diminuindo o protagonismo das gestantes no parto, por meio do uso de sedativos, de medicamentos para induzir o parto normal, do aumento no número de cesarianas, dentre outras tecnologias médicas (MOTT, 2002; DINIZ, 2005; BRASIL, 2001).

Essa transição do nascimento do ambiente privado e familiar para uma instituição rodeada de outros sujeitos, ocasionou em outras percepções sobre o parto, a medicalização da vida e a autonomia feminina (BRASIL, 2001). Essas mudanças de posturas profissionais também colaboraram na problematização de mulheres sobre suas sensações e dores no parto, diferenciando entre aquelas inerentes ao processo fisiológico do sofrimento ocasionado pela lógica institucional. Nesse sentido, o termo violência obstétrica vem se destacando na América Latina para enfatizar a violação dos direitos de mulheres durante o momento da gestação, trabalho de parto e pós-parto, realizada por profissionais e trabalhadores(as) da saúde. Não há uma definição única sobre a violência obstétrica, mas a mesma pode ser compreendida como um conjunto de intervenções institucionais durante a gestação, trabalho de parto e parto que consideradas desnecessárias, invasivas, desagradáveis e sem embasamento em evidências científicas, podendo se expressar como uma violência física, moral ou psicológica. A violência obstétrica também é discutida sob a ótica das relações de gênero, diante da invisibilidade da subjetividade das mulheres e de suas escolhas sobre o seu corpo e a forma de parir (ZANARDO *et al*, 2017; DINIZ, 2005). Em sua contraposição, a humanização dessa assistência em saúde expressa outra compreensão sobre o parto, em prol da escuta e do respeito à escolha das mulheres na condução do parto enquanto protagonistas, retomando a ideia do parto como um momento familiar (DINIZ, 2005; BRASIL, 2014). Reconhece-se a subjetividade do parto e formas diferentes de expressar suas dores, passando “a inspirar uma nova estética”, na qual gemidos, emoções, secreções, contato corporal e presença de familiares são tolerados e vistos como parte natural e importante do desenvolvimento do parto (DINIZ, 2005, p. 630).

Este artigo apresenta parte dos resultados de pesquisa desenvolvida em Mestrado de Sociologia cujo intuito foi analisar como as relações sociais de gênero perpassam e configuram o processo de escolha de mulheres pela laqueadura como forma de controle de fecundidade. Utilizou a conceituação de gênero de Connell e Pearse (2015) e tratou-se de um estudo qualitativo, com a utilização da técnica de narrativas de vida direcionada para o conhecimento da experiência reprodutiva e contraceptiva de cinco mulheres que vivenciam a maternidade e realizaram a laqueadura pela rede pública de saúde em Teresina (PI) (BOLÍVAR, 2012; FRASER, 2004). Os resultados demonstraram que as relações de gênero provocaram deslocamentos em

suas trajetórias de vida, influenciando na decisão pela laqueadura. Aqui, destaco a relação entre a vivência de parto e a escolha pela esterilização feminina, considerando as relações de gênero dentro do espaço hospitalar, trazido na narrativa de duas mulheres, Alzira e Clarice.²

2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Enquanto um “ritual de iniciação à maternidade” (SCAVONE, 2004, p. 167), a experiência de parir ocasiona em uma gama de sentimentos e reflexões sobre a maternidade e o itinerário hospitalar, que podem corroborar na decisão de ter ou não mais filhos(as). Contudo, enfatizar a subjetividade e protagonismo feminino nos serviços hospitalares não é algo simples. Envolve tanto o desenvolvimento da relação entre profissionais e mulheres como as compreensões sobre as relações de gênero neste espaço institucional. As vivências de parto narradas pelas mulheres da pesquisa permitiram compreender tais aspectos. Algumas delas, resgataram sentimentos que, por vezes, foram desconsiderados ou minimizados diante das técnicas e rotinas hospitalares, comuns para a equipe, mas estranhas e invasivas para elas.

Conforme os relatos de Alzira e Clarice, as percepções sobre a dor e a assistência em saúde afetaram negativamente a avaliação sobre ter mais filhos(as). Em suas formas de sistematizar e organizar suas vivências de parto destacaram-se a utilização metáforas e sinônimos para definir o que seria uma vivência “normal” (Clarice) de uma “anormal” (Alzira), para pontuar o atendimento que a objetifica como uma “máquina de parir” (Clarice) e para relacionar o tipo de parto à morte (Clarice). A avaliação dessas mulheres sobre o espaço hospitalar não se baseia necessariamente em ter garantia de uma lista de técnicas, sequências de protocolos ou em um ambiente estéril e silencioso, como pode ser para a equipe de saúde. Seus relatos sobre a assistência em saúde usam como norte a produção de sentidos sobre a dor. Essa compreensão sobre sofrimento, dor suportável ou não está associada a aspectos sociais, psicológicos e culturais (HELMAN, 1994).

Inserido nas narrativas sobre partos normais, a dor vivenciada por Clarice, no nascimento de suas duas filhas, não foi algo que lhe causou estranheza. “Já sabia que

²A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (número do parecer: 2.552.478) e utilizou-se de pseudônimos para as mulheres, membros de suas famílias e demais pessoas mencionadas.

doía porque dói mesmo, mas não foi aquele espanto todo como me falavam que era” (Clarice). Tal desconforto foi visto como parte da biologia e fisiologia do trabalho de parto, sendo algo tolerável e momentâneo. Contudo, essa “dor boa” - dor que vem de dentro -, da fisiologia das contrações e movimentos uterinos, produz sentidos diferentes da “dor má” - dor que vem de fora³ -, ocasionada pelos(as) profissionais e pela relação institucional (BADINTER, 2011, p. 55). Essa outra dimensão é expressa por Alzira, que considerou a experiência de parir como algo que “não é normal não, aquilo ali é anormal”.

Mas o problema em si é o parto, mulher. Aquilo ali é muito complicado. Quer logo assim o momento que a criança nasça, porque é muito complicado mesmo. Aí a gente vai depender dos médicos, é outra complicação, porque vem um, vem outro, dar aquele toque, é pior ainda [silêncio] A gente vai [pra Maternidade], acha que tem aquela segurança maior, porque tá lá [com] os médicos, só que meu Deus do céu, aí toda hora vem aquele toque, que é pior que a dor. A gente já tá naquela agonia, ainda vem um médico não sei da onde, outro acolá, outro acolá. Aí eu “não, eu só vou quando eu tiver realmente certeza que ela tá mesmo nascendo” (Alzira).

Segundo a vivência de Alzira, a representação da Maternidade como um local ideal para parir, por sua segurança e tecnologias (MOTT, 2002) foi deslocada para a de um ambiente indesejado, mas necessário. Esse itinerário institucional diminuiu a privacidade e autonomia de Alzira, fazendo com que uma dor particular torna-se pública por ser algo “anormal”, atípico (HELMAN, 1994). Um parto que não envolve apenas um trabalho corporal, mas “depende” da disponibilidade dos(as) profissionais de saúde. Uma mulher que se ver cercada de diferentes profissionais – majoritariamente homens - a lhe tocarem “a toda hora”, sem o seu controle ou escolha, ocasionando em desconforto físico e emocional. A estratégia encontrada por Alzira para atenuar essas vivências foi observar mais o seu corpo e dirigir-se para a Maternidade apenas quando considerava serem as últimas horas para o nascimento. Com isso, ficaria menos tempo internada e exposta a procedimentos obstétricos. Ademais, outro modo de evitar essas experiências complicadas e “anormais” do parto, em longo prazo, foi através da *ligação*, dando-lhe um sentimento de “alívio” em não ter que passar novamente por esse percurso hospitalar.

³ Na minha atuação enquanto como profissional da saúde, costumamos utilizar em rodas de conversas os termos “dor que vem de dentro” e “dor que vem de fora” para diferenciar o que é comum sentirem durante o trabalho de parto e o que pode ocasionado pela relação com a equipe de saúde enquanto violência obstétrica, respectivamente.

O aspecto negativo do toque vaginal destacado por Alzira foi mencionado também em pesquisa de Santos e Souza (2009, p. 8), relacionando-se com “sentimento de dor, medo, desinformação, vergonha, constrangimento, desrespeito, violência”. Essa realização de exames vaginais repetida vezes e por diferentes profissionais é uma situação frequente nas Maternidades, mas considerada inadequada, pois poderia ser realizada apenas por um(a) profissional e ter uma frequência menor (OMS, 1996; MAIA, 2010). Tal prática profissional demonstra também limites no diálogo junto à equipe de saúde, na percepção profissional sobre a subjetividade das mulheres e no compartilhamento e consentimento das mulheres com os procedimentos considerados rotinas hospitalares (SENA, 2016).

Já para Clarice, o terceiro e quarto trabalho de parto foram diferentes nos sentidos da dor e no tratamento institucional, sendo estes sinônimos de sofrimento e influenciando em sua decisão por não mais engravidar. Essas suas narrativas, destacam-se dois aspectos: como a expectativa em relação ao atendimento e o cuidado recebido influem sobre a gestação e tipo de parto; e como a medicalização do parto contribui para um ritmo institucional do parto e para uma percepção de dor que objetifica e invisibiliza a voz de mulheres. Em sua vivência de quatro partos normais e avaliação sobre os níveis de dor e assistência em saúde, Clarice considerou que o procedimento nas duas últimas gestações deveria ser diferente, sendo mais intenso o sofrimento físico e institucional nestes partos, além da compreensão diferente da equipe sobre dor e tipo de parto.

[experiência no terceiro parto]

Dele já eu passei muitos dias com dor, ele não saía, não descia, eu não dilatava e por eu já ter tido parto normal, eles [profissionais] queriam que eu tivesse normal de novo e aí eu sofri muito. (Clarice)

[experiência quarto parto]

Por mais que eu tenha ficado muito tempo, que eles me deram remédio pra eu poder ter, que ele não queria sair, porque era muito grande, não queria sair. Aí eles fizeram a mesma coisa, de como eu tenho parto normal, tinha que ter ele normal. Aí me deram remédio, me deram injeção de força [...] Eu acho até também por eu ter tido justamente três filhos normais que eu sei que não vou ter esse, mas como era no mesmo caso daquele eu coloquei na cabeça “ou é isso, ou eu vou morrer”. (Clarice)

As preocupações de Clarice sobre o desenvolvimento de seu trabalho de parto não foram acolhidas. Seguindo a sua avaliação sobre a perspectiva dos(as) profissionais, caberia a ela suportar sozinha a dor de ter mais partos normais, não importando a sua

compreensão sobre o seu corpo. Nesse sentido, o ambiente externo intensificou a dor física e levou a relacioná-la à possibilidade de morrer, caso ela mesma não tome as rédeas da situação. A vivência de parto é qualificada conforme a dinâmica relacional entre a mulher e a equipe. “Todos atuam numa realidade social, tecendo a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado” (SARTI, 2001, p. 11). A ideia de Clarice sobre a competência dos profissionais de saúde interliga-se a uma compreensão de prática sensível à situação de saúde do outro e que se dedica à “arte de curar” (PINHEIRO, 2006, p. 89). Contudo, essas suas vivências foram para um caminho oposto de suas expectativas diante do sofrimento percebido.

[experiência no terceiro parto]

[...] Eu achei que não cuidaram de mim direito, que foram ignorantes, grosseiras. Aí deixaram eu sofrer muito. Fizeram muita pergunta, mas na hora de ajudar mesmo a gente, não fazia nada [...]. Na hora desse parto, o meu filho quebrou a clavícula e ninguém sabia me dizer como, que eu só vim a saber mesmo depois de quinze dias [...]. E aí eu fiquei mais assim porque, poxa, eu tava na Maternidade, aí eles fazem procedimento danado quando a criança nasce, vão ver se a criança tem isso ou aquilo e não vão ver que a criança tava com a clavícula quebrada? Que quebrou foi lá. Aí eu já fiquei assim mais revoltada com isso, mais um motivo que eu disse que não queria ter filho mais, porque eu não queria mais passar por aquilo ali, sofrer o que eu sofri. [...] Aí eu dizia que não queria ficar só e elas “não, a gente tá bem aqui numa sala, qualquer coisa a gente vem” [menção à fala das profissionais]. “Eu fico chamando e ninguém aparece” [resposta dela para as profissionais de saúde], [...] Às vezes iam lá na frente e metiam só a cara pra ver se o soro tinha acabado, mas não pra ver se eu tava com dor, se eu tava perdendo alguma coisa (Clarice).

[experiência no quarto parto]

[...] Eu achava que eles deveriam tratar a gente melhor, porque a gente já tá com dor, aí eles acham que a gente é uma máquina de parir, aí tem que parir e pronto, né, porque dói. Eles [profissionais] lá como tem filho, sabe que dói. [...] Não gosto de médico, não sou muito fã de ir pra médico, não confio muito neles. Aí eu já tinha isso, já pensava assim. [...] Nem todo mundo eles consideram, fazem as coisas certas, não trabalham com ética (Clarice).

Observa-se que essas narrativas destacam a avaliação sobre o conhecimento técnico-científico e (des)humanização dos profissionais. O sentimento de ausência de cuidado e comprometimento ético para com ela e seu filho, a ênfase no cumprimento de protocolos, questionamentos e horários estipulados sem uma atenção à mulher que pari. Uma imersão em uma lógica institucional que presta assistência para atingir a meta: o nascimento de mais uma criança e não se atenta para o significado de tais ações para a vida de Clarice. Todavia, também teve alguns profissionais com os quais Clarice se sentiu acolhida e apoiada durante o trabalho de parto. “A gente sempre acha algumas

que trata a gente bem e outras que não trata a gente bem [...] ficou conversando comigo, que foi bem legalzinha” (Clarice). Tanto a postura gentil ou a atitude desrespeitosa, normalmente são atribuídas ao “caráter de cada profissional, e nunca à estrutura de poder desigual que regula as relações do processo de parto” (MCCALLUM, REIS, 2006, p. 1487).

Como lembra Sarti (2001, p. 6), “a forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro”. A maioria dos profissionais com os quais Clarice teve contato não se aproximam da perspectiva de gênero e/ou de humanização na saúde. Seus relatos são permeados pela organização de serviços de saúde focados na medicalização do parto e em um modelo de assistência tecnocrático. Sob essa ótica, o corpo das mulheres é, por vezes, percebido apenas em sua fisiologia, ocultando a subjetividade (MARTIN, 2006). À estes(as) profissionais, o olhar se volta para o trabalho disciplinar e mecânico na condução de exames, avaliações e registros no prontuário e realizações de algumas intervenções invasivas para atingir resultados em curto prazo (MAIA, 2010). Nesse contexto tecnocrático, no qual a mulher é vista como um corpo-máquina, a autoridade compete ao profissional de saúde (MAIA, 2010). A divergência diante do posicionamento da equipe de saúde faz com que estes reafirmem a relação hierárquica e a posição institucional de cada um, seja direta e verbalmente, nas “grosserias”, ou sutilmente e simbolicamente, ao deixar a mulher sozinha e não atender as suas necessidades.

Como Helman (1994, p. 172) destaca, “as pessoas com dor obterão o máximo de atenção e solidariedade se seu comportamento corresponder à visão social de como fazê-lo se extravasando suas emoções ou modificando sutilmente sua conduta”. Para Clarice, tornar pública a dor e seus sentimentos influíram no tipo de assistência recebida, visto que o comedimento e postura resiliente frente à dor era qualificado por certos profissionais enquanto comportamento adequado para as mulheres no momento do parto. Essa lógica tecnocrática da assistência em saúde corroborou para o sentimento de estar sozinha, a avaliação negativa do parto normal e o desejo por diminuir essa vivência por meio de uma cesariana. A esse sentimento de solidão e objetificação enquanto uma “máquina de parir”, Sena (2016) considera uma violência obstétrica marcada pelo abandono emocional.

O medo intrínseco de uma situação de vulnerabilidade como é o nascimento de um filho, por si só não representou desamparo emocional a essas mulheres. O que, isso sim, representou abandono foi a falta de acolhimento, orientação, esclarecimentos, amparo ou, pelo menos, escuta proveniente da equipe de saúde. [...] Uma forma de anulação mencionada repetidas vezes, como se não fossem dignas de receberem tal acolhimento num momento tão importante e delicado (SENA, 2016, p. 105).

Esse abandono institucional poderia ser atenuado com a garantia da presença de um(a) acompanhante escolhido(a) pela mulher, conforme é seu direito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005). Esse acompanhamento representa um apoio emocional e uma forma de contato familiar em um espaço que lhe é estranho, possibilitando formas de atenuar o medo e ansiedade (BRASIL, 2001). Contudo, mesmo sendo uma conquista das mulheres desde 2005, nem sempre é efetivada. No parto do terceiro filho de Clarice, em 2014, foi permitido que sua irmã a acompanhasse apenas na recepção, “Fiquei sozinha. Lá dentro aonde eu tava esperando pra ter o neném ela não podia” (Clarice). Apenas em seu quarto parto foi permitido a presença de seu marido como acompanhante. Assim, além da dor inerente ao parto, Clarice também vivenciou um sofrimento adicional pela postura profissional que desrespeitava a sua subjetividade e direitos. Dessa forma, a dor e o medo são intensificados e contribuem para não querer ter mais filhos(as).

Além do abandono institucional e a ausência de acompanhante, Clarice relatou algumas práticas de violências verbais, psicológicas e simbólicas (ZANARDO *et al*, 2017), tais como: controlar suas ações e comportamento, constrangimentos, não considerar as suas necessidades e pedidos, culpabilizá-la quando gritava e não conseguia fazer força.

[experiências na terceira gestação]

Falaram que eu já tinha tido partos normais, que eu tava sendo mole, que ‘tu já sabia como é que era, então’ [menção à fala de profissional]. [...] Só chorava com muita suada. Aí eles falavam que ao invés de eu tá chorando, pra mim botar força, pra mim parar. Elas falavam assim: “Para de gritar porque não vai adiantar, tu vai é perder tuas forças, que é pra colocar ele pra fora” [menção à fala de profissional]. [...] Aí elas começavam a sorrir, dizendo que não, que eu não ia morrer não. Aí eu “é, que vocês não tão me ajudando”. Aí elas diziam que quem tinha que me ajudar era eu mesma, parando de chorar e botar só força quando viesse pra mim ter (Clarice).

Essas vivências no momento do parto retratam a contradição presente em nossa sociedade no que tange relações de gênero e maternidade. De um lado, há discursos que valorizam e dignificam o fato da mulher gestar uma vida. Do outro, há práticas que

ocasionam em sofrimento e objetificação da mulher, remontando à frase popular “parirás com dor”. Tais relações de gênero nos sentidos sobre a maternidade foram presentes principalmente na quarta gestação de Clarice, que ocorreu mesmo após realizar a laqueadura, o que afetou bastante a sua vida. Por realizar acompanhamento psicológico no hospital no qual ocorreu o parto e conter no seu prontuário detalhes da situação ocorrida, acreditava que o atendimento seria melhor. Porém, não foi o que ocorreu, passando por mais julgamentos e violência verbal pelo fato de não ter desejado estar gestante: “elas falavam as coisas por causa que eu não aceitava [...] Umam falavam que era ‘dengue’ e ficavam irritadas quando ficava só chamando elas” (Clarice).

Como lembra Scavone (2004, p. 162), “as mulheres não são ouvidas a propósito do que elas sentem e quando são ouvidas não são levadas a sério”. O fato de Clarice não aceitar a gestação imprevista após ter realizado laqueadura e o sentimento de arrependimento pela gravidez era secundarizada por profissionais de saúde, que reiteravam a capacidade reprodutiva de seu corpo e procuravam convencê-la do contrário, não dando espaço para ouvir, compreender e respeitar o sentimento materno (DONATH, 2017).

Como sabiam que eu não aceitava, aí por isso mesmo que me julgavam, só que nunca falavam da minha laqueadura que não funcionou. Só queriam me criticar por eu não aceitar [...]. [Alguns profissionais] diziam que não, que mãe tem que gostar de um filho, independentemente do que seja [...], aí eles falam que filho é um pedaço da gente, que depois eu ia começar a entender isso. Eu falava que eu entendia, só que não é a questão, porque filho é pra sempre, é pra toda a vida e eu não tava podendo ter outro filho (Clarice).

Através desses relatos, percebe-se os regimes de gênero no espaço institucional no que tange a maternidade ao associar a atitude da mulher no trabalho de parto com a sua conduta de “boa mãe”. A insatisfação com uma gravidez apresenta sentimentos que destoam de um padrão de feminilidade que considera o amor materno como inerente às mulheres, sendo algo difícil de ser explicitado publicamente pela mulher e, também, de ter aceitação social e empatia por parte de algumas pessoas (HEILBORN *et al*, 2009). Sob essa ótica profissional, não há espaço para o arrependimento, considerado como uma “violação flagrante das normas afetivas maternas” (DONATH, 2017, p. 128). Tais posturas profissionais refletem um padrão de feminilidade no que tange à afeição materna.

[...] Aos seus olhos, a maternidade e o amor que a acompanha estariam inscritos desde toda a eternidade na natureza feminina. Desse ponto de vista, uma mulher é feita para ser mãe, e mais, uma boa mãe. Toda exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas. A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a anormal por excelência. (BADINTER, 1985, p14, grifos da autora).

Essa organização social, que naturaliza uma forma de sentir, oculta as experiências de arrependimento, silencia as emoções negativas (DONATH, 2017). O amor materno não deve ser compreendida como um dever ou uma atribuição das mulheres com uma conduta pré-estabelecida (ideal de mãe boa/perfeita). Não é uma norma, mas uma construção, cabendo considerar a existência da “multiplicidade de experiências femininas” junto à maternidade (BADINTER, 1985, p.15). Há diversas formas nas quais mulheres se percebem como mães e se relacionam com seus(suas) filhos(as), cabendo ser compreendida com base em seu aspecto relacional (TUCKER *apud* DONATH, 2017).

Encarar a maternidade como uma relação pode nos permitir entendê-la como uma conjunção entre dois indivíduos específicos que mantêm um relacionamento dinâmico e em constante mudança. Essa percepção nos permite deixar de lado as abordagens mecanicistas de acordo com as quais todas as mães deveriam se sentir da mesma maneira no que diz respeito à relação com seus filhos. Assim, poderíamos nos referir à maternidade como parte de um espectro de experiências humanas, em vez de um vínculo unilateral na qual as mães são responsáveis pelos filhos e influenciam sua vida sem serem afetadas por sua maternidade. Visto desse modo, seríamos capazes de examinar o espectro das emoções que implica a maternidade: do amor profundo à profunda ambivalência. E, sim, também arrependimento (DONATH, 2017, p 222).

Concordo com Maia (2010, p. 37) ao destacar que “no modelo tecnocrático de assistência ao parto, só há duas alternativas para a parturiente: um parto vaginal traumático, pelo excesso de intervenções desnecessárias, ou uma cesárea”. Por vezes, para Alzira e Clarice, o ato de parir foi “dominado pelo medo, solidão e dor, em instituições que deslegitimam a sexualidade e a reprodução de mulheres consideradas subalternas” (MATTAR, DINIZ, 2012, p. 112). Neste cenário de violências simbólicas e físicas, qual mulher desejaria experienciar novamente o parto? Considerando o fato de já serem mães, tais violências obstétricas corroboraram nas intenções de não querer passar por aquela situação novamente, não querer ter mais filhos(as), motivando, assim, a realizarem a laqueadura.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência dessas mulheres foi marcada pela medicalização do parto e por uma postura tecnicista de alguns profissionais. Neste modelo de assistência em saúde, a subjetividade feminina é ofuscada pelo conhecimento técnico-científico, delineando relações institucionais predominantemente assimétricas e hierárquicas. Além disso, a compreensão social e cultural sobre feminilidades destes(as) profissionais também influíram no cuidado em saúde, principalmente em relação à tolerância de dor das mulheres e sobre os sentidos da maternidade. O conjunto de violências obstétricas relaciona-se com a medicalização do parto e com as relações de gênero, uma vez que o parto é uma experiência específica feminina, mas a forma de entendimento sobre a dor da mulher passa por significados sociais e culturais. Conforme as narrativas, o sofrimento intensificado pela hospitalização derivou também de como estes(as) profissionais percebem as mulheres, ponderando que podem ser vistas como culpadas e/ou vítimas pela sua biologia, tendo que assumirem postura de aceitação e resiliência em relação às dores. Além disso, a compreensão de alguns(as) profissionais sobre o amor materno como natural e inerente a todas as mulheres vai de encontro ao arrependimento pela gestação, ocultando a percepção das mulheres e reiterando a normativa social de mãe incondicionalmente amável e responsável.

Mesmo com parâmetros legais e normativas institucionais direcionadas para uma assistência mais respeitosa e baseada no protagonismo da mulher, a realidade de alguns serviços de saúde em Teresina (PI), na experiência dessas mulheres, ainda remeteu a limites na efetivação de princípios que norteiam a organização da rede de saúde materno-infantil, um olhar direcionado para as relações de gênero. O fornecimento de uma atenção à saúde adequada às necessidades das mulheres é fundamental, cabendo, desse modo, a ampliação da mudança de posturas em prol da humanização no parto em respeito aos diversos sentidos produzidos no nascimento. Além disso, posturas profissionais e práticas institucionais carregam regimes de gênero e influem na trajetória de mulheres, sendo importante o fortalecimento da desconstrução dos padrões de gênero sobre feminilidades e maternidade contra a violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BADINTER, E. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BOLÍVAR, A. Dimensiones epistemológicas y metodológicas de la investigación (auto)biográfica. IN: ABRAHÃO, M.H.M.B.; PASSEGGI, M. da C. **Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto)biográfica**: Tomo I. Natal: EDUFRN; Porto Alegre: EDIPUCRS; Salvador: EDUNEB, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde. (Cadernos HumanizaSUS v. 4), 2014.

CONNEL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersos, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva** v.10 n.3 Rio de Janeiro jul./set. 2005.

DONATH, O. **Mães arrependidas: uma outra visão da maternidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2017.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Editora WMF, 2010.

FRASER, H. Doing Narrative Research: Analysing Personal Stories Line by Line. **Qualitative Social Work**. Vol. 3(2): 179–201, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240698235_Doining_Narrative_Research_Analysing_Personal_Stories_Line_by_Line. Acessado em: 10 jan. 2018.

HELMAN, C.G. Dor e cultura. IN: **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

HEILBORN, M. L. *et al.* Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 269-278, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>. Acessado em: 22 nov 2018.

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

MARTIN, E. **A mulher no corpo**: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MATTAR, L. D; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface- Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MCCALLUM, C; REIS, A. P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1483-1491, jul, 2006.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Proj. Historia**. São Paulo, dez, 2002.

OMS. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

SANTOS, A. A. P. dos; SOUZA, K. R. F. de. O sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto. **VI congresso brasileiro de enfermagem obstétrica e neonatal**. 24 à 26 de junho de 2009.

SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade** 10(1):3-13, 2001
Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2001.v10n1/3-13/pt>

SCAVONE, L. **Dar vida e cuidar da vida**. São Paulo: UNESP, 2004

SENA, L. M. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.”** A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese. Florianópolis, Santa Catarina, 2016.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 2017, p. 1-11.