



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JADY ALINE ALBUQUERQUE DE ARAÚJO

**VIOLÊNCIA À ESPREITA DA VIDA:
A EXPERIÊNCIA PERINATAL NA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DO
TOCANTINS**

Miracema do Tocantins, TO

2022

Jady Aline Albuquerque de Araújo

**Violência à espreita da vida:
A experiência perinatal na pandemia de Covid-19 no estado do Tocantins**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema para obtenção do título de bacharel em Psicologia

Orientador (a): Dra Carolina Pedreira

Miracema do Tocantins, TO

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

A663v Araújo, Jady Aline Albuquerque de.
Violência à espreita da vida: a experiência perinatal na pandemia de Covid-19 no estado do Tocantins. / Jady Aline Albuquerque de Araújo. –
Miracema, TO, 2022.
47 f.
Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus
Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2022.
Orientadora : Carolina Souza Pedreira
1. Perinatalidade. 2. COVID-19. 3. Violência Obstétrica. 4. Psicologia -
Tocantins. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JADY ALINE ALBUQUERQUE DE ARAÚJO

VIOLÊNCIA À ESPREITA DA VIDA:
A EXPERIÊNCIA PERINATAL NA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DO
TOCANTINS

Artigo apresentado à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Psicologia foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel e aprovada (o) em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: _____/_____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Carolina Pedreira, Orientadora, UFT.

Profa. Dra. Jamile Luz Morais, Avaliadora, UFT.

Profa. Me Franciana Di Fátima Cardoso, Avaliadora, (DPT).

Dedico este trabalho ao amor, à união, à fé, à força e à coragem. Sem a junção destas coisas, entrelaçadas em nossas mãos dadas, a vida não seria possível. Nem a nossa vida, nem a vida do amor maior.

RESUMO

As violações de direitos e violências em contexto perinatal tem sido denunciadas como práticas rotineiras há décadas no Brasil, sendo foco de discussões em diversas disciplinas e movimentos sociais que juntas pressionaram o estado para a criação de leis que promovam segurança às mulheres que vivenciam a perinatalidade. Com advento da Pandemia pela COVID-19, houve um retrocesso na garantia de direitos perinatais calcados nas novas normas de biossegurança. Este artigo busca compreender os efeitos psicológicos da experiência perinatal em contexto de pandemia da COVID-19 no estado do Tocantins por uma usuária do SUS, lançando luz aos impactos psicológicos da perinatalidade vivida em um cenário de emergência biológica, bem como aos efeitos das violações de direitos do parto e puerpério para a experiência perinatal. A pesquisa foi conduzida pelo método de caráter qualitativo, por meio de entrevista psicológica investigativa semi-estruturada. A entrevista foi realizada de forma *online* por advento do distanciamento social, medida de biossegurança contra a disseminação da COVID-19, através da plataforma Google Meet. A mostra do público-alvo foi uma puérpera usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Tocantins, e os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin, culminando em três categorias de análise: “O único medo que eu tinha era de ficar só”: a quebra dos planos e expectativas na gestação e no parto; “Eles usaram da pandemia, para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade.” Reflexões sobre o discurso que agencia as violações de direito e violências obstétricas; e “Não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”: Repercussões das violências obstétricas na autoimagem e na vinculação da mãe com o bebê. A partir da análise das categorias evidenciou-se a prática indiscriminada de medicamentos, tecnologias e manobras que violentam o corpo feminino, além de intenso sofrimento psicológico vivenciado na gestação, parto e puerpério pela quebra de expectativas e planos acerca da perinatalidade. Constatou-se que experiências violentas no parto e puerpério causam estresse e prejuízos para a vinculação da díade mãe-bebê, além de evidenciar sentimentos como culpa e desamparo que contribuem de forma negativa para a auto-percepção da puérpera.

Palavras-chaves: Perinatalidade. COVID-19. Violência Obstétrica. Psicologia. Tocantins.

ABSTRACT

Violations of rights and violence in the perinatal context have been denounced as routine practices for decades in Brazil, being the focus of discussions in various disciplines and social movements that together pressured the state to create laws that promote safety for women who experience perinatality. With the advent of the COVID-19 Pandemic, there was a setback in the guarantee of perinatal rights based on the new biosafety standards. This article seeks to understand the psychological effects of the perinatal experience in the context of the COVID-19 pandemic in the state of Tocantins by a user of the SUS, shedding light on the psychological impacts of perinatality experienced in a scenario of biological emergency, as well as the effects of violations of birth and postpartum rights for the perinatal experience. The research was conducted using a qualitative method, through a semi-structured investigative psychological interview. The interview was conducted online due to the advent of social distancing, a biosecurity measure against the spread of COVID-19, through the Google Meet platform. The target audience sample was a puerperal SUS user in the state of Tocantins, and the data were submitted to Bardin's content analysis, culminating in three categories of analysis: "The only fear I had was of being alone": the breaking plans and expectations during pregnancy and childbirth; "They used the pandemic to make them make their decision as if they owned the people, the owners of the truth." Reflections on the discourse that mediates violations of law and obstetric violence; and "I'm not really strong, I can't with myself and I wouldn't be able to handle it": Repercussions of obstetric violence on the mother's self-image and bonding with the baby. maneuvers that violate the female body, in addition to the intense psychological suffering experienced during pregnancy, childbirth and the puerperium due to the breach of expectations and plans regarding perinatality. baby, in addition to highlighting feelings such as guilt and helplessness that negatively contribute to the self-perception of the puerperal woman.

Key-words: Perinatality. COVID-19. Obstetric Violence. Psychology. Tocantins.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAS	Central de Atendimento à Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz HMDR - Hospital Maternidade Dona Regina
NUDEM	Núcleo Especializado de Proteção e Defesa da Mulher
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
REHUNA	Rede de Humanização Pelo Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
V.O.	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	METODOLOGIA	15
3	RESULTADOS E ANÁLISE	18
3.1	“O único medo que eu tinha era de ficar só”: a quebra dos planos e expectativas na gestação e no parto.....	18
3.2	“Eles usaram da pandemia, para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade” Reflexões sobre o discurso que agencia as violações de direitos e violências obstétricas.....	20
3.3	“Não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”: Repercussões das violências obstétricas na autoimagem e na vinculação da mãe com o bebê.....	27
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICE	41
	ANEXO	46

1 INTRODUÇÃO

Este artigo destina-se a investigar os efeitos psicológicos e a experiência perinatal vivida em contexto da pandemia do vírus SARS-CoV-2 no Estado do Tocantins. Por experiência da perinatalidade, entende-se experiências vividas e relacionadas à concepção, gestação, parto, puerpério e abortamento. Os estudos psicológicos da perinatalidade empenham-se em compreender, portanto, “fenômenos psíquicos ligados ao ciclo gravídico-puerperal e sua relação com as determinações biológicas, culturais e históricas” (IACONELLI, 2012b, p. 7).

Não há muitas décadas que a psicologia brasileira tem se empenhado em estudar os aspectos psicológicos da perinatalidade¹, e nesse período os estudos foram reconhecidos por diversos nomes como: Psicologia Obstétrica; Psicologia da Maternidade; Psicologia da Gravidez, parto e puerpério, psicologia do ciclo gravídico-puerperal, e, mais recentemente, psicologia Perinatal. Quem difundiu o termo perinatalidade no Brasil foi Iaconelli:

Propomos aqui o uso do termo perinatalidade ao invés de ciclo gravídico-puerperal, pela sua concisão, ou ainda no lugar de (psicologia) obstétrica, por esta confundir-se com o âmbito da medicina. Cabe ressaltar que nos apropriamos do termo perinatalidade numa acepção mais ampla, que não se restringe ao evento imediato do parto, mas o inclui, assim como as etapas que o antecedem e o ultrapassam relativas à gestação e ao puerpério. (IACONELLI, 2012b, p. 4).

Em linhas gerais, este artigo busca lançar luz à experiência e à repercussão psicológica de vivenciar dois momentos de complexidade biopsicossocial em concomitância, a saber: o ciclo gravídico-puerperal ou perinatalidade, que, como aponta Maldonado (1991) configura-se como um momento de novas responsabilidades, expectativas, questionamentos, medos, angústias, inseguranças, dentre tantas outras repercussões subjetivas; e a emergência em saúde provocada pela pandemia do vírus SARS-CoV-2 e da doença infecciosa a ele associada, a COVID-19, que vulnerabiliza ainda mais esse grupo de mulheres, tendo em vista as altas taxas de morbimortalidade de gestantes e de puérperas acometidas pelo vírus, que somam, de março de 2020 à junho de 2021, 1.716 óbitos, além das violações de direitos a que foram sujeitadas. (BRASIL, 2020a; FIOCRUZ, 2021).

A disseminação mundial do vírus SARS-CoV-2, elevada ao status de pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, instaurou uma série de normativas sanitárias, como o uso obrigatório de máscaras faciais e de álcool para higiene das mãos, bem como a necessidade de distanciamento social, na tentativa de conter o contágio

¹ Nesta pesquisa, os termos perinatalidade e ciclo gravídico-puerperal serão usados como sinônimos tendo em vista que a maior parte dos trabalhos mencionados utilizaram-se do termo ciclo gravídico-puerperal.

que na referida data já contava com 118 mil casos notificados no mundo (OLIVEIRA, 2020). A COVID-19 em sua forma leve pode não apresentar sintomas, ou apresentar sintomas brandos e comuns a gripes, mas, em suas manifestações graves, pode levar à comprometimentos respiratórios, cardíacos, hepáticos, neurológicos, sepse e à morte. (OPAS/OMS, 2020)

Para além da discussão acerca dos efeitos nefastos da COVID-19 para a saúde física, faz-se necessário voltar o olhar para as questões em saúde mental e direitos humanos suscitadas tanto pela doença, quanto pelas medidas de segurança em saúde preconizadas pela pandemia. Segundo o Comitê Permanente Interinstitucional de parceiros da Organização das Nações Unidas (IASC, 2020)²² toda emergência em saúde mobiliza estresse, entretanto, a pandemia de COVID-19 repercutiu de forma específica na população mundial, instaurando ou intensificando uma série de medos: de ser contaminado e contaminar entes queridos, de morrer ou de que pessoas queridas morram, da perda de empregos, dentre outros.

Com relação aos direitos humanos, A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) constatou que as disparidades raciais, étnicas, sociais e de gênero foram potencializadas neste cenário, vulnerabilizando grupos - tais como mulheres, pessoas negras, indígenas, em situação de extrema pobreza e deficientes, para citar apenas alguns, de formas muito específicas, tendo estes o acesso à saúde e políticas públicas minimizados e/ ou cerceados. (OPAS, 2020)

Dentre tantos grupos de risco suscetíveis a desenvolver a forma grave da COVID-19 destacam-se as gestantes e puérperas até o décimo quarto dias de pós-parto (BRASIL, 2020a, p. 5). Em detrimento da vulnerabilidade que este grupo expressa frente a COVID-19, adaptações no atendimento médico prestado no ciclo gravídico-puerperal foram previstas com intuito de reduzir os deslocamentos das pacientes até o serviço de saúde, diminuindo a exposição ao vírus. Em setembro de 2020, o Ministério da Saúde (2020a) lançou o Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19 que dispõe de algumas orientações com vistas a dirimir o perigo de contágio no atendimento médico das mulheres ao longo da perinatalidade. Este documento conta com orientações quanto aos procedimentos médicos, bem como à garantia de direitos no atendimento a este grupo.

O fato que sucede é que mesmo com as orientações do Ministério da Saúde, alguns estados brasileiros adaptaram os protocolos de biossegurança por conveniência. Atermo-nos, portanto, ao Tocantins, estado a que se refere a presente pesquisa, o qual optou por compor o próprio protocolo de biossegurança no lugar de seguir aquele proposto pelo Ministério da

² O Inter Agency Standing Committee (IASC) ou Comitê Permanente Interinstitucional é um fórum interinstitucional de parceiros humanitários da Organização das Nações Unidas (ONU) e de alguns países, fundado em 1992 para fortalecer a assistência humanitária em situações de crise global.

Saúde. Ademais, a Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins instituiu, em oposição ao protocolo nacional, que desde 23 de março de 2020 está vetada a entrada de acompanhantes de parturientes e puérperas, direito garantido pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que institucionalizou a obrigatoriedade da presença de acompanhante, elegido pela parturiente, durante o trabalho de parto e no parto. Tal medida aplicou-se a todos os hospitais e maternidades públicos do estado, a partir do argumento de que a medida ajudaria a conter a circulação do vírus SARS-CoV-2 nesses ambientes. (ASCOM/DPE-TO, 2020).

Em contrapartida a esta decisão, mais de quarenta mulheres propuseram uma ação civil pública contra o estado, realizada mediante a Defensoria Pública por meio do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa da Mulher (NUDEM) e da Central de Atendimento à Saúde (CAS) reivindicando o direito de terem acompanhante no momento do parto (QUEIROZ, 2020). Além da ação civil pública, as gestantes organizaram-se em um grupo chamado “Parir com apoio” que por meio das redes sociais mobilizaram protestos que foram realizados em frente ao Hospital Maternidade Dona Regina³ e ao Fórum de Palmas. Estes protestos tiveram o objetivo de sensibilizar os agentes do estado e denunciar que vetar o direito ao acompanhante configura violência obstétrica.

A OMS reconhece a violência obstétrica como:

Violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. (OMS, 2014, p. 1).

O documento da OMS aponta, ainda, que as mulheres mais vulneráveis a esse tipo de violência são “as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV” (Ibdem).

No Brasil, não existem documentos que legislam especificamente contra a V.O. (ZANARDO et al., 2017). Desde maio de 2019 o Ministério da saúde (2019) passou, inclusive,

³ O Hospital Maternidade Dona Regina (HMDR) foi fundado em 21 de junho de 1999, sendo referência para todo Tocantins em atendimento de urgências/emergências gineco-obstétricas, alta complexidade em neonatologia, estação de alto risco, cirurgias eletivas ginecológicas, laqueaduras tubárias, cirurgias neonatais e pessoas vítimas de violência sexual, além de ser a única referência para atender partos em toda a microrregional de saúde Capim Dourado, que compreende oito municípios com a população aproximada de 300 mil habitantes. A pesquisa propõe-se a ser realizada junto a mulheres que passaram pelo parto e puerpério imediato nesta instituição pelo seu caráter de referência no Tocantins. (Governo do Tocantins). Informações disponíveis no site do governo do Tocantins: <https://www.to.gov.br/saude/hospitais-estaduais/6wfwzwsrvl4o>

a abolir o uso do referido termo em suas normativas por entender que esta expressão é imprópria para descrever as ações dos profissionais de saúde no atendimento de mulheres e crianças, “pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (Ibdem). Para fins deste projeto e em consonância com a OMS (2014), tomaremos como conceito de V.O. “qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências” (LANSKY et al., 2019, p. 2812).

Em entrevista para o site da Associação Nacional de Defensoras e Defensores Públicos, uma das gestantes que participa do movimento “Parir com apoio” expressa o que significa para ela ter acompanhante no momento do parto e como a falta de um suporte nesse momento a faz sentir: “Com acompanhante, a gente tem mais segurança. Além disso, se o meu emocional não estiver bom, fica muito mais difícil do meu parto evoluir bem” (ASCOM/DPE-TO, 2020). O sentimento expresso pela gestante corrobora a pesquisa de Mozardo (2021) sobre a experiência emocional do parto acompanhado. Os resultados presentes no estudo apontam que a falta de um acompanhante impacta de formas negativas na experiência de parir de uma mulher, que pode apresentar dificuldades de elaboração psíquica da experiência vivida e sentimentos de desamparo e solidão. A experiência vivida com acompanhante, por outro lado, “contribui tanto para que seja possível tolerar as dores das contrações, quanto para aliviar o sentimento de desamparo que a intensidade do parto deflagra” (Ibdem, p. 100).

O HMDR publicou uma nota, em novembro de 2020, com intuito de esclarecer a decisão, a qual foi atribuída à necessidade de garantir “a segurança de pacientes, nascituros e profissionais, bem como garantir o direito à vida” (Tocantins, 2020). Tal decisão, embora imbuída de intencionalidades a favor da vida, não considera que para tratar do ciclo gravídico puerperal é necessário um olhar ampliado para questões que ultrapassam determinações biológicas. Iaconelli (2012a) propõe que, ao pensar questões perinatais unicamente pelo discurso médico (biológico), o corpo grávido é dessubjetivado e reduzido à dejetivo orgânico, posto que mesmo que o discurso trate de salvar vidas, “ser vivo e sujeito são diferentes” (Ibdem, p. 83).

Com intenção de resgatar o caráter de sujeito dessas mulheres que historicamente tem seus direitos humanos violados diversos coletivos, pesquisadores e disciplinas que fazem interface com a saúde da mulher, na década de 1980, lançaram luz sobre as discussões em torno da perinatalidade, sobretudo pela emergente denúncia de violências sofridas por gestantes e parturientes em contexto hospitalar. Mais tarde, este tipo de violência foi caracterizado como

V.O. Destaca-se, nessa trajetória, a Rede de Humanização do Parto (REHUNA) fundada em 1993 e que inaugura a perspectiva de humanização da atenção ao parto, a qual, posteriormente, se estende à todo cuidado perinatal. (REHUNA, 1993; RATTNER et al., 2012). Define-se a atenção humanizada em saúde como “a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos.” (DINIZ, 2005, p. 632). Assim, humanizar a perinatalidade, em linhas gerais, significa destituir a posição de passividade imposta à mulher no processo de parto: deitada, recebendo medicação e à mercê das decisões, ações, e violências da equipe obstétrica, para o protagonismo através da plena informação e poder de decisão. (SILVA, RUSSO; NUCCI, 2021).

A REHUNA atuou como consultora de elaboração de documentos técnicos e de políticas públicas voltadas ao ciclo gravídico-puerperal, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no ano 2000, a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que institucionalizou a obrigatoriedade da presença de acompanhante, eleito pela parturiente, durante o trabalho de parto e no parto e a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que instituiu o direito à gestante de conhecer e promover vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; RATTNER, 2012, p. 119). Foi também responsável pela condução e implementação de projetos como o Doulas no SUS e participou ativamente nos comitês de especialistas e de mobilização social da Rede Cegonha, a qual considera “a convergência de várias políticas e o cenário mais favorável possível para a implementação prática de seu ideário.” (Ibidem).

A Rede Cegonha é a estratégia de assistência e cuidado da mulher e da criança de zero aos vinte e quatro meses a nível federal, composta de ações com intuito de promover atendimento humanizado, seguro e adequado, via SUS, garantindo à toda mulher, “o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério” (BRASIL, 2011) e garantindo à criança “o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (Ibidem) com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. O trabalho da Rede Cegonha é realizado com vistas a compreender toda a perinatalidade, uma vez que seus serviços compreendem desde planejamento familiar, contracepção, gestação, parto, puerpério e casos de abortamento.

Todo esse percurso de humanização da atenção perinatal objetiva proporcionar mais recursos para que a mulher e a família elaborem suas potencialidades diante da experiência da gravidez, parto e puerpério, que, como aponta Maldonado (1991), implicam uma série de crises. Algumas crises apontadas pela literatura são: a crise na identidade de uma pessoa que se vê em

posse de um corpo transformado e marcado pela gestação, parto e puerpério; o fato de se ver com outros papéis perante a sociedade; lidar com uma nova dinâmica familiar; se haver com os ditames da sociedade que envolvem o processo de perinatalidade e parentalidade, muitas vezes irrealis e românticos, dentre outras repercussões. Não se pode deixar de considerar que a influência hormonal também repercute como crise nessa experiência, bem como a experiência socioeconômica (IACONELLI, 2012a; MALDONADO 1991; SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

A literatura produzida no contexto de pandemia de COVID-19 sobre a vivência perinatal atravessada por este evento aponta para a produção de sofrimento de gestantes, parturientes e puérperas em detrimento do isolamento social, das medidas de biossegurança, sobretudo do alarmante índice de violências obstétricas e violações de direitos. Posto isto, pretende-se compreender os efeitos psicológicos da experiência da perinatalidade lançando luz aos impactos psicológicos da perinatalidade vivida no contexto da pandemia da COVID-19 no estado do Tocantins, bem como aos efeitos das violações de direitos do parto e puerpério para a experiência perinatal.

Diante da emergência em saúde que se apresenta com a pandemia do vírus SARS-CoV-2, a qual tem mobilizado toda humanidade, faz-se urgente um olhar atento às questões e impactos que se sucederam nas esferas, não somente biológicas, mas, psicológicas, sociais e espirituais. As disparidades raciais, étnicas, sociais e de gênero foram potencializadas neste cenário, vulnerabilizando grupos - tais como mulheres, pessoas negras, indígenas, em situação de extrema pobreza e deficientes, para citar apenas alguns, de formas muito específicas (OPAS, 2020). Neste sentido, é fundamental o fomento à pesquisas que lancem luz sobre as especificidades das pessoas atravessadas por tais marcadores sociais, com propósito de contribuir para melhores condições de existência e resistência em suas particularidades.

Portanto, esta pesquisa elegeu uma mulher que viveu a perinatalidade em contexto de pandemia pelo vírus SARS-CoV-2 em uma maternidade do SUS referência em sua região por compreender que ela pertence a um grupo atravessado por alguns desses marcadores⁴, em especial o marcador de gênero, a vulnerabilidade social e a condição de grupo de risco à morbimortalidade por COVID-19. Assim, a pesquisa justifica-se como uma possível contribuição às discussões, em âmbito acadêmico e político, acerca de questões que permeiam

⁴ O Instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA, 2011) aponta que a população mais atendida no Sistema Único de Saúde (SUS) é a população de baixa renda. A população negra, também, compreende 67% dos atendimentos. Neste sentido, importa ressaltar que 72,1% da população do Tocantins se autodeclara negra, e que a Região Capim Dourado, microrregião do Tocantins atendida pelo HMDR, compõe-se de 66,6% de pessoas que se autodeclararam negras. (TOCANTINS, 2015).

a vivência das mulheres que acessam o sistema público de saúde no Tocantins, com intenção de evidenciar tanto suas potencialidades quanto as vulnerabilidades às quais mulheres na mesmas condições, ou análogas, estão submetidas.

Este propósito se exprime, nesta pesquisa, como a possibilidade de aproximação às vivências aos recursos que mulheres dispuseram para enfrentar a gestação, o parto e o puerpério durante a pandemia. Nesse marco, ele suscita a possibilidade de que sejam reconsideradas ações, intervenções e protocolos institucionais, na medida em que este conjunto de dispositivos retoma posições que tradicionalmente buscam suprimir o desejo, o saber e o protagonismo de gestantes, parturientes e puérperas sobre seus processos perinatais, deflagrando e/ou potencializando o desamparo dessas mulheres.

A qualidade da vivência do ciclo gravídico-puerperal depende tanto da saúde física quanto da integração de ações que promovam o bem estar das mulheres a nível biopsicossocial. Entendemos que a psicologia pode contribuir de forma crucial para a compreensão da perinatalidade em contexto de pandemia do COVID-19, uma vez que esta busca colocar em evidência questões que vão para além do paradigma médico-biologicista, lançando luz sobre as questões emocionais, subjetivas e políticas implicadas tanto na perinatalidade, quanto pela pandemia.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa e se propõe a trazer à luz os complexos processos de constituição da subjetividade, que não pode ser quantificada, mas, apreendida pelo discurso e entendida em sua singularidade. A pesquisa qualitativa, em sua definição, visa abranger, em concomitância, os fenômenos culturais, sociais e econômicos das vivências e experiências subjetivas em sua análise (HOLANDA, 2006).

O principal instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista psicológica investigativa de cunho não avaliativo (Bleger, 2013). A entrevista caracteriza-se como “uma relação humana na qual um dos integrantes (da entrevista) deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento.” (Ibdem, p. 7). Para tanto, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, que consiste numa entrevista que foca sobre um assunto a partir de um roteiro de perguntas sem padrão de alternativas, o que permite a flexibilização de acordo com as circunstâncias dadas no momento de sua realização. Tal modelo de entrevista propicia o surgimento de outras questões e informações que escaparam à hipótese inicial, mas se mostram relevantes para compreensão do que se intenta investigar (Manzini, 2004).

Diante do contexto de pandemia do vírus SARS-CoV-2, que tem como uma das principais medidas contra sua disseminação o distanciamento social, a comunidade científica foi levada a adaptar o modo de realização clássico das pesquisas, quase sempre conduzidas presencialmente, e adaptar metodologias e procedimentos. Neste cenário, as pesquisas *online* tem ganhado espaço e, como apontam Schmidt, Palazzi e Piccinini,

As entrevistas online apresentam potencialidades, sobretudo no que diz respeito à realização de estudos qualitativos no contexto de distanciamento social imposto pela COVID-19, por se tratar de uma das poucas alternativas no atual cenário, além da possibilidade de se investigar diversos temas presentes na vida das pessoas e das famílias em distanciamento social. (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020, p. 964).

Frente ao contexto, optou-se por realizar as entrevistas via plataforma Google Meet, por esta ser uma plataforma de áudio e vídeo gratuita, que dispõe de recurso de gravação de chamada, podendo ser usada tanto por aplicativo em celular, quanto por navegador de internet pelo computador, além de contar com tempo ilimitado para chamadas. A entrevista foi realizada em agosto de 2022, na ocasião, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para obtenção do consentimento da entrevistada para a realização da pesquisa e explicitar o sigilo de sua identidade, e, em seguida, realizou-se entrevista semi-estruturada.

Ainda que nessa data a emergência de saúde imposta pela pandemia de COVID-19 já

estivesse arrefecida e as atividades presenciais tenham voltado, paulatinamente, a acontecer, a condução da pesquisa de forma remota seguiu as definições do projeto que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins - CEP/UFT por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 59931322.7.0000.5519.

A amostra do público-alvo foi alcançada através de um grupo da rede social *Whatsapp* com integrantes do movimento social composto por mulheres gestantes, parturientes, puérperas, suas famílias e representantes legais que lutavam pelos direitos perinatais em contexto de pandemia pela COVID-19 no estado do Tocantins. O convite foi feito a uma puérpera que já havia participado como testemunha em um processo movido contra o estado do Tocantins em favor dos direitos perinatais.

Os dados para a pesquisa foram colhidos a partir da entrevista semi-estruturada, bem como de oitiva por ela prestada ao Tribunal de Justiça do Estado do Tocantins para a ação civil pública de Nº 0016414-12.2020.8.27.2729. Este processo foi movido contra o estado, realizado mediante a Defensoria Pública por meio do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa da Mulher (NUDEM) e da Central de Atendimento à Saúde (CAS) com intuito de revogar o Memorando Circular nº44/2020/SES/SESUP cujo vetou o direito de gestantes, parturientes e puérperas contarem com acompanhante no momento do parto. Foram ouvidas duas testemunhas, uma doula e uma puérpera que realizou o parto em contexto de pandemia pela COVID-19 no HMDR, com intuito de compreender a experiência de ambas na referida instituição. A audiência de oitiva das testemunhas foi realizada em agosto de 2021 e o acesso para fins desta pesquisa foi concedido, pela Vara de Execuções Fiscais e Saúde Pública de Palmas, o acesso à gravação em vídeo da audiência em junho de 2022 sob a condição de sigilo da identidade das testemunhas. Para o tratamento dos dados que foram fornecidos em vídeo foi realizada a transcrição da audiência.

Estes dados foram submetidos à análise de conteúdo, conceito definido por Bardin (1977) como técnicas para a análise que utiliza-se de procedimentos por etapas e tem por objetivo a descrição de conteúdos, sejam eles textos ou falas. As etapas supracitadas são: 1) Pré-análise, onde os dados são classificados e posteriormente organizados; 2) Exploração do material, em que são feitas as leituras e separações das categorias de análise; 3) Resultados e discussões que são feitos a partir das pesquisas bibliográficas em consonância com as categorias de análise.

A partir da exploração da entrevista e da oitiva foram separadas três categorias de análise, a saber: a primeira: “O único medo que eu tinha era de ficar só”: a quebra dos planos

e expectativas na gestação e no parto; a segunda: “Eles usaram da pandemia, para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade”: Reflexões sobre o discurso que agencia as violações de direitos e violências obstétricas; e a terceira: “Não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”: Repercussões das violências obstétricas na autoimagem e na vinculação da mãe com o bebê. As fontes de referência utilizadas para análise das categorias definidas partiram das literaturas psicológicas acerca da perinatalidade, das contribuições dos estudos feministas, além de pesquisas do campo da enfermagem sobre a perinatalidade.

A seção 3.1 comporta a primeira categoria de análise, “O único medo que eu tinha era de ficar só”: a quebra dos planos e expectativas na gestação e no parto, que aponta para os impactos da privação de direitos e da quebra de expectativas e planos sobre sua vivência perinatal. A seção 3.2 apresenta a segunda categoria de análise, “Eles usaram da pandemia, para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade.” Reflexões sobre o discurso que agencia as violações de direitos e violências obstétricas, que descreve as violações de direitos e as violências obstétricas sofridas em contexto hospitalar, discutindo sobre relações de poder no atendimento obstétrico, o lugar do cuidado da mulher e o uso de técnicas violentas em contexto obstétrico.

A seção 3.3 compõe o terceiro e último campo de análise, “Não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”: Repercussões das violências obstétricas na autoimagem e na vinculação da mãe com o bebê, que lança luz sobre os impactos das violações de direitos e violências obstétricas para as vivências puerperais, principalmente no que diz respeito à vinculação da mãe com o bebê e na autoimagem. Nas considerações finais, são tecidas as conclusões do artigo, relacionando os objetivos identificados inicialmente com os resultados alcançados. Nesta seção, são apontados os percalços encontrados para o desenvolvimento da pesquisa, bem como as necessidades e possibilidades de continuação das pesquisas no campo da perinatalidade.

3 RESULTADOS E ANÁLISE

3.1 “O único medo que eu tinha era de ficar só”: a quebra dos planos e expectativas na gestação e no parto

A gestação está envolta por diversas vulnerabilidades biopsicossociais e se apresenta como um momento que mobiliza muitas ansiedades, dúvidas e medos, tanto sobre a gestação quanto sobre o momento do parto (IACONELLI, 2012a; MALDONADO 1991; SARMENTO; SETÚBAL, 2003). Liz é uma mulher que, em seus planos e desejos relacionados à perinatalidade, foi pouco atravessada pelos mais comuns medos que envolvem a cena do parto: a dor e o parto vaginal (MALDONADO, 1991): “Desde muito nova, eu não sei porque, mas parece que eu sempre soube que eu teria parto normal (...). Não tive medo nenhum das dores, medo nenhum de acontecer alguma coisa errada porque parece que eu já sabia disso, já tinha esse entendimento”.

Ela construiu os planos e desejos sobre sua gestação e parto ainda jovem, a partir das experiências compartilhadas por sua avó: “Minha avó paterna teve mais de 15 filhos, todos na roça, e eu escutei as histórias. (...) ela mesma sentar na cama e cortar o umbigo do neném (...) Isso trabalhou no meu psicológico e eu já sabia que ia dar tudo certo, eu ia parir e que ia ser normal”. Piccini et al (2008) apontam que as concepções em torno da gestação, parto, e maternagem se constituem a partir das atividades lúdicas infantis, dos aspectos culturais e transgeracionais, e como demonstra a fala de Liz, a partir da identificação com outras mulheres. Mesmo diante de tanta coragem e determinação sobre o parto, momento comumente temido por tantas pessoas que gestam, ela ressalta: “o único medo que eu tinhaera de ficar só”. Sua primeira gestação aconteceu aos vinte e nove anos, quando completava quase uma década de casamento com o pai de sua filha Ana. Liz relata que seu marido sempre foi elemento indispensável em seus planos: “Era um sonho que ele entrasse comigo e que ele fizesse parte do parto. Meu sentimento era que eu não precisava de mais ninguém apenas dele do meu lado”.

A gestação foi descoberta poucos meses depois do início da pandemia por Covid 19 e por volta dos sete meses de gestação, ela recebeu a notícia de que o Hospital Maternidade Dona Regina, maternidade do SUS referência na região de Liz, havia vetado a entrada de acompanhantes. Ela relata que passou a experimentar um período de grande sofrimento ao saber da proibição: “A partir desse momento eu comecei a viver um pânico. Mais ou menos dos sete aos nove meses, sempre que eu pensava no assunto, sempre que eu conversava com ele (marido) sobre esse assunto eu entrava em pânico porque não queria ficar lá sozinha.”.

Souto et al. (2020) apontam que a pandemia da COVID-19 exacerba outros medos e preocupações nas gestantes, parturientes e nas famílias: passa-se a temer muito mais a exposição aos perigos biológicos e, como conta Liz, a submissão aos novos protocolos das instituições de saúde, assim como a anulação das escolhas pessoais para o momento do parto. Ao receber essa notícia, a vivência da gestação de Liz sofreu um profundo impacto negativo. "Eu ficava alterada mesmo. Ficava muito nervosa e muito brava. Não queria aceitar isso.". A literatura evidencia que as fantasias sobre o parto e a vida futura emergem na etapa final da gestação com muita potência e merecem atenção especial, pois, ao passo que podem promover vinculação com o bebê, com a família, e uma elaboração saudável do ciclo gravídico-puerperal e da parentalidade, podem também desencadear crises e maior fragilidade psicológica (IACONELLI, 2012a; MALDONADO, 1991; SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Silva et al. (2021), Paixão et al. (2021) e Gazar et al. (2021) constataram que as gestantes em contexto de pandemia sofreram com uma quebra brusca de expectativas sobre a gestação e o parto em detrimento dos protocolos de segurança, por não poderem realizar diversos rituais como chá de bebê, fotos de gestantes, e sobretudo, pela violação do direito à vinculação prévia à maternidade, instituída pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, e ao direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, instituída pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. (BRASIL, 2005; 2007). As consequências dessa quebra de expectativas e violações de direitos geraram ansiedades e estresse às gestantes, e Liz também aponta as consequências dessas violações de direitos para os momentos finais da gestação:

“Quando foi aproximando o dia do parto e aquela agonia de ficar só na maternidade, eu comecei a maquirar na minha mente que eu não ia avisar ninguém que eu estava sentindo dor de parto, eu falei porque eu não vou pra maternidade, vou ter minha filha bem aqui em casa. Era meio inconsciente, eu não queria saber, não vou não vou não vou. Ou então vou na hora que tiver nas últimas e eu vou ter no meio do caminho, na ambulância. Não quero ir pra maternidade. Não quero.”

Diante da iminente privação de seus direitos e abalada com a possibilidade de ficar sozinha no hospital, Liz imaginou estratégias para ficar o mínimo tempo possível na instituição hospitalar mesmo que isso pudesse colocar em risco sua vida e a de sua filha, pela possibilidade do parto ser realizado em um carro em movimento ou com ela sozinha em casa. Importa destacar que o medo, na gestação, de sofrer V.O. durante o parto vem sendo identificado em pesquisas mais contemporâneas relacionadas aos aspectos da gestação, dado não encontrado nas literaturas mais clássicas da psicologia perinatal. A ampliação da divulgação das leis de proteção e garantia de direitos das gestantes, parturientes e puérperas, as discussões sobre a

V.O., bem como a troca de experiência entre as mulheres podem ser fatores que influenciaram para o aparecimento deste “novo” medo nas pesquisas. As gestantes, assim como Liz, empenharam-se em buscar estratégias para se protegerem das violações de direitos. Algumas das estratégias foram: a evitação do ambiente hospitalar, priorizando a realização do parto em contexto domiciliar, o plano de parto, e até mesmo a escolha pela cesariana com a intenção de não verem as violências e violações de direitos acontecendo. (BOMFIM et al, 202; SADECK, 2022; MATTOS, 2016; SILVA et al, 2017; SANTOS, 2022).

3.2 “Eles usaram da pandemia, para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade” Reflexões sobre o discurso que agencia as violações de direitos e violências obstétricas

Os impactos que a violação do direito ao acompanhante geraram no processo perinatal de Liz começaram antes mesmo do parto, como supracitado. As fantasias sobre o momento do parto construídas por ela outrora, as quais lhe conferiam confiança, mudaram: Liz descreve um final de gestação extremamente ansiogênico. Em uma consulta nas semanas finais de gestação, ela conta como se sentiu ao entrar na maternidade e imaginar seu parto "eu tive uma crise de ansiedade de faltar o ar só de pensar que eu ia entrar lá e ganhar neném sozinha".

Maldonado (1991) descreve o parto como o momento que marca de forma mais significativa e simbólica todo processo de mudança que a gestação deflagra. O termo “saltono escuro” é utilizado pela autora para caracterizar o imprevisível e o desconhecido que se apresenta, sobretudo, à parturiente, mas também à família que vai receber esta nova criança e esta nova mulher. Há, neste momento, a mobilização de muitos receios que podem depender das condições ofertadas para o parto, do tipo de parto realizado, e, ainda, se o parto realizado foi escolhido previamente pela parturiente ou não. O medo da dor e da morte podem se tornar mais fortes e sentimentos de solidão podem emergir. A presença de uma rede de apoio é fundamental neste momento, que pode ser composta por pessoas da família ou profissionais de confiança como enfermeiras, psicólogas, médicas e doulas. (MALDONADO 1991; PAIXÃO et al., 2021; SARMENTO; SETÚBAL, 2003), como garante a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. (BRASIL, 2005)

No contexto da pandemia de COVID-19, um peso maior pousou sobre o desconhecido e imprevisível que irrompem no parto, uma vez que os direitos que garantem uma experiência perinatal mais segura as parturientes foi negado. Liz, ao entrar em trabalho de parto, chegou na

porta da maternidade e insistiu de diversas formas para que seu marido entrasse como acompanhante: levou a lei do acompanhante impressa, tentou argumentar sobre a violação de direito que a atitude caracteriza e até tentou conversar com a direção do hospital, mas não obteve sucesso. Depois de tantas horas na tentativa sua família a convenceu a entrar sozinha:

Nesse momento, minha família meio que me pressionou para que eu pensasse no meu bebê e entrasse porque tudo ia acontecer bem, tudo ia dar certo, mas que eu tinha que pensar na minha filha. Nesse momento foi horrível, pesar na balança o amor que eu tinha pela minha filha e a preocupação que eu tinha com ela, como se eu não precisasse me preocupar comigo mesma. Porque a certeza que eu tinha é que pra minha filha estar bem eu tinha que estar bem e eu estaria bem se meu esposo estivesse comigo.

Em seu relato, Liz aponta para o lugar de menor importância que os cuidados com a mulher tomam frente aos cuidados com o nascituro. Iaconelli (2012a) pontua que os cuidados com o nascimento, que são voltados ao bebê, não caminham lado a lado com os cuidados com o parto, aqueles voltados à parturiente. A autora reflete sobre o papel social e cultural de uma mãe, a saber, aquela que coloca os interesses do filho acima dos seus próprios. Ela pontua que esta lógica se reproduz nas instituições médicas, pois frequentemente os cuidados com a mãe se colocam num plano secundário aos cuidados com o bebê, sendo estes, por vezes, tomados como fundamentos para práticas que violentam a mulher, como é o caso da manobra de Kristeller, em que a equipe realiza uma pressão sobre a barriga da mulher para empurrar o bebê ao argumento de que isto o ajuda a nascer. No caso de Liz, observa-se como os interesses na vida de sua bebê foram colocados acima da garantia de seus direitos, resultando em uma sensação de sentença entre pensar em seu bem estar ou pensar no bem estar de sua filha.

Por fim, Liz decide entrar no hospital e a partir de então uma série de violências obstétricas foram cometidas contra ela. Na consulta, foi constatado que a dilatação não era suficiente, portanto, Liz ficou três horas nos corredores esperando pela dilatação ideal e por um atendimento. Durante todo esse tempo esteve sozinha e relata como se sentiu: “fiquei três horas nos corredores, em pranto, chorando o tempo todo. Eu não tive fortes contrações, não tive aquelas dores horríveis, mas eu chorei o tempo todo porque eu queria que meu marido tivesse comigo”. Ela entrou na fase expulsiva ainda nos corredores do hospital e sem conseguir atendimento médico. Foi quando a colocaram em uma sala de atendimento junto a seis profissionais da saúde com os quais ela não teve contato prévio algum. A equipe não a conhecia, não sabia sobre seu desejo de via de parto e manobras para expulsão, por exemplo, e não perguntou sobre suas preferências:

"Uma coisa que eu achei que foi muito abuso das pessoas foi porque ninguém

chegou e me perguntou como eu estava, como eu gostaria de ter minha filha. Quando você chega no hospital tem uma televisão mostrando várias posições, mostrando várias formas de ganhar um bebê, informando sobre várias coisas, mas naquele momento ninguém me perguntou. E eu estava num momento que eu não conseguia falar nem reagir de forma diferente, eu só conseguia fazer força”.

No SUS, o vínculo entre as equipes que realizam o parto e a parturiente encontra dificuldades em se estabelecer previamente ao momento do parto uma vez que as parturientes realizam o pré-natal, majoritariamente, em Unidades Básicas de Saúde, e o parto é realizado, idealmente, em Maternidades Referências em suas respectivas regiões com a equipe que estiver disponível no plantão. A fragmentação do vínculo entre parturientes e equipes de saúde não propicia que esta conheça as necessidades e particularidades de cada parturiente, dificultando as ações que garantem o respeito, o desejo e a autonomia da mulher no momento do parto. Algumas alternativas foram pensadas com intuito de diminuir o impacto dessa falha na vinculação, a saber: a vinculação prévia à maternidade, instituída pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito e a importância de que gestantes conheçam previamente o hospital/maternidade que serão atendidas no momento do parto e em caso de intercorrências graves na gestação, no momento final da gestação e no puerpério (BRASIL, 2007) e o Plano de Parto, um documento elaborado pela gestante que visa identificar e delimitar seus desejos e planos para o momento do parto e puerpério em contexto hospitalar. De acordo com Castro,

[...] o plano de parto possui grande potencial para combater as práticas violentas, além de auxiliar na quebra do paradigma paternalista que impede uma discussão mais horizontalizada e compartilhada sobre riscos e benefícios de tratamentos terapêuticos entre a gestante e os profissionais de saúde. (CASTRO, 2020, p. 08).

Nenhuma destas alternativas foram possíveis para Liz, pois, no contexto da pandemia, ela não pode vincular-se previamente à maternidade, além de nunca ter sido informada sobre o plano de parto, tendo descoberto esta ferramenta apenas após o parto, a partir de suas pesquisas pessoais na internet. Liz revela que o parto durou cerca de trinta minutos. Ela foi colocada em uma maca de atendimento que não contava com apoio para as pernas e, por conta disso, dois homens foram chamados para segurar suas pernas no alto. Em seguida o que ela mais temia aconteceu: “ela (a médica) simplesmente avisou que ia fazer a episiotomia e já foi fazendo”.

A episiotomia é uma prática da obstetrícia que consiste na realização de um corte no períneo que tem por objetivo aumentar o canal vaginal em contexto de parto normal. A prática é realizada sob o pretexto de

[...] prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do parto; ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação, para facilitar o nascimento, e facilidade na extração assistida por vácuo ou na utilização de fórceps. (PREVIATTI; SOUZA, 2007, p 197-198).

Posto este cenário, Liz não consegue entender porque a episiotomia foi feita uma vez que não havia sofrimento fetal, não havia sofrimento dela, e não foi oferecido nenhuma outra posição para fase final da expulsão: “Não senti dor pra parir, não sentia as contrações horríveis que as pessoas falam, foi tranquilo demais. Eles tinham tudo ali pra ter um parto tranquilo”. A OMS e o Ministério da Saúde recomendam a episiotomia apenas em contextos de extrema necessidade e com o consentimento da parturiente, pois classificam a referida prática como prejudicial. As mulheres que sofreram episiotomia acusam, no puerpério, dores, desconfortos, hemorragias e problemas relacionados à saúde sexual. Posto isto, o uso da episiotomia de forma rotineira é desestimulado, sendo indicada apenas em 15% dos casos. (OMS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; Previatti e Souza, 2007). Fazia cerca de um ano e cinco meses desde o parto até o momento da entrevista e ela confessa, “eu ainda sinto dor na episiotomia até hoje”

Mesmo com as recomendações, a episiotomia é uma prática rotineira nas instituições de saúde, revelando o caráter medicalizante e intervencionista da obstetrícia na atualidade. Pesquisas apontam que, na maioria dos casos, a episiotomia é realizada sem o consentimento da parturiente (Santos e Shimo, 2008; Previatti e Souza, 2007; Garrett e Oselame, 2016; Mattar, Aquino e Mesquita 2007) o que fere os direitos sexuais e reprodutivos, e se configura como V.O. Durante a gestação, ela conta que fez pesquisas sobre as práticas de V.O. e formou sua opinião a partir desse conhecimento: “Eu sempre tive consciência de que eu não queria isso (episiotomia), mas eu não conseguia me expressar naquele momento.”. Ela traz reflexões sobre a conduta da equipe em seu parto e revela que não foi solicitado seu consentimento para a prática:

“Quando chega no expulsivo acredito que ninguém consegue falar muita coisa e nesse momento usaram da situação para fazer tudo aquilo que eles quiseram fazer. Aplicavam coisa na minha coxa sem eu saber o que era. Foi tirando minha roupa e colocando soro. Eu não sei se era soro ou o que era que estava colocando.

Borges, Serrano e Pereira (2003) constataram que a episiotomia é uma prática obstétrica realizada há quase 250 anos. Foi introduzida sem evidências científicas e continua a cumprir com os objetivos pelos quais seu uso tem sido justificado. Tal prática revela como as

condutas violentas da obstetrícia na atualidade tem raízes históricas e culturais que datam desde a época de sua inauguração enquanto ciência médica.

O século XIX marca a passagem do saber sobre o parto do domínio feminino, em que parteiras e curandeiras eram as responsáveis por ofertar os cuidados no parto e partilhar esta experiência com a parturientes, para o domínio médico, que, através da perspectiva da patologia, passa a considerar a parturiente como paciente, ente que sofre uma ação ou reação em estado de inércia ou passividade⁵, e o parto como um evento que demanda medicalização, assepsia, intervenção médica e a soberania do saber médico-científico. (BADINTER, 1985; IACONELLI (2012); VIEIRA, 2002)

Iaconelli (2012a) fala do interesse próprio do corpo médico sobre o momento do parto, ou seja, daquilo que a equipe médica considera como a mais correta e melhor forma de parir para uma mulher. A autora pontua que as intervenções médicas não são danosas em seu fim, e ainda que grandes contribuições da medicina obstétrica tenham salvo e ainda salvem a vida de mulheres e crianças, tais intervenções reproduzem uma lógica que dessubjetiva as parturientes ao não conferir a liberdade de escolha sobre seu processo perinatal, ou mesmo a falta de informação sobre o processo e os procedimentos realizados, o que corrobora a fala de Liz.

A autora propõe que o problema não está calcado na figura do médico, mas em um discurso medicalizante que dita “o corpo deve ser corrigido em suas imperfeições por meio da biotecnologia”. (IACONELLI, 2012a, p. 66). Tratando-se da perinatalidade, esse discurso aliena tanto a parturiente, que, assujeitada à condição de paciente, passiva, inerte, não é informada sobre a potência do seu corpo e a possibilidade de desejar nesse contexto, quanto à figura do médico que, ao não refletir sobre a banalização das intervenções medicamentosas, cirúrgicas, e sobre a origem de seu trabalho, se aliena em suas práticas e intenções, além de, em certa medida, se beneficiar das práticas violentas em sua atuação uma vez que estas facilitam e aceleram o seu trabalho, ao passo que, muitas vezes, ferem e traumatizam a parturiente e o bebê.

É importante destacar que Liz sentiu o efeito do discurso médico no atendimento obstétrico por ela vivenciado em contexto de pandemia. Esse efeito se converteu em uma série de violências, conforme pontua: “não tem quem me diga o contrário, eles usaram da Pandemia, usaram deste decreto (...) para fazer com que eles tomassem a decisão deles como se eles fossem donos das pessoas, os donos da verdade”.

Uma das práticas violentas mais difundidas no Brasil e que serve de benefício às práticas

⁵ Significado da palavra paciente a partir da compreensão Escolástica apresentada pelo Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/paciente>> Acesso: 25/10/22.

de V.O. a é o veto ao acompanhante. Almeida e Ramos (2020) constataram em sua revisão da literatura acerca da V.O. e direito da parturiente ao acompanhante que apenas 20% das mulheres gozaram da presença do acompanhante em seu percurso perinatal em contexto hospitalar, mesmo depois de quase uma década da inauguração da lei do acompanhante. Bruggermann et al (2014) em sua pesquisa que objetivou compreender os motivos que levamos serviços de saúde de Santa Catarina a não permitirem a presença do acompanhante, constatou que a equipe se mostra resistente a presença do acompanhante seja por considerar que essa figura atrapalha o centro obstétrico, seja por receio de que suas práticas sejam vigiadas. Vale notar que em muitos casos o médico se mostra inconformado com a presença do acompanhante, e mesmo que outras pessoas da equipe médica argumentem que isso seja um direito, os médicos dão a palavra final, chegando a verbalizar frases que os colocam como juízes - ou ditadores - no centro obstétrico: “quem impõe a lei aqui sou eu hoje” (idem, p.273)

Almeida e Ramos (2020) atestam que a presença do acompanhante configura um fator de proteção contra a V.O., uma vez que mulheres que puderam contar com acompanhante afirmam ter recebido mais informações, maior qualidade no atendimento e foram menores os índices de violência em contexto hospitalar. Diniz (2014) corrobora esse dado e pontua que o acompanhante é um elemento que ajuda a parturiente expressar necessidades e desejos.

Os resultados da pesquisa de Mozardo (2021) sobre a experiência emocional de parturientes e acompanhantes no parto acompanhando afirmaram o quão fundamental é a presença de acompanhante no momento do parto para prover a calma, conforto, bem-estar mas, sobretudo, para oferecer a segurança nesse momento em que as parturientes se encontram em posição de grande vulnerabilidade. Liz também sentiu o impacto de estar desacompanhada no parto. Ela conjectura sobre como teria sido a experiência se tivesse alguém que pudesse falar por ela, alguém que pudesse trazer segurança contra as violências obstétricas sofridas: “ele (marido) sabia que eu não queria, as coisas que eu não queria, e talvez podia ter intimidado as pessoas de não ter feito isso (episiotomia) porque eu acredito que eles fazem quando a gente tá só, ou quando a gente não tem informação”.

Além da episiotomia, Liz teve uma hemorragia pós-parto e, por cerca de duas horas, segundo relata, a médica permaneceu estancando o sangramento com as próprias mãos. Por conta da hemorragia, sua filha que acabara de nascer precisou ser retirada de seu colo, o que a desestabilizou ainda mais “a médica que estava com minha bebê podia ter ficado ali do lado, porque eu fiquei o tempo todo achando que eu ia morrer sem ter pegado minha filha e sem saber se ela ia pro colo do pai dela e foi uma coisa muito ruim de viver”. Ela conta que sentiu-se abandonada, pensou que morreria ali sozinha enquanto a família estava fora da maternidade

“eu estava sozinha e tinham seis pessoas ao meu redor mas eu não conhecia nenhuma. Quase todas elas tinham me violentado ali, depois estavam salvando a minha vida. E poderiam não ter conseguido salvar e eu não poderia ter um momento feliz com aqueles que eu amo”.

Em decorrência da hemorragia, os médicos recomendaram que ela não se levantasse nas vinte e quatro horas seguintes ao parto, o que causou grande prejuízo nos cuidados que ela teve que prover sozinha à filha no puerpério imediato, definido como aquele vivido ainda em contexto hospitalar. Essa experiência deflagrou a falta que o acompanhante faz para além do momento do parto: “como é que você cuida de um bebê sem poder se levantar? E eu sentia dores no meu corpo inteiro (...) só o fato de eu me mexer na cama de um lado pro outro era difícil. E eu fiquei sozinha mesmo assim”.

Alves, Bampi e Godinho (2011) constataram que a presença do acompanhante no puerpério imediato é fundamental pois promove apoio psicológico e afetivo à puérpera e ajuda nos cuidados do recém nascido uma vez que recorrentemente as puérperas sentem-se cansadas pelos esforços físicos do trabalho de parto ou encontram-se com dores e mobilidade reduzida em detrimento de intervenções cirúrgicas, necessitando de apoio nas atividades relacionadas a higiene e amamentação do recém-nascido. Liz não pôde contar com o apoio do seu acompanhante durante sua internação na maternidade. Para a continuidade dos cuidados de sua filha, precisou encontrar estratégias que demandassem o menor esforço possível de seu corpo debilitado pela episiotomia e pela hemorragia “Eu passei noites e dias sentada na cadeira com minha filha no braço porque eu não conseguia cuidar dela. Meu corpo doía muito então achava mais confortável ficar sentada com ela porque ficava mais fácil pra pegar ela ou colocar na cama”.

Ao rememorar o parto e a internação, Liz descreve uma maternidade superlotada, com número reduzido de profissionais da saúde por conta da infecção pela COVID-19 e com muitas puérperas ao seu redor que, assim como ela, necessitavam de apoio para prestar cuidados aos seus filhos. Diante deste cenário, ela contou com apoio insuficiente da equipe médica, tendo relatado divergências em seu tratamento para a hemorragia, fazendo piorar seu estado de saúde. Liz recebeu pouco suporte da equipe de saúde nos cuidados com sua filha, chegando a passar mal ao precisar levantar para realizar os cuidados sozinha e a se ver impossibilitada de realizar sua higiene pessoal. Liz não recebeu nenhum apoio psicológico na maternidade e relata que não conseguiu dormir neste período: “Eu não conseguia dormir porque eu cochilava e eu acordava assustada sentindo todas as dores que eu sentia aquele dia (do parto). Acordava agoniada, me tremendo, e eu não podia me levantar”. Todos estes fatos alevaram a ter uma experiência estressante na maternidade, sentindo-se constantemente triste, sozinha e revoltada

com o tratamento que recebeu da equipe e com a privação de seus direitos durante a internação.

3.3 “Não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”:

Repercussões das violências obstétricas na autoimagem e na vinculação da mãe com o bebê

Ao longo de seu relato, Liz elenca inúmeras experiências negativas, de prejuízo físico e psicológico, em sua vivência perinatal, sobretudo relacionadas ao parto e ao tratamento no hospital. Acerca dos impactos de tais vivências, Mozardo (2021) pontua que “nos casos em que o ambiente (hospitalar) falhou em atender às necessidades da mulher, observamos que a integração psicossomática foi colocada à prova, e o parto pareceu ser vivido como um evento desorganizador para a mulher.” (p. 109). Liz descreve seu parto como um momento triste e violento, e a partir de suas vivências no parto ela pondera: “foi uma experiência muito traumática para mim ter minha primeira filha (...) eu gostaria de ter muitos filhos, hoje não sei se um dia terei outro”. Ela considera sua experiência do parto algo muito difícil de relatar e também de ouvir. Conta que sempre quis escrever o relato de parto, que é um texto em que puérperas descrevem seus sentimentos, sensações e percepções experimentadas ao longo do trabalho de parto, entretanto, mas que não chegou a fazê-los: “eu não consigo citar nem relatar uma parte boa do trabalho de parto, então eu não quis fazer o relato de parto para não deixar registrado algo tão triste que eu acho que meus pais não aguentariam ler, nem ouvir (...) muito menos minha filha quando crescesse”.

Mozardo (2021) observa que o comprometimento da experiência do parto também pode provocar consequências no puerpério (Ibidem, p. 107). Os relatos de Liz corroboram essa percepção: “o puerpério foi muito muito mais difícil do que eu conseguia imaginar (...) não tive tranquilidade, não tive serenidade, foi muito difícil”. Maldonado (1991) sugere que no puerpério há maior instabilidade e vulnerabilidade emocional, principalmente pelas drásticas descargas hormonais no organismo, pelas dores e cansaços de parir e amamentar, mas sobretudo pela adaptação à nova realidade familiar e psicológica. A mulher sente maior necessidade de afeto, cuidado e proteção, e, para a autora, um parto tranquilo e a garantia dessa demanda do puerpério podem propiciar melhor adaptação à função materna.

Diniz (2014) aponta que “a experiência do parto é poderosa e duradoura, com consequências para a saúde física e mental, autoimagem, relacionamento com o bebê, com o companheiro(a) e com a família (p. 141). Autores como PROGIANTI, ARAÚJO e MOUTA, (2008) DIAS e PACHECO (2020) e ASSIS, MEURER e DELVAN (2021) afirmam que as

experiências violentas e traumáticas no parto repercutem de forma negativa na relação com a família e com a díade mãe-bebê. Para Liz, as violências obstétricas e as violações de direito sofridas em seu parto reverberaram ao longo do puerpério, dificultando principalmente a relação com sua filha, seu marido e também consigo mesma: “sentia a maternidade pesada (...) não queria a Liz perto de mim e isso me doía demais (...) ao mesmo tempo eu queria ela, eu não queria ela com o sentimento que eu estava carregando, com aquele pânico todo, com aquele estresse todo”.

Iaconelli (2012a) fala do ruído estrondoso que as experiências perinatais podem acarretar na relação dos pais com o bebê, fato que se confirma na fala de Liz ao descrever o impasse na constituição da relação entre ela e sua filha: “quando cheguei em casa, eu demorei cerca de 3 meses para conseguir conversar com a minha filha sem chorar e conseguir cuidar dela sem me desesperar.”. Liz conta que buscou apoio em redes sociais e pesquisas na internet para encontrar estratégias capazes de minimizar esses impactos: “a internet, outras pessoas, falavam: ‘conversa com ela, lê pra ela, canta com ela’ mas eu começava a fazer isso e eu começava a chorar, não conseguia fazer.”

Todo esse cenário acabou por gerar em Liz o sentimento de culpa, “me culpava por causa disso, porque agora eu sou mãe e como é que eu vou dizer pra minha filha que um dia eu desejei que ela não existisse? Que eu desejei que ela não ficasse perto de mim?”. Ora, como uma mulher que sofreu tanto no momento que marca de forma real a passagem para o papel de mãe (MALDONADO, 1991) poderia sentir tantas coisas ruins sobre a maternidade sem culpa? De acordo com Badinter (1985), não há como existir a mãe sem a culpa. Ela aponta que histórica e culturalmente passou-se a compreender a maternidade como algo inerente à mulher, da ordem do instinto. Uma mãe é aquela que ama incondicionalmente e sem dúvidas, que cuida e que supre todas as necessidades de seu filho. Portanto, nessa lógica, a mãe que não dá conta das integralmente das questões de um filho ou que não tem certeza sobre o amor incondicional a sua prole não é uma mãe boa e deve sofrer com isso: seja pela culpabilização da sociedade contra ela, seja pela sua própria autculpa.

Subjugadas a valores como instinto materno e amor materno, às mulheres foi negado o direito de se sentirem ambivalentes sobre o que sentem diante dessa nova relação, a de mãe e filha. Posto isto, Iaconelli (2012a), à luz da psicanálise, aponta para a ambivalência de afetos e desejos presente em todos os sujeitos, que se apresenta com força no processo perinatal e parental de construção da identidade de uma mãe. Liz fala sobre a dificuldade que passou para compreender essa ambivalência diante da convivência com sua filha, bem como com as lembranças do momento que a fez nascer: “era uma coisa muito difícil de lidar, uma confusão

de sentimentos horríveis”. Ela relata que mesmo um ano e meio depois do nascimento da filha, data da entrevista, esses sentimentos, às vezes, ainda aparecem.

Ao contrário do que aponta o senso comum, uma mãe não nasce automaticamente a partir da chegada de um filho. Badinter, em contrapartida à aparente naturalização e universalização dos sentimentos inaugurados com o parto define o amor e o instinto materno como mitos:

Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. (BADINTER, 1985, p. 366).

Além do profundo sentimento de culpa com relação à maternidade, Liz se recriminou muito acerca de suas reações no parto frente às violências que sofreu. Ela refletia consigo mesma: “por que você não falou nada? Por que você não brigou do jeito que você acha que faria? Por que você não proibiu que encostassem a mão em você? Por que você deixou fazerem aquilo?”. Mesmo tendo relatado durante a entrevista que as dores do parto a impossibilitaram de falar por si, ela sentia que tinha a responsabilidade pela garantia de sua segurança. Conforme relatado, ela sempre se considerou forte e preparada para dar a luz. Contudo, após sua experiência, passou a não se considerar mais uma mulher forte, repetindo para si: “não sou forte mesmo, não consigo mesmo e eu não daria conta mesmo”. Silva, Souza e Leite (2019) indicam que mulheres que sofreram V.O. comumente passam a sentir-se incapazes e perdem a valorização por si, causando grandes prejuízos para a saúde mental e relação com a família e com o bebê.

Com a finalidade de compreender tudo o que viveu e de poder garantir a outras mulheres informações sobre o parto, a maternidade e os direitos da parturiente e puérpera, Liz encontra conforto e força no compartilhamento de sua experiência com outras gestantes e puérperas de sua comunidade. Ela relata que conversar e alertar mulheres sobre seus direitos ajudava a lidar com todo seu sofrimento: “Isso me ajudava bastante a lidar: saber que elas podiam contar comigo, coisa que eu não pude contar com outras pessoas”.

Além de compartilhar suas vivências com outras mulheres, Liz aceitou ser testemunha na ação civil pública contra o estado, realizada mediante a Defensoria Pública por meio do Núcleo Especializado de Proteção e Defesa da Mulher (NUDEM) e da Central de Atendimento à Saúde (CAS) que reivindicou o direito das parturientes e puérperas contarem com acompanhante na maternidade pública no estado do Tocantins. (QUEIROZ, 2020). Ela considerou a oportunidade de falar sobre as violências sofridas uma tarefa difícil mas que trouxe

felicidade póstuma, uma vez que a partir dessa audiência algumas mudanças começaram a acontecer na maternidade. Sua fala buscou mostrar a realidade de alguém que precisa lidar com as marcas da violência obstétrica no cotidiano: “não é simples, não é fácil delidar. Falar era demonstrar que não tá tudo bem, que não é tão simples de lidar e de conviver com isso depois”.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos de gestantes, parturientes e puérperas, bem como sua integridade física e psicológica, são objeto de pesquisas, políticas públicas e mobilizações sociais, mas se encontram em situação de permanente ameaça. Sabemos que histórico para as violações de direitos e práticas de violências em contextos obstétricos foi a passagem dos cuidados perinatais protagonizado por mulheres por meio do compartilhamento de saberes intergeracionais para o saber biomédico e científico, cuja premissa é calcada na relação de poder entre equipe obstétrica e gestante, parturiente e puérpera. Essa relação de poder que ainda vigora, privilegia práticas hospitalocêntricas e intervencionistas que podem não oferecer beneficência e até oferecer maleficência à mulher em contexto perinatal à medida que violenta estes corpos, suprimindo seus desejos, planos, escolhas e protagonismo em detrimento da manutenção de práticas obstétricas que beneficiam o trabalho da equipe ao passo que violentam os corpos femininos.

A partir de críticas a este modelo de assistência obstétrica e diante de emergentes denúncias de violações de direitos por gestantes, parturientes e puérperas no contexto brasileiro, leis e estratégias foram inauguradas com intuito de conter as violências institucionais contra gestantes, parturientes, puérperas, mulheres em abortamento e nascituros, chamadas de violências obstétricas. Nesta trajetória, destaca-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no ano 2000, a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 que institucionalizou a obrigatoriedade da presença de acompanhante, eleito pela parturiente, durante o trabalho de parto e no parto e a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que instituiu o direito à gestante de conhecer e promover vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS e, em 2011, inaugura-se a Rede Cegonha, que converge várias políticas de assistência em saúde e direitos perinatais.

Entretanto, a partir de pesquisas bibliográficas e reportagens na mídia, é possível perceber um gigantesco retrocesso na garantia de direitos perinatais em contexto de Pandemia pela COVID-19 em diversos estados brasileiros, como Tocantins, estado eleito para esta pesquisa. A partir da experiência de Liz, uma mulher que vivenciou sua gestação, parto e puerpério em contexto de Pandemia pela COVID-19 nos dispositivos do SUS, principalmente em uma maternidade pública referência do estado do Tocantins, constatou-se os impactos de violações de direitos como o direito ao acompanhante, a vinculação prévia à maternidade, a escolha de via de parto, além de diversas violências forjadas contra seu corpo no momento do parto e no puerpério, resultados semelhantes aos descritos em pesquisas de Silva et al. (2021), Paixão et al. (2021) Bomfim et al (2020), Silva et al (2017), SANTOS (2022) OMS (1996),

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), Previatti e Souza (2007), Alves, Bampi e Godinho (2011), Mozardo (2021) Diniz (2014) e Gazar et al. (2021)

Ao longo da pesquisa, observamos os impactos da privação de direitos sobre as expectativas e planos relacionadas à gestação e o parto, revelando como os protocolos adotados pela maternidade, cujos não permitiram o acompanhante no pré-parto, parto e internação puerperal em detrimento da COVID-19 impediram a concretização dos desejos das gestantes e parturientes. Liz descreve que seu maior desejo era compartilhar a experiência do parto ao lado de seu marido, o que não foi possível. Ao saber que seria privada desse direito, ainda na gestação, Liz experimentou uma potencialização da fragilidade psicológica comuns semanas finais de gestação. Ao pensar na possibilidade de parir sozinha, sem o suporte, apoio e companhia de seu marido, ela viveu intensa angústia, medo e frustração, passando as últimas semanas de gestação pensando em estratégias para evitar que seu parto acontecessem em contexto hospitalar.

Foram destacadas, na análise da pesquisa, as inúmeras violações de direitos e violências contra o corpo da parturiente e puérpera, em contexto obstétrico, práticas que chamamos de V.O. Liz aponta para o lugar de menor importância que os cuidados com a mulher tomam frente aos cuidados com o nascituro e o trabalho da equipe obstétrica. Ela descreve a realização da episiotomia e da aplicação de medicamentos para acelerar o processo do parto, práticas que configuram violências obstétricas pois trazem maleficência à saúde e qualidade de vida da mulher, sendo estas práticas que visam apenas acelerar e facilitar o trabalho da equipe obstétrica.

Liz descreve pouco suporte oferecido pela equipe hospitalar que não ofereceu outras posições para o expulsivo, tendo relegado a ela um lugar de passividade em sua fase expulsiva: deitada em uma maca, medicada e tendo seus membros inferiores imobilizados por homens da equipe médica. Ela reflete que o acompanhante teria sido um fator de proteção contra toda V.O. que sofreu, fato que corrobora com as literaturas relacionadas ao parto acompanhado (MOZARDO, 2021) e acredita que a instituição valeu-se dos protocolos de biossegurança da pandemia para perpetuar práticas de V.O. de forma impune. Em detrimento das violências sofridas e das complicações, ela descreve seu parto como um evento triste em que teve medo de morrer sozinha.

Além das violências sofridas por parte da equipe que assistiu-a em seu parto, Liz descreve apoio insuficiente da equipe que deveria prestar cuidados no puerpério. Mesmo fraca por conta da hemorragia, precisou cuidar da filha sozinha e mais uma vez se viu na posição de colocar a atenção com sua saúde depois dos cuidados com sua filha, sem conseguir higienizar-

se, dormir, e ficar em posições confortáveis por não poder dividir os cuidados de sua filha com outra pessoa. Seu relato evidencia, mais uma vez, a importância do acompanhante para a saúde da mulher em contexto perinatal.

Esta pesquisa também revela a repercussão das violações de direitos e violências obstétricas para as vivências puerperais, principalmente no que diz respeito à vinculação da mãe com o bebê e na autoimagem. Liz descreve o parto como um momento triste e violento, algo que não gostaria de compartilhar com ninguém e um momento muito difícil de lembrar. As lembranças do parto trouxeram sentimentos que geraram muita culpa: sensação de que a maternidade é pesada e de não desejar estar perto da filha. Ela vivenciou muita tristeza, angústia e estresse, e a estes sentimentos atribui a dificuldade em amamentar e vincula-se à sua filha. Toda violência repercutiu também na relação que estabelecia consigo mesma pois constantemente ela se auto recriminou por não ter conseguido lutar contra as violências que sofreu no parto enquanto elas aconteciam.

Apenas após meses do parto estes sentimentos foram amenizados, por meio de estratégias que Liz criou para lidar com todo o sofrimento que sua experiência perinatal deixou. Ela conta que compartilhar sua vivência com outras gestantes, alertando elas sobre seus direitos e sobre a realidade da maternidade ajuda ela a lidar com o trauma de seu parto e puerpério. Além disso, poder testemunhar e contribuir no processo civil movido contra o estado pela NUDEM trouxe felicidade, uma vez que a partir deste processo o estado e a maternidade voltaram atrás em alguns protocolos de biossegurança que feriam os direitos das parturientes e puérperas.

Vale ressaltar que estes achados não esgotam a temática dos impactos das violações de direitos e violências obstétricas para a perinatalidade, principalmente em contexto de emergências biológicas, além de não contemplar a realidade de todas as mulheres que acessam os serviços de saúde pública no estado do Tocantins, que são, em sua maioria, mulheres negras que estão sujeitas, além de toda V.O., à potencialização do sofrimento e das violências em decorrência do racismo estrutural.

Atentemo-nos também ao fato de que, no curso da revisão bibliográfica, identificamos que a maioria das publicações relacionadas aos impactos das violências obstétricas são do campo da enfermagem, o que nos fez refletir sobre o empenho da psicologia nos cuidados psicológicos perinatais. Importa destacar que Liz não obteve nenhum cuidado psicológico durante sua gestação, parto, puerpério imediato e puerpério, entretanto, as pesquisadoras, comprometidas com o código de ética da psicologia, com a humanização dos processos de pesquisa e com o acesso gratuito e de qualidade aos serviços de psicologia indicou a ela serviços

gratuitos de psicologia, como clínicas escolas de sua região, além de grupos online de puérperas mediados por psicólogas especializadas.

Identificamos, ainda na revisão bibliográfica, um déficit de produções que elucidem a repercussão da violência obstétrica no puerpério, sendo a maioria das produções voltadas para o momento do parto. A presente pesquisa constatou que as violências obstétricas sofridas no parto tem ligação direta com o sofrimento psíquico, o comprometimento físico, bem como as dificuldades relacionais com o bebê e consigo mesmas experimentadas no puerpério, e reafirma a importância do fomento de pesquisas voltadas a esta temática.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Natalie Maria de Oliveira de; RAMOS, Edith Maria Barbosa. O direito da parturiente ao acompanhante como instrumento de prevenção à violência obstétrica. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 4, p. 12-27, 2020. Disponível em: <<https://prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/643/774>> Acesso em: 09 nov. 2022
- ALVES, Marcela Caetano; BAMPI, Ricardo Roberto; GODINHO, Viviane Gonzaga. **Apoio à parturiente por acompanhamento de sua escolha em uma maternidade-escola**. Monografia - Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121468/319190.pdf?sequence=1>> Acesso em: 01 nov. 2022
- ASCOM/DPE-TO. CORONAVÍRUS: A Defensoria do Tocantins vai à Justiça pela garantia de direitos às mulheres gestantes no momento do parto. **Associação Nacional de Defensoras e Defensores Públicos**, 2020. Disponível em: <<https://www.anadep.org.br/wtk/pagina/materia?id=43720>>. Acesso em: 18 jul. 2021
- ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva (2021). Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, 39(103), 135-15 Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-72352>> Acesso em: 01 de nov. 2022.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. s.e. Rio de Janeiro: EDITORA: NOVA FRONTEIRA. 1985. Disponível em: <<https://we.riseup.net/assets/127560/Badinter%2C+Elisabeth+O+Mito+do+Amor+Materno.pdf>> Acesso em: 09 Nov. 2022
- BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Disponível em: <<https://ia802902.us.archive.org/8/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>> Acesso em: 08/06/2022
- BLEGER, José. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. Tradução: Rita Maria M. de Moraes e Luiz Lorenzo Rivera. 3º ed. São Paulo: Martins Fontes. 2003 p. 137.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF); 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf> Acesso em: 09 nov. 2022
- BRASIL. Lei nº 11.108, 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 2005. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm> Acesso em: 22 jun. 2021
- BRASIL. Lei n.º 11.634, 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao

conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm> Acesso em: 22 jun. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 20 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho**. DAPES/SAS/MS. 2019. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0> Acesso em: 30 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 13/2020 – SE/GAB/SE/MS – Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 2020. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>> Acesso: 16 jul. 2021

BOMFIM, Vitoria Vilas Boas da Silva et al. Violência obstétrica no período de parto ativo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e21110817123-e21110817123, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17123>> Acesso em: 9 nov. 2022.

BORGES, Barbara; SERRANO, Fátima; PEREIRA, Fernanda. Episiotomia: Uso generalizado versus selectivo. **Acta médica portuguesa**, v. 16, n. 6, p. 447-54, 2003. Disponível em: <<https://novaresearch.unl.pt/en/publications/episiotomy-routine-versus-selective-use>> Acesso em: 09 nov. 2022

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 270-277, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072014002860013>> Acesso em: 25/10/2022

CASTRO, Thamis Ávila Dalsenter Viveiros de. Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar. **Pensar-Revista de Ciências Jurídicas**, v. 25, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/42637346/Direito_ao_acompanhante_viol%C3%Aancia_obst%C3%A9trica_e_poder_familiar> Acesso em: 9 nov. 2022

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p.04-13, 18 jun. 2020. <<http://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232>> Acesso em: 01 de nov. 2022

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos

sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3 p. 627-637. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>> Acesso em: 18 jun. 2021

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S140-S153, 2014. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8413>> Acesso em: 09 nov. 2022

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Boletim Observatório Covid-19. **Boletim extraordinário**, 25 de junho de 2021. 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_extraordinario_2021-junho-23-parte2-pags09-17.pdf> Acesso em: 31 jun. 2021

GARRETT, Camylla Aparecida; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes. **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 453-459, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-832982>> Acesso em: 09 nov. 2022

HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise psicológica**, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/viewFile/176/pdf>> Acesso em: 05 ago. 2021

IACONELLI, Vera. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2012a. 129 f. Tese de Doutorado. (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho) Universidade de São Paulo. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07052013-102844/en.php>> Acesso em: 31 jul. 2021

IACONELLI, Vera. **O que é psicologia perinatal**: definição de um campo de estudo e atuação. Área de Estudos do Instituto Brasileiro de Psicologia Perinatal. 2012b. **Instituto Gerar**. Disponível em: <<https://doczz.com.br/doc/563588/psicologia-perinata---instituto-brasileiro-de-psicologia-.%20Acesso%20em:%206>> Acesso em: 31 jul. 2021

IASC - INTER AGENCY STANDING COMMITTEE (2020). **Guia Preliminar: como lidar com os aspectos Psicossociais e de Saúde mental referente ao surto de COVID –19**. 18 Versão 1.5. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>> Acessado em: 14 de julho de 2021

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 24, n. 8, 2019 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>> Acesso em: 30 jul. 2021
MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**. 13 ed. Rio de Janeiro. Editora Jauatirica. 1991.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. **Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, v. 2, p. 58-59, 2004. Disponível em:

<https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_e_nrevista_semi-estruturada.pdf> Acesso em: 20 jun 2021

MATTOS, Diego Vieira de et al. O empoderamento da mulher no parto domiciliar planejado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 4182-4187, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11162>. Acesso em: 9 nov. 2022.

MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; MESQUITA, Maria Rita de Souza. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, p. 1-2, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/cMTzz5SL3Cdq7xkyZrJZ6bp/>> Acesso em: 9 nov. 2022

MOZARDO, Maria Lydia Sanchez Garcia. **Parto acompanhado: a experiência emocional de parturientes e acompanhantes**. 2021. 137f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1450>> Acesso em: 03/08/2021>

OLIVEIRA, Pedro Ivo. Organização Mundial da Saúde declara pandemia de coronavírus. **Agência Brasil**, Brasília, 11 mar. 2020. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-03/organizacao-mundial-da-saude-declar-a-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em 04 ago. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. OMS, 1996. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf> Acesso em: 09 nov. 2022

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Declaração da OMS. 2014 Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=0831D6F00D0988E4CBF401C0B9FF78EC?sequence=3> Acesso em: 30 jul. 2021

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Alerta epidemiológico - **Complicações e sequelas da COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/covid-19-materiais-de-comunicacao-1/Alerta%20epidemiologico%20-%20Complicacoes%20e%20sequelas%20da%20COVID-19.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2021

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Gênero e COVID-19: Orientações para Advocacy**, 14 de maio de 2020 (online), 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52432/OPASWBRACOV1920085_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 02 jul; 2020.

PAIXÃO, Gilvania Patrícia do Nascimento et al. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-Cov-2: um recorte brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem** v. 42, n. spe, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165>>. Acesso em: 20 de jul. 2021.

PICCININI, Cesar Augusto et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 13, p. 63-72, 2008. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/pe/a/dmBvk536qGWLgSf4HPTPg6f/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10/10/2022

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 197-201, 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reben/a/HcQ7JgG9yZhjcXc4pg3ZHZs/>> Acesso em: 09 nov. 2022

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 45-49, 2008. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/ean/a/93MjPCPgbnMrHCRXXgXZf4y/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 09 nov. 2022

QUEIROZ, Letícia. Grávidas reclamam que não podem ser acompanhadas na hora do parto e fazem protesto na frente de maternidade. **G1 - Tocantins**, Tocantins, 19 nov. 2020. Disponível em:
<<https://g1.globo.com/to/tocantins/noticia/2020/11/19/gravidas-reclamam-que-nao-podem-se-r-acompanhadas-na-hora-do-parto-fazem-protesto-na-frente-de-maternidade-video.ghtml>>.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. **Tempus Actas Saúde Coletiva**. v. 4 2012. Disponível em:
<http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Cadernos-HumanizaSUS-v.-4_-Humaniza%C3%A7%C3%A3o-do-parto-e-do-nascimento-Movimentos-Sociais.pdf> Acesso em: 23 jun. 2021

REHUNA. Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento . **Carta de Campinas**. 1993. Disponível em:
<<http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Funda%C3%A7%C3%A3o-da-ReHuNa-1993.pdf>> Acesso em: 20 jul. 2021

SADECK, Ana Carolina Silveira Vasconcelos. **Cesárea a pedido: direito à autodeterminação da gestante e violência obstétrica**. Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). 2020. Disponível em:
<<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/14146/1/Ana%20Sadeck%2021395160.pdf>> Acesso em: 9 nov. 2022.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 645-650, 2008. Disponível em:
<https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/UFRJ-4_564531858e06d1f8e0aee1514b114117/Details> Acesso em: 9 nov. 2022.

SANTOS, Sara Conceição. Vozes de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e parto: um olhar sobre a violência obstétrica. Monografia - Centro Universitário Maria Milza. Bahia. 2022. Disponível em:
<<http://famamportal.com.br:8082/jspui/bitstream/123456789/2645/1/ENFERMAGEM%20-%20SARA%20CONCEI%C3%87%C3%83O%20SANTOS.pdf>> Acesso em: 9 nov. 2022.

SARMENTO, Regina; SETÚBAL, Maria Silvia Vellutini. Abordagem psicológica em obstétrica: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Revista de Ciências Médicas**, v. 12, n. 3, 2003. Disponível em: <<https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1260/1235> > Acesso em: 04 ago. 2021

SCHMIDT, Beatriz; PALAZZI, Ambra; PICCININI, Cesar Augusto. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877>> Acesso em: 05 ago. 2021

SILVA, Pamela Rodrigues da et al. ATITUDES E SENTIMENTOS DE MULHERES QUE REALIZARAM PARTO DOMICILIAR EM MANAUS-AM. In: **13º Congresso Internacional Rede Unida**. 2017. Disponível em: <<http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/1153>> Acesso em: 9 nov. 2022.

SILVA, Fabiana Laranjeira da; SOUZA, Ana Lúvia; LEITE, Cláudia Daniele Barros. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. 1, p. 159-171, jan.-marc., 2019. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2060/1869>> Acesso em 04 nov. 2022

SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, p. 245-265, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100013>> Acesso em: 01 ago. 2021

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de; PRATA, Ana Paula. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>> Acesso em: 04 nov. 2022.

TOCANTINS. SES-TO. Nota de Esclarecimento. Assunto: **Acompanhantes no hmdr durante a pandemia covid-19**. Palmas, 2020, Disponível em: <<https://central.to.gov.br/download/90124>> Acesso em: 20 jul. 2021

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: **A medicalização do corpo feminino**. 2002. p. 84-84. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-17481>> Acesso em: 09 nov. 2022

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. v. 29, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>> Acesso em: 30 jul. 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: PERINATALIDADE EM CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DO TOCANTINS

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Carolina Souza Pedreira

Telefone: (63) 984041481

Convidamos a senhora a participar da pesquisa “PERINATALIDADE EM CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DO TOCANTINS”, coordenada pela Profa. Dra. Carolina Souza Pedreira, vinculada a Universidade Federal do Tocantins - Câmpus de Miracema - Curso de Psicologia. O objetivo da pesquisa é compreender os efeitos psicológicos da experiência da perinatalidade no contexto da pandemia da Covid-19, identificar possíveis impactos e desdobramentos psicológicos e sociais desta experiência, bem como analisar os significados de viver a perinatalidade durante esta pandemia. A relevância da pesquisa se dá pela necessidade de avaliar a qualidade da vivência do ciclo gravídico-puerperal e da saúde obstétrica em um contexto de emergência sanitária, considerando os protocolos federais e estaduais que alteraram aspectos do atendimento e do acompanhamento de gestantes, parturientes e puérperas.

Informamos que o projeto da referida pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins - CEP/UFT, por meio do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 59931322.7.0000.5519. Conforme a Resolução CNS N° 466 de 2012 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Será muito importante a sua participação na pesquisa pelos motivos expostos e essa se dará por meio de entrevista individual. A entrevista será previamente agendada, de acordo com a sua disponibilidade e acontecerá, durante a pandemia de Covid-19, pelo telefone, videochamada do WhatsApp ou Google Meet, ficando a seu critério a escolha das modalidades previstas, e será gravada, caso permita e seja possível.

Sua participação é totalmente voluntária, o que possibilita a recusa em participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer prejuízo. Ao aceitar participar, será respeitado o sigilo profissional postulado no Código de Ética de Psicologia e todas as diretrizes previstas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde que tratam das pesquisas com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais (RESOLUÇÃO No 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 e RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016).

Esclarecemos que os participantes da pesquisa serão identificados com nomes fictícios, garantindo que não haja qualquer forma de reconhecimento por terceiros.

As informações coletadas serão utilizadas somente para fins de pesquisa, tratadas com absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. O material resultante da gravação da entrevista e a sua transcrição será guardado em local seguro, de acesso apenas ao entrevistador e/ou pesquisador responsável. Apesar de todo o rigor descrito, cabe-nos informar que a participação na pesquisa envolve alguns riscos, a saber:

1. A participante pode se sensibilizar ao relatar a sua experiência de perinatalidade vivida nos contextos de restrição durante a pandemia de Covid-19 diante da condição de vulnerabilidade e dos entraves para acessar os direitos reprodutivos, em especial o direito ao acompanhante previsto na Lei 11.108/2005;

2. Durante a realização da entrevista, a participante da pesquisa pode apresentar desconforto ao expor sua história, desencadeando memórias negativas, medo, vergonha, culpa, constrangimento, receio de revelar informações, sentimento de invasão de privacidade, entre outros sentimentos que podem ser despertados, sendo respeitado os limites impostos pelo participante da pesquisa;

3. Por se tratar de uma pesquisa em ambiente virtual, existem riscos relacionados ao uso de ferramentas digitais, considerando as limitações dos pesquisadores em assegurar total confidencialidade e o potencial risco de violação dos dados, entretanto assumimos o compromisso de tomar todo o cuidado com o armazenamento dos dados para que isso não ocorra.

A fim de minimizar os riscos citados, as entrevistas serão realizadas de forma acolhedora. A participante da pesquisa terá total apoio da equipe de pesquisadores e caso algum risco se materialize a pesquisadora responsável irá tomar as medidas necessárias para que a participante possa realizar acompanhamento psicológico junto ao Ambulatório Professora Isabel Auler (APIA-UFT), situado à Quadra 303 Norte Alameda 10, Lote 20 - Plano Diretor Norte, em Palmas, seja na modalidade presencial ou *online*.

Em caso de sofrer algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa, a participante terá direito à indenização. Visando a segurança e confidencialidade das informações, uma vez concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável fará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

Os benefícios desta pesquisa para você e a sociedade como um todo serão a produção de conhecimentos que possam contribuir na garantia de direitos relacionados à saúde obstétrica

ena proteção da saúde mental de mulheres que vivenciam a perinatalidade no Tocantins, abrindo a possibilidade de melhoria pela qualificação da prestação de serviços às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério em contextos de emergência no Tocantins e fora dele.

Concluída a pesquisa, a participante tem a garantia de acesso aos resultados, sendo tarefa dos pesquisadores encaminhá-los.

Caso você tenha acesso facilitado à internet, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será enviado por meio de link eletrônico, gerado pela plataforma do Google Formulário (Google Forms). Ao receber o link você irá preencher os campos necessários que registram seu aceite em participar da pesquisa e posteriormente salvar. Concluída essa etapa será enviada uma cópia de igual teor no e-mail fornecido pelo participante. A pesquisadora estará à disposição para tirar dúvidas quanto a esse e demais procedimentos envolvidos na pesquisa. No caso de dificuldade de acesso à internet, esse termo deverá ser preenchido manualmente em duas vias de igual teor e assinado pelas partes, sendo uma via entregue a você e a outra ficará de posse do pesquisador. Destacamos que a participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Reforçamos que a senhora não pagará e nem receberá pela participação no estudo.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor e assinado pelas partes, sendo uma via entregue a você e a outra ficará de posse da pesquisadora. Reforçamos que a senhora não pagará e nem receberá pela participação no estudo.

Eu,..... ,
 declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar voluntariamente da pesquisa coordenada pela Prof. Dra. Carolina Souza Pedreira, ____Data: / / Assinatura da participante.

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

____Data:.....

Assinatura da pesquisadora

Qualquer dúvida com relação à pesquisa será esclarecida com a pesquisadora: Nome: Carolina Souza Pedreira, no endereço: ARSE 13 alameda 8 lote 8, Palmas - TO, CEP: 77020-108. Telefone/e-mail: (63) 984041481, carolinapedreira@mail.uft.edu.br. Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa será esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UFT, no endereço abaixo: ALMOXARIFADO CÂMPUS DE PALMAS, Telefone (63) 3229-4023, e-mail:

cep_uft@uft.edu.br.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO E USO INTEGRAL AOS AUTOS Nº
0016414-12.2020.8.27.2729,

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA ACESSO E USO INTEGRAL AOS AUTOS
Nº 0016414-12.2020.8.27.2729,**



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO TOCANTINS

Av: Teotônio Segurado - Edifício do Fórum Marques São João da PalmaS - Bairro Plano Diretor Sul - CEP 77021-654 - Palmas - TO - <http://www.tjto.jus.br>

PROCESSO 22.0.000013236-9
INTERESSADO JADY ALINE ALBUQUERQUE DE ARAÚJO
ASSUNTO

Manifestação

Excelentíssimo Desembargador Presidente,

Em atenção ao despacho proferido no evento 4332851, referente à possibilidade de acesso integral aos autos nº 0016414-12.2020.8.27.2729, referente à Ação Civil Pública movida pela Defensoria Pública Estadual contra o Estado do Tocantins, com vistas à análise e utilização dos depoimentos prestados pelas mulheres que vivenciaram a experiência da perinatalidade no contexto excepcional de pandemia no trabalho acadêmico “PERINATALIDADE EM CONTEXTO DE PANDEMIA DO COVID-19 NO ESTADO DO TOCANTINS”, **não vislumbro óbice ao deferimento do pedido formulado pela pesquisadora Jady Aline Albuquerque de Araújo, com a ressalva de se obter da pesquisadora o compromisso de preservar o sigilo da identidade das pacientes.**

É a manifestação que submeto ao crivo de Vossa Excelência.



Documento assinado eletronicamente por **Gil de Araújo Corrêa, Juiz de Direito**, em 26/05/2022, às 17:44, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no link <http://sei.tjto.jus.br/verifica/> informando o código verificador **4349850** e o código CRC **DD0AB61B**.