

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO – UNIVASF
PRÓ REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO – PRPPGI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGSI)**

**Violência Obstétrica – uma violência institucional no parto: Quando a
maternidade torna-se locus de violência e opressão**

Tatiana Aline de Souza Carvalho

Violência Obstétrica – uma violência institucional no parto: Quando a maternidade torna-se locus de violência e opressão

Dissertação para apreciação como requisito para obtenção de título de Mestre no Curso de Mestrado em Psicologia, na Linha de Pesquisa em Processos Psicossociais.

Orientadora: Luciana Duccini.

Carvalho, Tatiana Aline de Souza

C331v Violência Obstétrica – uma violência institucional no parto: quando a maternidade torna-se locus de violência e opressão/ Tatiana Aline de Souza Carvalho. – Petrolina - PE, 2020.

69 f. 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina-PE 2020.

Orientador (a): Prof.(a) Dra. Luciana Duccini.
Inclui referências

1. Parto (Obstetrícia) - Aspectos psicológicos. 2. Obstetrícia - Violência. 3. Violência contra as mulheres. 4. Serviços de saúde à maternidade. I. Título. II. Duccini, Luciana. III. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 618.4

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

TATIANA ALINE DE SOUZA CARVALHO

**Violência Obstétrica – uma violência institucional no parto: Quando a maternidade
torna-se locus de violência e opressão**

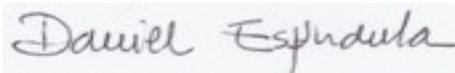
Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do
Vale do São Francisco.

Aprovada em: 19 de Fevereiro de 2020.

Banca examinadora



Luciana Duccini
Doutora em Ciências Sociais, CPGPSI/UNIVASF



Daniel Henrique P. Espíndula
Doutor em Psicologia, CPGPSI/UNIVASF



Paula da Luz Galvão
Doutora em Ciências Sociais, Colegiado Acadêmico de Ciências Sociais/UNIVASF

AGRADECIMENTOS

Gratidão por todo o companheirismo que encontro em ti, Bobs. Pela força e suporte que vem me ofertando ao longo da caminhada: acadêmica, profissional, afetiva, humana!

Gratidão a Luciana Duccini, pela compreensão e comprometimento que encontrei nessa parceria. À Grécia, por dividir as alegrias e dificuldades dessa fase comigo!

Ao Povo Brasileiro, por me dar essa oportunidade e me fazer querer ser alguém melhor e lutar por uma sociedade mais justa e igualitária, sempre!

Às mulheres que me antecederam, às que me ensinam no cotidiano, às que me ensinam no exemplo pedagógico e na teoria.

Agradeço especialmente às mulheres que colaboraram comigo, por partilhar histórias tão íntimas e sofridas. Às mulheres que acompanhei, ouvi e partilhei nos corredores, camas e macas do serviço.

Às/aos profissionais, por me permitir aprender a partir de suas experiências. Ao serviço, por me permitir realizar este trabalho na instituição.

Às mães! Todas elas! Por todos os sacrifícios que vivem no dia a dia. Por trazer a vida ao mundo e me inspirar a lutar por práticas mais humanas de parturição.

À minha mãe, em especial, por seu exemplo pedagógico, por sua força e dedicação a nós. Por quem sou!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

SUMÁRIO

Apresentação	07
ARTIGO 01 – Parto e violência no Brasil: o cenário de retrocessos no país...	19
ARTIGO 02 – Quando a maternidade torna-se locus de violência e opressão: uma experiência etnográfica.....	46
Considerações Finais.....	71
Referências	72

RESUMO

A partir do século XVIII o conhecimento médico passa por conformações científicas assumindo importante status, poder e controle sobre corpos e vivências como o parto. As experiências que se davam nas comunidades, com outras mulheres de referência para as parturientes, passam por processo de institucionalização e medicalização. Tais mudanças acabam por possibilitar violências institucionais e estruturais. Com o objetivo de compreender a rotina de um serviço de saúde materno-infantil e as experiências de mulheres vitimizadas e de profissionais de saúde, acerca do fenômeno da violência obstétrica, se deu o presente trabalho. Trata-se de dois estudos, sendo o primeiro um artigo teórico-político que se debruçará sob o contexto político e de qual forma esse cenário reverbera na vida das mulheres e na vivência do parto no Brasil. O segundo trabalho é uma pesquisa qualitativa, com recorte de gênero, possibilitado por uma inserção etnográfica em um hospital de referência de uma cidade do interior do Estado de Pernambuco, em diálogo com entrevistas narrativas com mulheres autodeclaradas vítimas e profissionais do serviço supracitado. Como resultado, observa-se um campo de estrutura hostil, deficiente frente à grande demanda da região e mantenedor de **velhos hábitos** por parte das/dos profissionais, assim como defasado na formação destas/es e resistente a iniciativas dentro do campo das tecnologias leves.

Palavras chave: Violência obstétrica. Parto. Gênero.

ABSTRACT

Since the Eighteenth Century, medical knowledge goes through scientific conformations assuming important status, power, and control over bodies and experiences, such as childbirth. The experiences that occurred in the communities, with other significant women for the parturients, underwent processes of institutionalization and medicalization. Such changes, eventually, lead to institutional and structural violence. This work aimed at understanding the everyday routine in a reference hospital and the experiences of women victims and health professionals regarding the phenomenon of obstetric violence. Two studies were produced, the first consists of a political-theoretical article which will address the political context and how this scenario reverberates in the experience of childbirth in Brazil. The second work is qualitative research, under a gender approach, whose instruments of access to these discourses were the ethnographic insertion in the reference hospital in a city in the interior of the state of Pernambuco, and narrative interviews with women self-declared victims and professionals of the aforementioned service. As a result, it was found a field of hostile structure, deficient in the face of high demand in the region, and maintaining old habits by professionals, as well as deficiencies in their education.

Keywords: Obstetric violence. Childbirth. Gender.

Apresentação

A experiência do parto, antes vivenciada de forma intimista, no lar, assistida por mulheres detentoras de um “saber popular” – referências de cuidado para determinado grupo ou região (SANTOS, 2002) – passa por um processo de medicalização e institucionalização em função de avanços tecnológicos e de determinado desenvolvimento da Medicina (VIEIRA, 2002).

Evidentemente, tais avanços do conhecimento médico, em geral, e obstétrico, em particular, têm possibilitado salvar muitas vidas e são benéficos como medida de atenção ao parto em casos específicos. Contudo, como apontado pela Organização Mundial da Saúde - OMS (1996), o uso indiscriminado de tecnologias no parto, como a cirurgia cesárea, é pivô de discussões que apontam a sujeição da mulher ao lugar de **paciente** e não mais de protagonista em seu processo de parto.

Como apontam Giffin e Costa (1999), a partir do século XVI a tradição de partejar passa por um lento processo de regulamentações, religiosas e governamentais, além da inserção da figura masculina, possuidora do conhecimento médico, em uma experiência antes prioritariamente feminina. Estas se desenvolvem e legitimam, principalmente no século XIX, como área de conhecimento dentro de um modelo biomédico. Tal modelo assenta-se, entre outras noções, na ideia de que o corpo do “doente” deve se tornar expectante, deixando toda ação ao médico, “(...) homem capaz de saber o que ele mesmo ignora (...)” (Canguilhem, 2005, p. 20).

Foucault (2008) descreve como o conhecimento médico, a partir do século XVIII, passa por uma conformação científica e torna-se uma importante forma de poder e controle sobre corpos e vivências. Para Canguilhem (2005), tal conhecimento extrapola as definições e medidas de entidades orgânicas, assumindo uma função normatizadora das relações sociais,

ao tornar “(...) aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (p.19), processo esse que Vieira (2002) nomeia de medicalização, adquirindo, assim, o hospital **status** privilegiado como centro de oferta de cuidado.

O poder gerado em torno do conhecimento médico passa a exercer controle e opressão. Como salienta Vieira (2002, p. 15) “(...) por ser extremamente incisivo e representar a verdade sobre os corpos, o discurso médico se apodera de determinados temas e os reduz à sua condição biológica”. Isto torna a compreensão do indivíduo sobre sua experiência, inferior ao conhecimento das manifestações biológicas, dos sintomas manifestos em seu corpo, colocando-o sob análise do outro.

Compreendendo o parto como fenômeno estritamente feminino, considera-se que a reprodução acaba por justificar desigualdades nas experiências de vida de homens e mulheres (SAFFIOTI, 2013). Esta acaba afastando mulheres de suas atividades laborais externas ao ambiente doméstico, apontando este como o espaço para o feminino, de cuidado e procriação. Já o parto, evento natural, possível às fêmeas de nossa espécie, perde sua condição – natural – para ocupar dimensão de adoecimento, necessitando da intervenção de outrem.

Ou seja, o lugar da mulher “no lar” seria dado por sua “condição orgânica”, de corpo que reproduz a vida e não por construções sociais. A autora defende que esta mulher mantém tal engrenagem ao sustentar o “lar” e as condições para que o homem se mantenha ativo. Contradição, pois, na medida em que se observa o “lugar da mulher” ser o lar, enquanto o lugar do parto, o hospital.

Importa dizer que, sendo esta uma pesquisa no campo dos estudos de gênero, partimos da premissa da desigualdade entre os gêneros (entendidos aqui como masculino e feminino) como condição determinante da experiência dos sujeitos. Ao que, associado às questões de

raça e classe, definem possibilidades e barreiras, papéis sociais e a experiência, da mais íntima às coletivas.

Gênero (muitas vezes apontado como contraponto a um campo biológico) abarca a construção social entorno da qual papéis de feminino e masculino passam a ser definidos, interferindo na formação, discurso e, conseqüentemente, na experiência cotidiana dos sujeitos, promovendo poderes desiguais entre mulheres e homens.

Tomando como base o conceito de violência definido por Chauí (1985), pode-se dizer que esta seria uma relação de hierarquização e desigualdade, tendo nesse contexto uma finalidade de exploração, opressão e dominação. Desse modo, não se trata o ser humano como sujeito: implica-se essa pessoa em um processo de coisificação e assujeitamento, anulando ou impedindo a fala e o empoderamento do outro. Ao vivenciar o processo de parto, a mulher pode, muitas vezes, ser vista apenas como mero organismo, isto é, o objeto da medicina e não o sujeito da experiência. Práticas consideradas violentas por essa mulher são vistas, por vezes, como protocolos por profissionais de saúde.

A Violência Institucional é o processo no qual a estrutura de serviços e instituições produzem, ao invés de cuidado, formas de negligência e violência. Estes, que seriam responsáveis por acolher as demandas apresentadas pela população, acabam por vitimizá-la. Como aponta Aguiar (2010), a violência institucional contra a mulher se dá em consequência de valores de gênero heteronormativos, assim como condições estruturais – qualidade do serviço ofertado em termos de estrutura e suporte, o excesso de demanda e o sucateamento dos mesmos – também são responsáveis por tal condição de precarização da atenção à parturiente, estando para além dos esforços das/os profissionais. Outro ponto relevante é pensar que, tais práticas violentas, de tão naturalizadas, tanto na estrutura quanto nas ações

das/os profissionais, deixam de ser percebidas como violentas, por profissionais e até pelas próprias vítimas.

É só a partir de 1980 que a violência institucional no parto se torna alvo de denúncias, principalmente pelos movimentos feministas e a partir de 1990, objeto de estudo acadêmico (AGUIAR, 2010). Em pesquisa pioneira realizada pela Fundação Perseu Abramo, no ano de 2010, pode-se obter dados nacionais mais claros sobre a violência institucional, dando indicadores de sua magnitude e da necessidade de intervenções. Sendo um modelo claro de violência de gênero, a violência institucional no parto, também chamada de Violência Obstétrica – VO –, tem feito um grande número de vítimas pelo país.

Tais práticas discriminatórias e de violência muitas vezes adentram os serviços de saúde, que seguem uma lógica machista e heteronormativa, através de valores e concepções amplamente difundidos na sociedade, colocando a mulher em condição de inferioridade, como mera reprodutora (VIEIRA, 2002; GIFFIN & COSTA, 1999).

A violência de gênero e, neste caso, a violência obstétrica, traz os importantes recortes de classe e raça. A descrição realizada por Giffin & Costa (1999) aponta que os maus-tratos se dão por práticas discriminatórias pelas/os profissionais da saúde, baseados em concepções de gênero, etnia e classe social e não só por uma questão de gênero, mas marcando uma inferioridade desta mulher reprodutora, cujo corpo e sexualidade podem ser tidos como objeto de controle da sociedade a partir da prática médica. Pode-se caracterizar então, a violência obstétrica, como:

(...) negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (como tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não-utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. (AGUIAR; D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013).

Há ainda o uso inadequado de tecnologias, como o parto cesáreo e a episiotomia (procedimento que consiste em corte entre a vagina e o períneo, utilizado indiscriminadamente como “facilitador” no parto natural), com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários e sem comprovação, a partir de evidências científicas, de sua indicação, além de outras intervenções com potenciais riscos e sequelas. A prática da Medicina Baseada em Evidências propõe uma atuação profissional que recorre às produções científicas para garantir o melhor uso do conhecimento para a atenção a determinado grupo ou especificidade. Contudo, muitas vezes mascarada como prática científica tem-se a imposição de valores morais e construções culturais e ideológicas atravessando a atuação da/do profissional.

Como aponta a literatura, uma das violências mais recorrentes no relato das mulheres é a impossibilidade de escolha do tipo de parto, além de formas de execução, quando estas são dopadas, amarradas e/ou se realiza a episiotomia. Souza e Pileggi-Castro (2014) apontam, também, o parto cesáreo como uma tecnologia de saúde frequentemente usada, ainda que não se tenha indicação ou evidência de sua real necessidade, alcançando o patamar de procedimento cirúrgico mais frequente no mundo, contrariando as indicações da OMS (1996) e tendo, no Brasil, uma alta prevalência: aproximadamente 70% dos partos.

Ainda para as autoras, “mais do que apenas uma taxa sobre a via de parto, a alta taxa de cesáreas indica o grau de hipermedicalização da maternidade em que se situa o país” (SOUZA & PILEGGI-CASTRO, 2014, p. S12), compreendendo esta modalidade de parto como tecnologia médica invasiva, agressiva para o corpo feminino. Destacam ainda as diversas questões envoltas na escolha médica por utilizá-la, apontando a necessidade de se combater à violência obstétrica, compreendendo que “o enfrentamento da VO deve ser encarado como uma questão prioritária para o setor de saúde, pois representa a

desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde” (SOUZA & PILEGGI-CASTRO, 2014, p. S13). Como ressalta Odent (2002), há uma recente patologização da experiência do parto, uma perda de protagonismo da mulher neste processo e uma centralização da figura médica no cuidado, não se respeitando ou acolhendo outros modos de produção de saúde.

Alguns estudos apontam essa prática violenta como resultado da precariedade do sistema de saúde, ligada à falta de investimentos no setor, ou ainda, como conduta pessoal de desrespeito das/os profissionais às pacientes. Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2013) alertam que são relações desiguais de poder as que marcam a interação médico/paciente, transformadas em violência de gênero, relacionadas ao fato de serem mulheres além de pacientes. As autoras apontam ainda para uma banalização e naturalização da violência no parto, por parte das/os profissionais, estando diretamente relacionadas à compreensão que estes têm a autoridade, cujo título e função lhes conferem.

A violência institucional coloca o grupo que é seu objeto na condição de minoria política. E a quem chamamos de minorias políticas? Gestantes e parturientes. Mulheres, antes de tudo. E os instrumentos? As instituições, reprodutoras do conhecimento e da norma. Além de um sistema jurídico ao qual as vítimas não chegam e/ou os responsáveis não são punidos. Não buscamos aqui apontar quem são, necessariamente, os responsáveis, ou culpabilizar exclusivamente as/os profissionais de saúde, pelas marcas da Violência Obstétrica. Comprendemos que se trata de uma construção e sistema maior do que um hospital, uma equipe, ou ainda, uma mulher vitimizada.

Visamos identificar a trama em que esses episódios, tão recorrentes, se dão. A ampla tecitura, no seio de uma instituição, onde mulheres são frequentemente vitimizadas, silenciadas, e por muitas vezes, saem com a sensação de que isso é o “natural” no processo de

parir. A dor torna-se a principal marca dessa experiência, por diversos motivos, mas naturalizá-la é permitir que ela continue tão cotidiana.

Faz-se necessário compreender que nessa trama não são as/os profissionais algozes. São resultado também desse enredo, de uma formação que não contempla as condições reais dos serviços, que ainda pouco discute sobre humanização e por muitas vezes, não prepara para o hiato entre as políticas e a realidade encontrada em suas práticas.

Tão relevante quanto discutir a formação é, pois, discutir a violência estrutural e estatal, resultado sistêmico de uma sociedade desigual, social e economicamente, e de um estado que atende demandas que não as coletivas, ou das populações mais vulneráveis (MARTINS & LACERDA JR, 2014), e então, compreender como esta interfere na formação e prática profissional.

Como aponta Hannah Arendt (citado por ANDRADE, 2010), muitas vezes, é a partir de uma ação impensada, pouco reflexiva e/ou crítica que se dá nossa prática. Sem pautar a dimensão de nossos atos, cumprimos procedimentos tidos como ideais, padrão, etc. Se não nos colocamos de modo crítico frente ao outro, frente às normas vigentes, frente a argumentos prontos, estamos menos conscientes de nossa prática e mais aptos a cumprir nossa função sem a empatia necessária, como no caso do cuidado às gestantes e parturientes.

Lidamos, então, com o fenômeno da naturalização da violência, com uma formação que ainda não dá conta de abarcar as reais demandas dos serviços, além da precarização encontrada pelas/os profissionais, no cotidiano de suas práticas. Faz-se importante pensar que, diante de tantos desafios para a prática profissional, a oportunidade de refletir e desalojar-se frente à prática, ao que está naturalizado, é essencial. Pois, só sendo explicitadas, essas práticas podem começar a ser questionadas e combatidas pelos próprios agentes.

São, em grande medida, as condições estruturais e um sistema político e econômico, bem como suas políticas públicas, nesse caso, o sistema de saúde, com suas brechas, espaço que possibilita a reprodução desta violência. Dentro da dimensão estrutural, podemos observar as longas jornadas de trabalho, mais de um vínculo empregatício, assim como a perpetuação de valores e práticas muitas vezes impensadas (apenas reproduzidas) que interferem diretamente na oferta de uma atenção de maior qualidade, ou seja, humanizada (SODRÉ & LACERDA, 2007). As autoras (SODRÉ & LACERDA, 2007) apontam para o uso de técnicas e orientações tidas como desnecessárias, mas que se faz “porque aprendeu assim”, contrariando a necessidade de uma prática baseada em evidências científicas, e na pesquisa constante, para ampliação da perspectiva profissional.

Mesmo sendo orientados pela proposta da formação permanente, ainda faltam espaços que proporcionem pensar a própria prática, numa ação voltada para a reflexão, coletivamente, tendo a possibilidade de ampliação de informações, principalmente com outras disciplinas do fazer saúde. Compreendendo as dificuldades do cotidiano do serviço e os desafios individuais na atenção em saúde, visamos, entre nossos objetivos, oportunizar tal espaço, bem como conhecer quais são os sentidos presentes quando o parto é vivido com violência, tanto para as mulheres quanto para as/os profissionais que compõe uma equipe de atenção obstétrica.

Desse modo, compreendemos a relevância deste estudo na medida em que a literatura ainda pouco aborda essa discussão, sendo relativamente recentes seus primeiros estudos e tendo ainda hoje pouca visibilidade. No geral, os estudos apontam a caracterização desta violência, sua incidência e a perspectiva do profissional, raramente abordando a perspectiva da mulher. Trata-se então, de estudo inovador ao propor o diálogo de ambos.

Sua relevância social sobressai ao se propor, a partir de uma Psicologia que é política, engajada com seu contexto social, comprometida com uma parcela da população que se

encontra, muitas vezes, em condição tão opressiva, como as mulheres. Forja-se num fazer crítico, enxergando a necessidade de intervir e provocar uma realidade dada, promovendo espaços de fala, reflexão e reposicionamento aos sujeitos envolvidos em tal processo.

Enxergando a pesquisa como momento de encontro e produção também desse discurso, e a devolutiva como espaço de desconstrução e construção de algo novo, este trabalho está implicado com a realidade dessas mulheres, buscando possibilitar maior informação e se possível, empoderamento delas. No caso das/os profissionais, proponho suscitar o debate sobre a violência institucional, na tentativa de gerar reposicionamento frente à prática.

Como nos aponta Foucault (2008), toda a vida social é política e baseada em relações de poder. As relações políticas são, dessa forma, relações de força e, dentro da experiência dos sujeitos, as forças invisíveis que nos orientam e impulsionam são chamadas por Guattari e Rolnik (2005) de micropolíticas, responsáveis pela produção de realidades, de afetos e desejos.

Como previsto nos programas e políticas nacionais (Política Nacional de Humanização, Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e HumanizaSUS), o respeito e o cuidado para com a experiência de gestação e parto, além do protagonismo das mulheres e bebês é elemento essencial dos serviços de atenção. A implementação dessas políticas e estratégias visa à promoção e à ampliação da autonomia das mulheres.

Entendemos que a Psicologia deve ter o cuidado e o dever de se voltar para a realidade social, buscando formas de intervir diretamente sobre ela, pois esse é um ato político, necessário a/o psicóloga/o e aos demais profissionais da Saúde. Esta “Psicologia Feminista” é política por essência e implicada então com a transformação da realidade social, na busca por modos mais democráticos, equânimes e justos de relações e de sociedade.

Torna-se relevante pontuar que estudos como *Violência Obstétrica: “Parirás com dor”*, um Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, de 2012, trazem a VO como não prevalecendo ou sendo exclusiva dos serviços públicos. Aponta, ainda, a naturalização da violência no processo de parir, como se esta sempre tivesse feito parte deste. Faz-se necessário observar que o formato de parto teve alteração imensa ao longo dos anos e quanto mais se aproxima da medicalização e hospitalização deste, mais a mulher perde seu controle sobre tal processo.

A partir destas manifestações violentas se dão, segundo os dados da pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010), 25% das relações com as gestantes. Compreendendo ainda a condição de subnotificação presente em registros. A OMS (1996) aponta para uma precariedade na transmissão de informações, apontando a necessidade de se discutir e instrumentalizar as mulheres em sua escolha livre, sobre modelo de parto e trabalhos nesse sentido, visam ampliar tal discussão, além de problematizar práticas profissionais degradantes e tão recorrentes, sensibilizando e em alguma medida, influenciando a formação de novas/os profissionais da saúde.

Relevante também é pensar o lugar dessas/es profissionais, no cuidado e respeito às suas experiências, compreendendo as dificuldades cotidianas e a realidade complexa em que estão inseridos, não nos permitindo o binarismo do bom e mal profissional. Ao passo que se faz necessário problematizar a formação, bem como o modo de funcionamento dos serviços, entendendo o estado como promotor, em grande parte das vezes, dessa violência.

Pelo compromisso político e ético que me cabe como psicóloga e como uma cientista feminista, visando contribuir com a produção de visibilidade discursiva para grupos minoritários, no intuito de que tal visibilidade contribua para seu posicionamento mais favorável na sociedade como um todo, cada escolha metodológica deve ser entendida também

como escolha política. Parto de um estudo etnográfico, cuja imersão teve duração de cinco meses, entre fevereiro e julho do ano de 2018, em uma maternidade de referência de uma cidade de médio porte do Estado de Pernambuco. Também foram realizadas entrevistas narrativas ao longo deste período.

Quanto às/aos participantes da pesquisa, foram selecionadas/os profissionais de saúde da área obstétrica e mulheres autodeclaradas vítimas de violência obstétrica (ainda que não nomeassem a violência desse modo) para as entrevistas. Partindo da metodologia de **bola de neve**, para início do contato com os grupos para entrevista, busquei contatos pessoais, entre profissionais e usuárias, utilizando da iniciativa de algumas pessoas, e as/os primeiras/os colaboradoras/es indicavam as/os próximas/os. Dentre as/os profissionais, buscou-se abranger diferentes sexos, idades e especialidades, bem como, período de atuação. Uma vez que a abordagem qualitativa proposta exclui a formação de amostras probabilísticas, a pesquisa trabalhou com amostragem intencional. Quanto às mulheres vitimizadas, tivemos também o critério de diferentes idades, maioria e morar na mesma cidade da maternidade supracitada.

Dito isso, importa mencionar que opto por dividir este estudo em dois subprodutos, no formato de artigos científicos. No primeiro, proponho-me a uma análise do cenário político do país, voltando-me para a dimensão da política institucionalizada de humanização, assim como a necessidade de reconhecimento da violência obstétrica enquanto conceito e prática a ser combatida, em um contexto de desmontes, de deslegitimação do conhecimento acadêmico, da pesquisa e do lugar da universidade pública na construção das políticas públicas.

O segundo artigo visa abarcar a experiência numa dimensão etnográfica e em diálogo mais direto com as entrevistas supracitadas. Este, buscou a ampliação da compreensão dos fenômenos parto e violência no parto, bem como a compreensão acerca da formação e

vivência destas/es profissionais e pacientes. Com o objetivo de compreender a rotina de um serviço de saúde materno-infantil e as experiências de mulheres vitimizadas e de profissionais de saúde, acerca do fenômeno da violência obstétrica, seguem os próximos textos.

Parto e violência no Brasil: o cenário de retrocessos no país

Tatiana Aline de Souza Carvalho

RESUMO

A violência obstétrica (VO) vitima uma a cada quatro mulheres em idade reprodutiva no Brasil. Trata-se de ações que tiram autonomia das mulheres, desde seu direito à saúde sexual e reprodutiva, sendo intensificado na gestação e, principalmente, no parto, até o pós-parto e puerpério. Desse modo, este artigo teórico-político revisita a literatura e debate político vigente em torno da temática da violência obstétrica com o objetivo de analisar a VO num cenário de retrocessos no país, voltando-se para a dimensão da política institucionalizada de humanização, assim como a necessidade de reconhecimento da violência obstétrica enquanto conceito e prática a ser combatida, em um contexto de desmontes, de deslegitimação do conhecimento acadêmico, da pesquisa e do lugar da universidade pública na construção das políticas públicas. Por fim, conclui-se que as relações de poder estruturantes têm possibilitado espaço e voz àqueles que detêm mais poder, os quais historicamente, na sociedade patriarcal, têm sido os homens. Contudo, as mulheres vêm assumindo maior lugar no debate sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, nomeando essas violências e tentando movimentar as estruturas patriarcais tão sedimentadas, passando a causar incômodo aos que ocupam os postos de poder nas suas diferentes instâncias científica e política, buscando assim suas próprias representações.

Palavras Chave: Mulher; Violência Obstétrica; Violência Institucional; Gênero; Política

ABSTRACT

Obstetric violence (VO) makes one in four women of reproductive age a victim in Brazil. These are actions that deprive women of their autonomy, since their right to sexual and reproductive health, being intensified in pregnancy and, especially, in childbirth, until the puerperium and postpartum period. Thus, this article aims to analyze the VO in a scenario of setbacks in the country, turning to the dimension of institutionalized humanizing policies, as well as the need to recognize obstetric violence as a concept and practice to be contested, in a context of dismantling and delegitimization of academic knowledge, research and the place of the public university in the construction of public policies. As a result, we conclude that the structuring power relations offer space and voice to those holding more power, who historically, in a patriarchal society, are men. However, women have been making more space in debating Sexual and Reproductive Rights by naming such violence and trying to move patriarchal structures that are so well established, starting to cause discomfort to those who occupy the positions of power in different scientific and political instances, thus seeking their representations.

Keywords: woman; Obstetric Violence; Institutional Violence; Genre; Politics

A violência obstétrica (violência no parto, ou violência institucional de gênero no parto, entre outros sinônimos) vitima uma a cada quatro mulheres em idade reprodutiva no Brasil (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). Tida pela Organização Mundial de Saúde - OMS como uma situação preocupante em nível mundial, resultado de um modelo biologizante e hegemônico no fazer saúde, conhecido como modelo biomédico (VIEIRA, 2002), a violência obstétrica também se relaciona com as hierarquias de gênero em cada sociedade.

Trata-se de ações que retiram autonomia e poder das mulheres, desde seu direito à saúde sexual e reprodutiva, sendo intensificado na gestação e, principalmente, no parto. Deixa marcas ainda no pós-parto e puerpério. Comportamentos de diferentes profissionais de saúde podem ser caracterizados como violentos e se observa uma trama complexa onde tais manifestações acontecem. A partir de um modo de produção em saúde centrado na figura da/o profissional, mais especificamente da/o profissional da medicina, tal prática violenta se fecha para outros saberes e o fazer multi ou interdisciplinar e retira da mulher a condição de protagonismo frente a tão relevante experiência de suas vidas.

Estudos como o de Luisa D. Carvalho (2017) exploram o necessário reconhecimento legal da violência obstétrica como passo primordial para a responsabilização dos violadores e controle ou redução considerável da ocorrência destes episódios. No contra fluxo das produções científicas, da maior parte de iniciativas de políticas públicas de nosso próprio país (dos anos 90 a 2015) e muitos outros países (a maioria, mais avançados nessa questão), assim como de organizações de referência para o debate em saúde pública e da própria OMS, o Brasil opta, em um cenário de avassalador retrocesso, por se posicionar de modo a combater e ou evitar o termo Violência Obstétrica. Não a violência em si, mas o termo. Refiro-me a episódios recentes envolvendo o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina, melhor detalhados mais a frente.

Estes pontos abrem a discussão que se segue, a partir do vivido, do lido e do dialogado, como mote de debate, resultados de uma pesquisa de mestrado em Psicologia, realizada entre os anos de 2017 e 2019. Partindo de uma inserção etnográfica, a metodologia contou também com entrevistas com profissionais de saúde de um serviço de referência materno-infantil, de uma cidade de médio porte, integrante da Rede PEBA¹ (Pernambuco/Bahia) e mulheres autodeclaradas vítimas de violência obstétrica, da mesma cidade.

O estudo mencionado teve por objetivo central compreender a rotina de um serviço de saúde materno-infantil e as experiências de mulheres vitimizadas e de profissionais de saúde, acerca do fenômeno da violência obstétrica, acessando crenças e sentidos produzidos por estas/es e também pela pesquisadora. Neste contexto de pesquisa que, com seu caráter etnográfico, possibilitou relevantes experiências e reverberações, assim como o cenário político (e conseqüentemente de saúde das mulheres e das políticas públicas de modo amplo), tais experiências provocaram reflexões que exigiram desdobramentos nesta produção.

Dito isso, importa mencionar que opto por dividir este estudo em dois sub-produtos, no formato de artigos científicos, sendo este o primeiro. Proponho-me a uma análise do cenário político do país, voltando-me para a dimensão da política institucionalizada de humanização, assim como a necessidade de reconhecimento da violência obstétrica enquanto conceito e prática a ser combatida, em um contexto de desmontes, de deslegitimação do conhecimento acadêmico, da pesquisa e do lugar da universidade pública na construção das políticas públicas. Enquanto o segundo artigo visa abarcar a experiência numa dimensão etnográfica e em diálogo mais direto com as entrevistas supra-citadas.

1. Cenário político do Brasil – Caos e Desgoverno: reverberações na vida das mulheres

Desde as Jornadas de Junho (VASQUEZ, 2019), no ano de 2013, pudemos enxergar um cenário de instabilidade política no Brasil. Iniciada com a pauta do Passe-Livre, as Jornadas de Junho possibilitaram a demonstração da insatisfação popular, também com os setores de Educação e Saúde, entre outros. Foi a oportunidade de expressão de pessoas que

¹ A Rede PEBA - Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco – Bahia - conta com 53 municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco (Salgueiro, Petrolina e Ouricuri) e a Macrorregião Norte de Juazeiro da Bahia (Paulo Afonso, Juazeiro e Senhor do Bonfim), tendo como municípios sedes as cidades de Petrolina/ PE e Juazeiro/BA, com uma população de mais de 2 milhões de habitantes (MPF, MPPE, MPBA; 2019).

não se encontravam em partidos políticos ou movimentos sociais (ao final, voltando-se contra estes últimos) de ocupar as ruas. Como resultado destes movimentos, espalhados pelo país, surgiu a defesa de um discurso apolítico e apartidário.

Apesar dessas pautas serem historicamente defendidas pelo campo progressista e de esquerda, um número significativo de pessoas que não estava organicamente vinculado a movimentos e organizações sociais, muito menos a partidos políticos, viu nas Jornadas de Junho uma possibilidade de externar sua insatisfação face aos rumos políticos que o Brasil vinha trilhando. Pautas contra a corrupção foram incluídas nas manifestações, pessoas com a camisa do Brasil e o brado de sem partido também tomaram conta das ruas (VASQUEZ, 2019).

O Partido dos Trabalhadores – PT, vindo de notória ascensão política e vencendo as eleições presidenciais entre 2002 e 2014, agora é alvo de uma guerra contra “o esquerdismo e comunismo que assolam o país” (LIMA, 2018). Nesse sentido, no ano de 2016 o país sofre um Impeachment. A então presidenta Dilma Vana Rousseff, economista, ex-ministra e ex-chefe da Casa Civil, eleita no ano de 2010, estando no cargo mais elevado do Executivo desde 2011 no Brasil, é retirada de seu posto através do que deveria ser entendido como um golpe jurídico-legislativo-midiático (DIAS, 2018). Trata-se de momento de crise em nossa democracia, onde o voto de mais de 54 milhões de brasileiros e brasileiras foi questionado pela direita e extrema direita política desde o resultado das eleições.

A fala de Nalu Faria, Psicóloga, militante da Marcha Mundial das Mulheres, em artigo para o Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social (NEPPOS/CEAM/UnB) - Politizando (2016), aponta os traços machistas e patriarcais desta “ação”:

Vimos crescer a intolerância. A elite querendo voltar décadas atrás e se manifestando para que os pobres, os negros e as mulheres “voltassem para o seu lugar”. Sentimos na pele o crescimento da intolerância, dos ataques machistas e misóginos à presidenta Dilma. Uma verdadeira avalanche de agressões e ataques à presença das mulheres nos espaços de poder. O machismo está explícito na defesa da família heteronormativa, nos discursos e projetos de lei que negam a autonomia das mulheres sobre seu corpo, na permanente apologia à violência contra as mulheres, sejam elas deputadas, senadoras, presidenta ou cada uma de nós (p. 04).

Este processo estende-se até agora, quando vivemos em conjunto uma ascensão fascista (GENTILI, 2018; LIMA, 2018; VASQUEZ, 2019) onde a violência vem se ampliando e o discurso de ódio e intolerância ganhando corporeidade. Para além disto, contamos com (des)governo no nosso país. O cargo de Presidente passa a ser ocupado por um

representante da extrema direita - Jair Messias Bolsonaro - de discurso moralista e misógino (VASQUES, 2019).

Como apontado por Lima (2018), a máscara do discurso religioso tendeu a ocultar práticas nazistas/facistas ao longo da história e tem servido de mote para a atual gestão do Brasil e avanço da extrema direita. Podemos entender, então, que o fascismo é “[...] uma nova concepção política da direita”. (KONDER, 2009, p. 26, apud VASQUEZ, 2019). O fascismo se utiliza de discursos nacionalistas para se comunicar com as **emoções** dos indivíduos, manejando as **massas** (REICH, 2001, p. 48, apud VASQUEZ, 2019), em um apelo por um líder autoritário e pelo militarismo.

Lima (2018), ao referenciar o intelectual peruano Mariátegui, salienta que “o fascismo quer ser uma religião” (MARIÁTEGUI, 2010, p. 322, apud LIMA, 2019). Entende-se, pois, que as teologias são inerentemente políticas. Vimos crescer a influência religiosa do movimento evangélico, que visava, ao apoiar tal candidato, o controle do ensino, partindo de premissas morais e combatendo a “ideologia de gênero”.

Este conceito tornou-se fenômeno midiático e político da última década, surgindo em contraponto ao debate que pesquisadoras dos “estudos de gênero” vinham promovendo. Tem sua origem no debate sobre os planos de ensino do país e alimenta a compreensão de uma doutrinação ou alienação, em escala global, responsável pela destruição da família em seus moldes tradicionais, questionando o que está dado biologicamente e socialmente referendado (REIS e EGGERT, 2017). Um dos autores responsáveis pela propagação desta ideia, o argentino Jorge Scala, afirma: “[...]cada um seria absolutamente livre, sem condicionamento algum, nem sequer o biológico, para determinar seu próprio gênero, dandolhe o conteúdo que quiser e mudando de gênero quantas vezes quiser” (SCALA 2012, apud REIS e EGGERT, 2017). O mesmo define também, que “o gênero destrói a estrutura antropológica íntima do ser humano (SCALA 2012, apud REIS e EGGERT, 2017). Tais afirmações partem do apelo ao desconhecido ou aos preconceitos arraigados por uma população ou grupo.

Como apontado por Vasquez (2019), “ao sacralizar a família nos moldes tradicionais remete-se as mulheres à maternidade compulsória e reforça-se o ódio e a intolerância à homossexualidade” (p. 603). E neste contexto, a participação política e o empoderamento das mulheres vêm vivendo um grande desafio, ou descenso. Questões raciais e de gênero são deslegitimadas, na medida que se alargam os números de vítimas entre grupos minoritários e

mais diretamente, entre as mulheres, em uma dimensão doméstica/privada, mas também, na dimensão pública/institucionalizada.

A pesquisa realizada pela Rede de Observatórios da Segurança mostrou que no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, o número de mortos em ações policiais teve aumento de 92% em relação ao ano de 2018, que já tinha dados preocupantes. Como apontado por Werneck – Anistia Internacional (s/d), as vítimas das intervenções policiais tem gênero, idade e raça. São homens, jovens, pardos ou negros, em sua maioria. Como aponta Calegari (2017), o número de negros mortos por ano pela Polícia no Brasil é o triplo em relação a brancos.

Em dados apontados pelo Observatório de Segurança Pública, no estado do Ceará, entre diversas categorias criminais analisadas, a do feminicídio – mortas em crimes de ódio motivados pela condição de gênero (VELASCO et al, 2019) foi a única que cresceu em 2019, registrando aumento de 13% em relação a 2018, passando de 30 para 34 ocorrências. Ainda assim, dentre os 232 crimes violentos contra a vida de mulheres, 82,3% destas foram categorizadas como homicídios dolosos, cabendo problematizar a categorização quanto a feminicídio como elemento recente e que gera resistência por parte de muitos envolvidos.

Já o estado do Rio de Janeiro, feminicídios teve crescimento de 24% desse tipo de crime em relação ao período de janeiro a novembro de 2018. As tentativas de feminicídio cresceram 10% . Para cada feminicídio, foram registradas 4 tentativas. Em nível federal, apenas nos dois primeiros meses do ano de 2019, já se tinha alcançado um aumento de 12% nos casos de feminicídio (MONITOR DA VIOLÊNCIA - G1, 2019), mas faltam dados referentes ao ano todo.

Sendo assim, explicitamos que parcela da população vive tais desafios com mais intensidade ou mesmo exclusividade. Mulheres, principalmente mulheres negras, pobres e ou periféricas, têm tido ainda mais dificuldades em acessar os espaços públicos, como instituições e serviços. Dos muitos motivos que justificam tal falta de acesso, está a baixa escolaridade, precarização da força de trabalho e a luta pela sobrevivência, sua e dos seus (entendidos aqui, como sua comunidade, inclusive). As pautas dessas mulheres englobam sobreviver ao racismo, violência policial, institucional e a miséria. São elas que sofrem maior impacto então da violência institucional, como a obstétrica (LIMA, 2016).

No ano de 2014, o então Deputado Federal Jean Wyllys² (Psol-RJ) apresentou o Projeto de Lei 7633 – que se encontra parado na Câmara Federal – cujo objetivo seria instituir o parto humanizado e combater a violência obstétrica, a partir da sistematização dos direitos da mulher durante a gestação e o parto, inclusive nos casos de aborto, e das obrigações das e dos profissionais de saúde. Trata também dos direitos do feto e do recém-nascido. Neste, o autor define violência obstétrica como atitudes de “tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, que causem a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade”.

Pelo projeto, toda gestante tem direito à informação e à prerrogativa de escolha por modelo de parto ou intervenções em seu processo parturitivo. Médicas/os e demais profissionais de saúde deverão dar prioridade à assistência humanizada no nascimento, entendido como adoção de interferência mínima da equipe, preferência por métodos não invasivos e utilização de medicamentos e cirurgias somente quando estritamente necessário, além de contato imediato da/o recém-nascida/o com a mãe (com exceção apenas em situação de risco de morte para um ou ambos). As regras previstas aplicam-se às instituições de saúde pública e às privadas, de saúde suplementar e filantrópicas. Prevê ainda punição civil, penal e administrativa em caso de descumprimento da norma.

O projeto de lei tramitou vagarosamente na Câmara dos Deputados com envio às comissões, em especial, a de Defesa dos Direitos das Mulheres, apenas em 2016 e sem avanço significativo até o momento. Iniciativas como esta vêm sendo negligenciadas, enquanto lidamos com avanço conservador e projetos de criminalização do aborto, bem como, a perda de direitos adquiridos na assistência ao aborto legal em casos de feto anencéfalo e violência sexual. Com isso, tento ilustrar o que nomeio de retrocessos e o impacto causado por estes na vida das mulheres.

2. Medicina e Biopolítica – o poder sobre os corpos

² Eleito democraticamente três vezes consecutivas, foi um deputado de grande expressão da esquerda em seus mandatos. Combativo, Jean Wyllys elegeu-se para o terceiro mandato no ano de 2018, como deputado federal. Após a eleição de Jair Bolsonaro na corrida presidencial e diante de um cenário de crescente violência contra lideranças do campo da esquerda e de movimentos sociais e tendo recebido um grande número de ameaças, o deputado comunicou sua renúncia ao mandato.

Michel Foucault, referência nos estudos sobre relações de poder e seu impacto na dimensão do gênero e da corporeidade, aborda o poder que o conhecimento médico assumiu, ao longo da história do Ocidente. O autor aponta que: “(...)nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (FOUCAULT, 2008, p. 164).

A medicina, ao ocupar um papel central na transformação do poder político no Ocidente, torna-se uma das “operadoras do nascimento da biopolítica” (PUGLIESE, 2015), ocupando-se também, da gerência das condutas e intervindo sobre diferentes dimensões da vida dos sujeitos. Esta, ao tornar-se um braço do Estado assume, por vezes, a função de repressão, ou mais frequentemente, manutenção das forças produtivas, em um *status* de Medicina política e ou “polícia” (PUGLIESE, 2015). O autor aponta que os “saberes médicos” desenvolveram-se, no ocidente, ao lado das “práticas teológicas” que, estando diretamente ligadas às forças políticas e poderes vigentes, pautavam (e pautam) sua prática numa moral cristã/religiosa.

Assim sendo, essas forças tendem a ser extremamente duras com experiências como o aborto que, criminalizadas, são retiradas da condição de saúde pública e lançadas no campo de crime contra a moral e a vida. Temos mulheres morrendo por descaso das instituições ou por rejeição de cuidado pelas/os profissionais. Nessa equação, de um lado é colocada a vida de mulheres, inseridas em todo um conjunto de relações sociais e afetivas e de outro, a vida de um punhado de células que ainda não se formou plenamente, sequer possuindo um sistema nervoso central completo. Aos olhos de muitos, ambos os lados têm o mesmo valor. Ou o segundo, um valor superdimensionado frente ao primeiro.

Intrinsecamente ligada, ainda hoje, aos que ocupam cargos no poder público – homens, brancos, de meia idade, ricos – a religião vem definindo até os nossos dias, a quem se voltam as políticas e ações do Estado. Nesse sentido, iniciativas de criminalização do aborto nunca cessaram, mas recuperam força no cenário recente.

Carvalho (2017) defende que as violações recorrentes a que estão expostas as mulheres, incluindo as violências em situação de gestação e parto, ferem nossos Direitos Fundamentais, direitos esses históricos e que tem por objetivo “trazer igualdade e liberdade aos indivíduos” (CARVALHO, 2017, p. 14), estando ligados à primeira dimensão do Direito.

Como frisa a autora, estes estão inclusos no direito à Dignidade Humana, previsto em nossa Constituição, e tantas vezes negligenciados por nosso estado e suas estruturas e instituições. Já os Direitos Sexuais e Reprodutivos são direitos de terceira dimensão, ligados a necessidades e cobranças de grupos ou populações específicas.

A luta por direitos sexuais e reprodutivos toma forma com os movimentos de mulheres, que reivindicavam liberdade sexual e reprodutiva, livre de preconceitos ou da mão do Estado. Estas confrontavam as políticas de controle de natalidade, consideradas políticas autoritárias e que recaíam, principalmente, sobre camadas mais pobres e sem acesso à informação (CARVALHO, 2017).

No Brasil, tais direitos vem sendo questionados e/ou retirados, em um cenário de perdas de conquistas populares, alterando leis e propondo-se restrições aos pequenos avanços obtidos. Em contraponto, temos avanços em países vizinhos, **hermanos** da América Latina, que pautam esse reconhecimento e penalização de tais práticas violentas. A lei venezuelana³ voltada para o direito das mulheres, traz como delito em seu artigo 51, Parágrafo 5 – Praticar por via cesárea, existindo condições para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher”. A definição de violência obstétrica apontada nesta lei torna-se referência para os estudos na área:

(...) a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, que se expressa através de um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).

O avanço de leis como esta não se refere à obrigatoriedade das ações, mas à defesa da autonomia da mulher e da possibilidade de decisão quanto às intervenções sobre seus corpos. Foucault nos demonstra, ao longo de suas pesquisas, como corpo e poder se encontram imbricados em nossa sociedade. O corpo seria um instrumento para execução do poder do Estado. Mas quais corpos são assujeitados por esse poder?

Entende-se, a partir do autor (FOUCAULT, 1997) que o poder é a condição para a emergência de sujeitos. Intrínseco às nossas relações, quando este se torna dominação, a partir de relações hierarquizadas e tornadas rígidas sempre em uma mesma direção, temos condição de opressão, para um sujeito, um grupo. Saliento que não são todas/os impactados nelas

³ “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” promulgada na Venezuela em 2007.

relações ou pelo Estado na mesma proporção, afinal temos condição de benefício para alguns. Em uma dimensão hierárquica, mulheres e negras/os, e ainda, pobres, se encontram na posição mais baixa da pirâmide.

Tais relações hierárquicas ocupam distinções bastante visíveis em nossa realidade atual. Homens brancos, de meia idade e de camadas sociais mais elevadas são os principais detentores do poder. São os filhos dos filhos, dos filhos dos poderosos, dos colonizadores, dos escravocratas. Ocupam os espaços políticos e representativos. São nossos prefeitos, deputados, senadores, governadores e por conseqüência, nossos presidentes. Legislando pelas famílias, pelas suas. Reproduzindo valores morais frente aos holofotes que divergem concretamente de suas práticas. Dominam os meios de comunicação, os espaços religiosos e, por vezes, a academia.

Esta se coloca um pouco mais resistente e/ou progressista e, exatamente por isso, sofre ataques constantes. É que se tem um pouco menos de controle sobre quem adentra esses espaços nos dias atuais, sobre qual conhecimento se produz e quais são as falas que vão tomando para si a visibilidade necessária.

O movimento recente de democratização desse espaço – que autoras/es apontam vir sofrendo profundos ataques (HENRY, 2019) – não conseguiu reverter o perfil geral do conhecimento que é produzido e nem de onde se fala, pois ampliar não foi resolver as questões estruturais que nos assolam. Então, ainda prevalece, no fazer acadêmico/científico, uma perspectiva machista, branca e privilegiada. Partindo desta perspectiva, mesmo cabendo algumas possibilidades de resistência e contravenção, a academia ainda endossa, muitas vezes, o poder vigente e as opressões que lhe cabem.

E como isso nos atinge? Como isso interfere na vida das mulheres? Na medida em que somos enxergadas como objeto dessa ciência e não como sujeitos. Na medida que o profissional⁴ detém o saber e o controle sobre nossos corpos, impedindo nossa decisão e autonomia. Mas não é apenas no fazer saúde que isso aparece. Aparece ao definir como deve ser a assistência em saúde a nós prestada, na criminalização do aborto, ou ainda, no combate a iniciativas que puniriam nossos agressores.

3. Parto como dimensão política

⁴ Opto por usar o gênero masculino na escrita em posição convencional – e de destaque, claro – propositadamente.

A humanização do parto pode ser conceituada como “um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê”(OMS, 2002). Esta conceituação e o movimento que a assume surgem em contraponto ao avanço de uma perspectiva intervencionista, que assujeita mulheres, tornando-as objeto da “ciência médica”. Tal avanço não representa melhoria no cuidado ofertado, pois como salienta a OMS, tantas intervenções tendem a ser mais prejudiciais do que positivas. O parto tido como normal passa a ocorrer de maneira oposta à sua normalidade (ou naturalidade), passando por muitos procedimentos desnecessários e de forma rotineira.

No entanto, não se deve interpretar essa visão como uma oposição ao parto realizado em um hospital, pois o que caracteriza um parto humanizado é a assistência no pré-parto e a devida atenção à vontade da mulher, desde o esclarecimento de suas dúvidas até a garantia de seu direito a um acompanhante, à escolha da forma de parto e uso de medicamentos ou procedimentos quando necessário e à assistência pós-parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p. 278).

Cabe ressaltar que o movimento de “Humanização do Nascimento” se fundamenta em pesquisas científicas (medicina baseada em evidências), mas com o pressuposto do parto como evento humano ao invés de mero processo biológico, buscando a restituição do protagonismo à mulher (CADERNO HUMANIZASUS, 2014).

Em consonância com a abordagem trazida pela OMS, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 569, de 1/6/2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Seu objetivo primordial é assegurar o acesso ao acompanhamento pré-natal e promover a melhoria da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos/as, na perspectiva dos direitos de cidadania (PHPN, BRASIL, 2002). Fundamentado nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, preconiza que “é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido”. O programa traz como perspectivas a criação de ambiente acolhedor para as mulheres e seus acompanhantes e a ruptura com medidas de isolamento da gestante e com as tradicionais “práticas intervencionistas desnecessárias”.

O PHPN publicou seu documento base em 2002, incluindo os conceitos do programa, as diretrizes para a assistência pré-natal, puerpério e neonatal, bem como a previsão dos investimentos e participação das esferas municipal, estadual e União na gestão do programa. Segundo o Ministério da Saúde (CADERNO HUMANIZASUS, 2014), deve haver a proteção e promoção do nascimento como um processo natural, onde procedimentos tecnológicos se fazem necessários quando constatada alguma complicação. O texto defende que o parto humanizado proporciona melhores resultados maternos e perinatais, reduzindo, inclusive, a mortalidade materno-infantil (OMS, 2016).

O parto natural é considerado humanizado quando não utilizados remédios ou intervenções/práticas não naturais do corpo, respeitando o tempo da gestante, sem estímulos e/ou pressão psicológica (COREN, 2009, p. 22). Essa perspectiva tira o enfoque clínico/patológico do parto e coloca a mulher como figura central no processo parturitivo. Mesmo parecendo uma interpretação rígida a do Conselho de Enfermagem – COREN, cabe compreender que não se tira o caráter de humanização do parto quando busca-se a melhor oferta, a partir das necessidades da parturiente e de sua criança, de tecnologias ou intervenções que possam ser benéficas em seu processo parturitivo.

4. A necessária identificação das práticas violentas

Em 1985, demonstrando a crescente preocupação internacional com o modelo vigente de cuidado ofertado à gestação e parto, a OMS lança o documento “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento”, instaurando as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no campo teórico-prático da obstetrícia. No entanto, algumas décadas depois ainda se verificam índices alarmantes de uso de práticas não recomendadas pela OMS. Segundo o Ministério da Saúde (2012) 12,7% das mulheres atendidas em hospitais públicos ou privados registraram queixa de terem sido desrespeitadas, mal atendidas e agredidas verbal e fisicamente no momento do parto. Compreendendo a condição de subnotificação “compulsória”, este dado não teria como representar a totalidade dos casos.

Tem-se também o dado da Fundação Perseu Abramo (2010), que aponta a violência obstétrica como condição para 25% (ou seja, um quarto) das mulheres brasileiras em idade reprodutiva. Dados ainda mais preocupantes e recentes, são os que aponta a pesquisa de Andrade (et al, 2016). Ao partir de questionário elaborado com base nas recomendações da

OMS a respeito das práticas na assistência ao parto vaginal, as autoras realizaram entrevistas com 603 puérperas durante internação hospitalar, bem como extraíram dados do prontuário da mulher e do recém-nascido. Estas observaram a presença de práticas prejudiciais ou contraindicadas pela instituição em 86,57% dos casos. Dentre estas, as mais frequentes foram os “esforços de puxo⁵ (65%), a administração de ocitocina⁶ (41%) e o uso rotineiro da posição supina⁷ ou litotomia⁸ (39%)” (ANDRADE *et al*, 2016).

As posições e intervenções descritas não são comprovadamente benéficas para as mães ou para o bebê. Cabe salientar, ainda, que tais intervenções tendem a ser usadas para facilitar a dinâmica do processo parturitivo, mas não necessariamente para ofertar o melhor cuidados. Significa que buscamos intervenções constantes para agilizar o processo para a equipe, para as/os profissionais envolvidos. Para que se tenha mais leitos disponíveis (no caso dos serviços públicos), que se realize mais partos no mesmo dia, que se lucre mais e se concilie com agendas (isso, na dimensão dos serviços privados).

Na busca pelos serviços de saúde a trajetória da mulher é marcada pela violência na relação médico-paciente. O desconhecimento de sua fisiologia é acionado para condicionar o profissional como o detentor da capacidade decisória em face da “paciente”, mera espectadora, levando-a ao sentimento de desalento em momentos tão significativos da sua vida, como a contracepção, o parto, o aborto (CERES, 1981, apud CARVALHO *et al*, 2010). Os profissionais realizam procedimentos sem que a parturiente tenha a oportunidade de decidir a respeito. Mesmo que, por vezes, sejam informadas da realização de tais procedimentos, não lhes é oportunizada a escolha sobre as ações desenvolvidas. (CARVALHO *et al.*, 2010).

Como aponta Diniz (2005), quanto às práticas prejudiciais no processo de parto vaginal:

(...) a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de

⁵ Trata-se de orientações frequentes, no trabalho de parto, para movimento expulsivo ou de puxo, voluntariamente, ou seja, sem a sensação natural e/ou involuntária para o mesmo.

⁶ Sendo conhecido como **hormônio do amor**, presente naturalmente no nascimento é capaz de iniciar ou aumentar contrações uterinas. Tem sido utilizado no trabalho de parto, em seu modo sintético, desde 1943, com a intenção de auxiliar ou induzir o mesmo.

⁷ Posição do corpo quando deitado de face para cima.

⁸ Posição deitada de barriga para cima, com as pernas em perneiras, também conhecida como posição ginecológica.

intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (DINIZ, 2005, p. 631).

Dentre estas práticas estão intervenções como a episiotomia, a manobra de kristeller, a posição de litotomia e a aplicação de ocitocina, utilizadas de forma rotineira, independente do desejo das mulheres. A episiotomia “consiste num corte da musculatura perineal da vagina até o ânus ou em direção à perna, com o intuito de aumentar a área de acesso do obstetra ao canal vaginal de parto” (SOUSA, 2015, p. 15, grifo nosso). Esse procedimento, usado muitas vezes apenas para acelerar o processo de parturição, oferece riscos de laceração perineal, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (LEAL et al, 2014).

Por isso, a Organização Mundial da Saúde recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30% e só utilizada como última alternativa (LEAL et al., 2014). A recuperação deste procedimento tende a ser bastante desconfortável, podendo inflamar e infeccionar. Já a cicatriz muscular pode afetar a experiência da mulher quanto à sexualidade, auto-estima, o prazer sexual em si, além de poder provocar dor durante a penetração (DINIZ; DUARTE, 2004).

Leal (et al, 2014) aponta o alarmante dado de que essa intervenção - episiotomia - “foi observada em mais de 50% das mulheres deste estudo e em quase 75% das primíparas” (p.S22), resultado de amplo estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o MS sobre dados estatísticos de parto no Brasil. Outro dado preocupante é a recorrência ou obrigatoriedade da posição litotômica: “Durante o parto, a posição de litotomia foi uma regra, alcançando mais de 90% das parturientes de risco habitual, apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto” (LEAL et al, 2014, p.S23).

Além da incisão e dos preocupantes impactos desta para a mulher/paciente, ao final da episiotomia pode ocorrer também outro procedimento que configura violência contra a mulher, o chamado “ponto do marido”, que acontece quando ao final da sutura é realizado um ponto a mais com o objetivo de “apertar” a entrada da vagina para torná-la mais estreita, teoricamente aumentando a satisfação sexual do marido. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A própria expressão é pejorativa e o fato dessa prática ser executada por vezes sem o conhecimento da paciente colocam a mulher em uma relação de poder desigual e misógina, onde o seu corpo é tratado como objeto do prazer de outra pessoa (homem/companheiro), sem se levar em conta suas vontades e possíveis consequências indesejadas pela mulher, como dor

e desconforto nas relações sexuais. Em termos Foucaultianos, este seria um reflexo da condição de dominação em que nos encontramos.

A manobra de Kristeller consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero durante o parto. É um procedimento de risco, que pode provocar: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões e, além disso, gera violência psicológica à gestante. Ademais, expõe a criança ao aumento da probabilidade de complicações como fratura de clavícula, trauma encefálico, entre outras. Por isso, o Ministério da Saúde considera essa prática injustificável, prejudicial e que deveria ser eliminada para que não se torne rotineira (BRASIL, 2001). Leal (et al, 2014) aponta que esta vem sendo usada em média, em 37% dos partos realizados anualmente.

Também constituem violência física o recebimento de autorização para intervenções com base em informações parciais ou distorcidas, como mentir para a paciente quanto à sua dilatação ou vitalidade fetal, forjando indicações que não são reais para indicar cesariana devido a interesses pessoais, a negação de informações à mulher sobre sua condição e sobre a evolução do parto e a manipulação da mulher sem orientação prévia dos cuidados realizados ou mesmo a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher (MARTINS; BARROS, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que 15% dos nascimentos podem ser operatórios, mas dados divulgados indicam que o Brasil é líder do ranking na América Latina em partos cesáreos, se aproximando a 56% na rede pública e 88% na rede privada (BRASIL, 2012). A cesariana amplia em 120% a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2015). Enquanto cirurgia eletiva, a cesariana pode ocorrer em momento orientado por profissionais ou pelo desejo da família, não respeitando, necessariamente, o tempo de desenvolvimento pleno do feto.

Além disso, a prática desenfreada da cesárea prejudica a capacidade de atendimento em um hospital. Um parto natural exige que a mulher fique em um leito por 24 horas, em média, enquanto que uma cesárea bem-sucedida exige que a mulher fique, pelo menos, 3 dias internada. Isso em um hospital público tende a causar transtornos pela falta de leitos (DINIZ, 2006).

Outra violência identificada é a privação da presença de uma/um acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato. Estudos comprovam que a presença de uma pessoa de confiança auxiliando a gestante, pode diminuir os níveis de estresse, proporcionando um parto mais tranquilo e satisfatório (DINIZ & DUARTE, 2004). Para garantir esse direito foi instituída a Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005) que, além da permissão de um acompanhante conhecido da gestante, permite o acompanhamento de uma pessoa especializada, chamada “doula”, que tem conhecimentos técnicos de como auxiliar uma gestante em trabalho de parto (BRASIL, 2005), mas sob custeio da parturiente/família, em grande parte dos casos. Entretanto, “segundo a pesquisa Nascer no Brasil, 24,5% das gestantes atendidas nas unidades hospitalares das redes pública e privada dos Estados da Federação, não foram acompanhadas por alguém de sua livre escolha no momento do parto e nascimento” (RODRIGUES *et al*, 2017).

As práticas mencionadas, desnecessárias na maioria das vezes, podem configurar iatrogenia (a noção de algo danoso causado por profissionais de saúde, como enfermeiras/os, médicas/os, psicólogas/os, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais, num ato que provocará prejuízos à/ao paciente). Consensos e protocolos baseados em práticas obsoletas que não estão respaldadas em evidências científicas vigoram nos estabelecimentos de saúde, sendo naturalizados e introjetados na formação de novos profissionais, associados ainda à supervisão inadequada dos preceptores. E, assim, se perpetuam práticas obstétricas para as quais não existem evidências científicas e que podem estar fortemente vinculadas aos altos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda social (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para suas vidas e a de seus bebês (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011).

Falta de vaga na Unidade de Saúde da Família (USF), com conseqüente retardo no início do acompanhamento pré-natal, remarcação frequente das consultas, déficit no acesso

para realização da imunização, dificuldade para realização e obtenção de resultados dos exames de rotina do pré-natal, precariedade da estrutura das unidades de saúde e hospitais são alguns problemas referidos por gestantes, que demarcam situações de vulnerabilidades programáticas e revelam fragilidades na rede de atenção à saúde, capazes de comprometer os princípios de humanização da assistência preconizados pelo MS (ARAÚJO et al, 2017).

A OMS aponta que práticas de violência à gestante ocorrem no mundo todo, sendo muito prejudiciais para a mãe e para o bebê, porém, não há como medir com precisão a intensidade desse problema, por isso a necessidade de pesquisas para definir e compreender essas práticas, para prevenir e eliminá-las (BRASIL, 2014c).

É preciso, pois, repensar o modelo de intervenção hegemônico, até então, centrado na fragmentação e na verticalização das ações profissionais, promotoras de hierarquização do cuidado e responsáveis por altas taxas de intervenções desnecessárias e muitas vezes danosas para as parturientes e ou criança.

5. Nomear é reconhecer

No decorrer deste trabalho abordo o (des)governo atual, o poder sobre os corpos e a dimensão política do parto, faz-se relevante reconhecer que estes três tópicos estão imbricados no quinto e último tópico a ser discutido: a nomeação da violência obstétrica. De acordo com as pesquisas revisadas, o termo violência obstétrica não tem um conceito único, nem mesmo termos legais definidos. Isto se deve à falta de instâncias específicas que penalizem os maus-tratos e procedimentos desnecessários aos quais muitas mulheres são submetidas, minimizando assim, a autonomia e a garantia de direitos destas. Além de impedir que a violência seja devidamente denunciada ou mesmo criminalizada.

Há, portanto, “a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica (inclusive em termos de descritores), preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliará na identificação e enfrentamento dessas situações” (ZANARDO et al, 2017). Contrária a esta necessidade e aos progressos até então alcançados, o Ministério da Saúde atual, em vésperas do dias das mães, divulga um posicionamento oficial, no qual afirma que o termo tem “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no **continuum**, gestação-parto-puerpério”,

além disso afirma que o termo “violência obstétrica” é uma expressão inapropriada por conta da não intencionalidade do profissional em prejudicar ou causar dano à mulher (MS, BRASIL, 2019).

Esta postura do Ministério da Saúde representa um retrocesso de grande escala, impedindo reconhecimento da existência desta violência, logo, a defesa das mulheres que por elas passam e da penalização dos profissionais que as executam. A FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia) foi à público manifestar apoio ao despacho do Ministério da saúde. De acordo com esta, a utilização deste termo tenta “demonizar a figura do médico obstetra” (FEBRASGO, CFM, 2019).

Em contrapartida, instituições e/ou grupos progressistas ligados à medicina, como a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, o Conselho Nacional de Saúde – CNS e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade se manifestaram contra o despacho supracitado. A primeira, através de seu boletim eletrônico diário, em 09 de maio, afirma que o posicionamento do Ministério da Saúde aponta para uma profunda mudança na condução da área da Saúde da mulher contrária a medidas anteriormente preconizadas em prol da saúde desta população. A nota da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade reconhece que:

Negar a forma como as pessoas que vivem o problema o definem – ou seja, como experimentam e vivenciam seu sofrimento – pode retardar sua resolução, dificultar o encontro do terreno comum e gerar maior sofrimento indo contra dois importantes pilares da MFC que são o Método Clínico Centrado na Pessoa e a utilização de Medicina Baseada em Evidências (2019).

A iniciativa do Ministério da Saúde, consonante com movimentos conservadores da atual gestão do país, responde a uma demanda do Conselho Federal de Medicina que, em outubro de 2018, lança o parecer número 32/2018, a partir de sua Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. Neste documento, o CFM transfere para as condições estruturais, a responsabilidade sobre o que nomeiam como violência no parto ou violência institucional, ou ainda para um movimento de humanização do parto que indicam causar confusão quanto ao modo de cuidado à parturiente. Neste parecer, o CFM afirma que as/os médicas/os entendem que a autonomia da mulher “deve ter limites” e que a expressão tem causado indignação entre as/os obstetras, já que a mesma é “impregnada de agressividade que beira a histeria”. O conceito de *histeria* te sido utilizado, historicamente, como noção patológica da mulher, ou

para se referenciar a sua condição de modo pejorativo. Estaria ligado à presença de um útero. Utilizar tal expressão não parece despropositado.

E não que os termos apontados como alternativa ao termo Violência Obstétrica estejam errados, mas deslegitimam o importante movimento de luta de mulheres e ativistas. O CFM acusa também, que tal conceito acaba retirando da área de conhecimento da obstetrícia, dos setores de acolhimento obstétricos e passando a localizar na/no profissional médica/o tal questão. Usam, ainda, o argumento do **ato médico** tão “questionável” por outras ciências da saúde. Quanto à dimensão institucional e/ou estrutural da violência, sabemos dos desafios enfrentados pelas/os profissionais, mas a dimensão relacional ainda constitui **nó crítico**⁹ da oferta de cuidado para o público em questão.

Nomear de violência obstétrica práticas abusivas em instituições e no modo de cuidado ofertado às mulheres em vivências de gravidez, parto e abortamento (este, por questões morais e religiosas ainda mais), parece ferir estruturas muito enraizadas. O fato de nomear – mesmo que muito diminuto frente à dimensão do problema com que lidamos – possibilita dar visibilidade a tal prática, ampliar o acesso a informação e debate.

Após alguns dias e muitas críticas, o MS se reposiciona. Ação recorrente dessa gestão, desdizer, redizer, reposicionar. Mas este novo posicionamento não representa avanços. Principalmente nesta temática, evidenciado por seu ofício que expressa reconhecer a liberdade das mulheres de utilizar o termo que entendem expressar sua experiência, mas opta por não utilizá-lo, e reitera, “que a expressão utilizada nos documentos e ações oficiais é a definida pela OMS em 2014, ‘Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde’” (MS, BRASIL, 2019).

Mais um episódio evidencia as disputas em questão. Em 17 de setembro de 2019 foi lançada no Diário Oficial da União a Resolução de Nº 2.232, do Conselho Federal de Medicina, que trata da “recusa terapêutica”, ou seja, do direito de um/a paciente recusar práticas sugeridas por sua/seu médica/o. Com intento de normatizar a possibilidade de “recusa terapêutica” para aquela/e “maior de idade, capaz, lúcido, orientado e consciente”, devendo ser entendida como “um direito do paciente a ser respeitado pelo médico, desde que esse o informe dos riscos e das consequências previsíveis de sua decisão”.

⁹ Os estudos em Saúde Pública apontam o conceito de “nós críticos” como os impasses para se alcançar uma atenção pública em saúde efetiva. Seria o gargalo, ou onde estariam grandes dificuldades de um determinado setor, serviço ou sistema (PINAFO, CARVALHO E NUNES, 2016).

As críticas em torno deste documento apontam para a preocupante relação estabelecida atualmente entre profissionais e pacientes. Pelo movimento de mascarar valores heteronormativos e patriarcais sobre modelo de parto, bem como para o comportamento adequado para as mulheres ou o para o “pleno uso das faculdades mentais”. Ainda, para endossar práticas e decisão profissional que não estariam baseadas em evidências científicas. Tais situações teriam oportunidade já que a resolução também prevê situações em que o médicas/os podem negar a recusa, praticando ações mesmo contra a vontade da paciente. Seriam “Casos de abuso de direitos”, com ênfase para a questão do parto, previsto em seu Parágrafo 2º, do artigo 5º: “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”. Há ainda, o ponto referente à objeção de consciência, previsto pelos artigos 7º e 8º, facultando ao profissional se abster do tratamento nos casos em que a recusa terapêutica seja contrária “aos ditames de sua consciência”.

Os percursos de enfrentamento à violência obstétrica e o cenário político expresso anteriormente nos aponta a difícil tarefa que se estabelece. Assim como, o movimento imposto, pelas tramas do biopoder, na tentativa de subjugar ou controlar nossos corpos e sexualidade como constante.

Carvalho (2017) aponta para atrasos na legislação brasileira quanto a violência obstétrica que, em comparação a outros países da América Latina, como Argentina e Venezuela, se encontra(va) engatinhando, contando com legislações em poucos estados e municípios. Outros dois projetos de lei de âmbito nacional, além do citado anteriormente, tramitam sem avanços. São esses: 8.219/17 (de autoria do deputado Francisco Floriano) e 7.867/17 (de autoria da deputada Jô Moraes),

Atualmente, apenas os estados de Santa Catarina (Lei 17.097 de 2017 – autoria de Angela Albino/PCdoB), Minas Gerais (Lei 23.175 de 2018 – autoria de Geisa Teixeira/PT), Pernambuco (Lei 16.499 de 2018 – autoria de Teresa Leitão/PT), Paraná (Lei 19.701 de 2018 – autoria de Mabel Canto/PSC) e Paraíba (Lei 11.329 de 2019 – autoria de Cida Ramos/PSB) possuem leis sancionadas. E outros quatro estados contam apenas com projetos de lei – São Paulo (2017), Rio Grande do Sul (2017), Ceará (2017) e Rio de Janeiro (2017). Como se observa, são quase em sua totalidade iniciativas de mulheres, o que reforça a necessidade de representação política.

6. Considerações finais

Com papéis de gênero bem definidos e sendo estes políticos e representando lugares de poder, historicamente pertencentes a homens e, ainda que mudanças venham acontecendo no campo da representatividade política ou dos espaços públicos mais diversos, não conseguimos mudanças estruturais dessa realidade. Tanto que necessidades e especificidades das mulheres ou que vêm sendo entendidas como tal, sempre foram – e continuam – negligenciadas nas políticas públicas e no discurso político de um modo geral.

Quando mulheres assumem o debate dos Direitos Sexuais e Reprodutivos – um bom exemplo do que vem sendo entendido como exclusivamente feminino – e passam a nomear práticas abusivas de longa data, tentando movimentar estruturas tão sedimentadas, passam a causar incômodo aos que ocupam os postos de poder, como fica evidente na recusa ao uso do termo “violência obstétrica” pelo Ministério da Saúde. Seja na ciência, nas instituições e na “representação” política. Representação essa que insiste em não nos representar.

Reforço que um Estado verdadeiramente laico se faz necessário para garantirmos políticas públicas efetivas, livres de crenças que marginalizam os/as diferentes. Ao contrário disso, temos hoje cada vez mais consolidada, uma bancada evangélica/cristã, que tenta fazer com que suas crenças prevaleçam, independentemente das estatísticas.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. “Novos modelos de atenção ao parto. Qualidade da Saúde” Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2734-novos-modelos-de-atencao-ao-parto> Acesso em 15 de julho de 2019.

AGUIAR, J.M., D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women’s view. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.36, p.79-91, 2011.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al . Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 16, n. 1, p. 29-37, mar. 2016 . Disponível em:

ARAÚJO, A. J. S.; OLIVEIRA, J. F.; PORTO, P. N. “Situações de vulnerabilidade programática vivenciadas por gestantes no pré-natal”. *Rev. Enferm. Atenção Saúde* [Online]. Jul/Dez 2017; 6(2):93-104 .

BRASIL - Ministério da Saúde. “Ofício n. 017/19”. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 03 de maio de 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_orcao_acesso_externo=0 Acesso em 10 de agosto de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. “Humanização do parto e nascimento”. Cadernos HumanizaSUS. Volume 4 [livro na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2014. [acesso: 05 abr 2017]. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

BRASIL, Projeto de Lei 7633, 27 de maio de 2014. Jean Wyllys, Brasília. Câmara dos Deputados, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros; SOUZA, Alex Sandro Rolland; Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências; Maio 2010, vol. 38, nº 5.

CARVALHO, Luisa Damasio de; “O Reconhecimento Legal Contra a Violência Obstétrica no Brasil: Análise das Legislações Estaduais e Projeto de Lei Federal nº 7.633/2014”. 2017. Graduação (Monografia de Conclusão de Curso) - Faculdade de Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA “Resolução de Nº 2.232” 16 de setembro de 2019. Disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232> Acesso em 18 setembro de 2019.

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. “Parto natural e normal: qual a diferença”. Revista de Enfermagem. Ano 10 • nº 81 • Jul/ 2009.

DIAS, Antônio Francisco Lopes. “A democracia como vítima do golpe tragicômico de 2016 no Brasil”. Revista Argumentos – Periódicos UFC, ano 20, n.19. Fortaleza, jan./jun. 2018. ISSN: 1984-4247.

DINIZ, C.S.G.; CHACHAM, A.S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões Saúde Reprod., v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, Set. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en&nrm=iso. access on 05 Feb. 2020

DINIZ, Simone Grillo; DUARTE, Antonia Carvalho. “Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)”. Editora UNESP, 2004.

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”. 08 de maio de 2019. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica> Acesso em 09 de maio de 2019.

FOUCAULT, M. “Vigiar e punir: nascimento da prisão” Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, Michel. ”Microfísica do poder. 25. ed. São Paulo: Graal, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. “Pesquisa de Opinião Pública: Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”. São Paulo, 2010.

GENTILI, Pablo. “O fascismo nosso de cada dia - A defesa da democracia como imperativo Ético”; El País, 28/out/2018. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2018/10/28/opinion/1540687510_196909.html Acesso em: 20/01/2020.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000100029&lng=pt&nrm=iso acesso em 05 fev. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual”. 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso Acesso em set. 2017.

LIMA, Bruno Reikdal. ”Fascismo como religião e eleições no Brasil em 2018”. Argentina Año 5, No. 31, noviembre/ 2018 Analéctica - ISSN 2591-5894 -

LIMA, Kelly Diogo de. Raça e violência obstétrica no Brasil. 2016. 24, ilus f. TCC (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2016.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Rev. dor**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 215-218, set. 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=pt&nrm=iso. acesso em 05 fev. 2020.

MARTINS, Karina; LACERDA JR, Fernando. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. Psicologia Política, v.14, nº 31, pp. 569-589, set./dez. 2014.

MONITOR DA VIOLÊNCIA - G1. “Brasil registra queda de 22% nas mortes violentas em 9 meses, revela índice nacional de homicídios”; G1, 25/11/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/11/25/brasil-registra-queda-de-22percent-nas-mortes-violentas-em-9-meses-revela-indice-nacional-de-homicidios.ghtml> Acesso em: 20/12/2019.

NEPPOS/CEAM/UnB - Boletim do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Política Social. Ano 6 - Nº. 22 - ABR. de 2016 – ISSN 1984-6223.

OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Genebra: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS).”Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [declaração na Internet].” Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial de Saúde (OMS); 2014 [acesso: 05 abr 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

PINAFO, Elisângela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; “Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.

PUGLIESE, Gabriel. *História da Dietética: Esboço para uma crítica antropológica da razão bioascética*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2015.

Rede Parto do Princípio. *Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres*. 2012. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367>. Acesso em 02 de agosto, 2019.

REIS, Toni; EGGER, Edla. “IDEOLOGIA DE GÊNERO: UMA FALÁCIA CONSTRUÍDA SOBRE OS PLANOS DE EDUCAÇÃO BRASILEIROS”. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 38, nº. 138, p.9-26, jan.-mar, 2017

RODRIGUES, D. P. et al. “O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica.” *Texto & Contexto - Enfermagem*. [online]. 2017, vol.26, n.3, e5570015

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. “O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento”. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife*, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA. “Parecer n. 32/2018” 05 de fevereiro de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-n-32-2018-cofen-ctln_68479.html Acesso em 08 de maio de 2019.

VAZQUEZ, Ana Carolina Brandão. “Fascismo e O Conto da Aia: a misoginia como política de Estado”. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 597-606, set./dez. 2019 ISSN 1982-0259

VELASCO, Clara; CAESAR, Gabriela e REIS, Thiago. “Cai o nº de mulheres vítimas de homicídio, mas registros de feminicídio crescem no Brasil”; G1, 08/03/2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/03/08/cai-o-no-de-mulheres-vitimas-de-homicidio-mas-registros-de-feminicidio-crescem-no-brasil.ghtml> Acesso em: 20/12/2019.

VENEZUELA. “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” 23 de abril de 2007, Nº 38.668. La Asamblea Nacional de La República Bolivariana de Venezuela. CARACAS, 2007.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. “A medicalização do corpo feminino”. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

WHO (World Health Organization), 1985. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2:436-437.

ZANARDO, G. L. P., CALDERÓN, M., NADAL, A. H; HABIGZANG, L. F. "Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa". Revista Psicologia & Sociedade, (2017). 29: e155043.

Quando a maternidade torna-se locus de violência e opressão: uma experiência etnográfica

Tatiana Aline de Souza Carvalho

RESUMO

O debate sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e em especial sobre violência obstétrica ganha espaço na academia a partir de meados da década de 80. Profissionais e mulheres organizadas tentam dar visibilidade a práticas que contrariam evidências científicas e colocam a mulher em condição de subjugo. Tal fenômeno ganha espaço na medida em que a experiência de parto vive processo de medicalização e consequente institucionalização, assumindo o hospital *status* privilegiado como centro de oferta de cuidado. São violências estruturais e institucionais, onde as diversas categorias profissionais envolvidas no processo gravídico-puerperal ferem o poder de decisão de mulheres sobre sexualidade, reprodução e o parto em si, identificadas em ações violentas verbal e fisicamente, principalmente. A partir de uma proposta de dissertação, no ano de 2018 realizou-se uma inserção etnográfica em um hospital de referência de uma cidade do interior do Estado de Pernambuco, tendo por objetivo compreender a rotina de um serviço de saúde materno-infantil e as experiências de mulheres vitimizadas e de profissionais de saúde, acerca do fenômeno da violência obstétrica. Sendo uma pesquisa qualitativa, no campo da Sociologia da Saúde, com recorte de gênero, como resultado desta foram gestados dois artigos. O primeiro, teórico-político, volta-se para o contexto político e de qual forma esse cenário impacta a vida das mulheres e a experiência do parto no Brasil. Já o presente trabalho, segundo desta produção, é o fruto da inserção etnográfica em diálogo direto com entrevistas narrativas realizadas com mulheres autodeclaradas vítimas e profissionais do serviço supracitado e reverberações que tais experiências causam à pesquisadora. Observou-se um serviço com precárias condições físicas e estruturais, reprodutor de práticas em desuso, perpetuando um *modus operandi* violento. Conclui-se que temos grandes desafios na área de atenção à mulher, pois as relações hierarquizadas em que se estabelece o cuidado gera acomodação e naturalização de ações violentas neste contexto. O empoderamento e autonomia das mulheres parece incomodar estruturas sedimentadas desta relação e, ao invés de combatido no cotidiano do serviço, precisa ser estimulado. Instrumentos como o plano de parto precisam ser acolhidos e

respeitados pelas/os profissionais envolvidas/os, garantindo-se assim assistência digna às parturientes.

Palavras Chave: Parto; Violência Obstétrica; Mulher; Gênero; Etnografia

ABSTRACT

The debate on sexual and reproductive rights, and especially on obstetric violence, has gained ground in the academy since the mid-1980s. Professionals and organized women try to give visibility to practices that contradict scientific evidence and put women in a condition of subjugation. This phenomenon gains space as the delivery experience undergoes a process of medicalization and consequent institutionalization, assuming the hospital a privileged status as a center of care provision. They are structural and institutional violence, where the various professional categories involved in the pregnancy-puerperal process injure the decision-making power of women over sexuality, reproduction and childbirth itself, identified in verbal and physically violent actions, mainly. Based on a dissertation proposal, in 2018 an ethnographic insertion took place in a reference hospital in a city in the interior of the State of Pernambuco, with the objective of understanding the routine of a maternal and child health service and the experiences victimized women and health professionals about the phenomenon of obstetric violence. As a qualitative research, in the field of Health Sociology, with a gender focus, as a result of this two articles were created. The first, theoretical-political, turns to the political context and how this scenario impacts the lives of women and the experience of childbirth in Brazil. The present work, according to this production, is the result of the ethnographic insertion in direct dialogue with narrative interviews carried out with self-declared women victims and professionals of the aforementioned service and reverberations that such experiences cause to the researcher. A service with poor physical and structural conditions was observed, reproducing practices in disuse, perpetuating a violent modus operandi. It is concluded that we have great challenges in the area of attention to women, since the hierarchical relationships in which care is established generate accommodation and naturalization of violent actions in this context. The empowerment and autonomy of women seems to disturb structures consolidated in this relationship and, instead of being fought in the daily life of the service, needs to be encouraged. Instruments such as the birth plan need to be accepted and respected by the professionals involved, thus guaranteeing dignified assistance to parturients.

Keywords: Childbirth; Obstetric Violence; Woman; Genre; ethnography

Os movimentos feministas vêm pautando o importante debate sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, estando este mais presente na academia a partir de meados da década de 80, assumindo relevante enfoque a dimensão da violência obstétrica. Profissionais e mulheres organizadas tentam dar visibilidade a práticas que contrariam evidências científicas e colocam a mulher em condição de subjuço. Tal fenômeno ganha espaço na medida em que a experiência de parto vive processo de medicalização e consequente institucionalização, assumindo assim, o hospital, **status** privilegiado como centro de oferta de cuidado.

São violências estruturais e institucionais, onde as diversas categorias profissionais envolvidas no processo gravídico-puerperal ferem o poder de decisão de mulheres sobre sexualidade, reprodução e o parto em si, identificadas em ações violentas verbal e fisicamente, principalmente.

No período de fevereiro a julho de 2018, com duração de 05 meses, a inserção em uma maternidade pública de uma cidade de médio porte, do submédio São Francisco, interior de Pernambuco, foi campo para produção de experiência e problematizações, consequentemente saberes, sendo uma etapa de uma pesquisa de dissertação de mestrado. Dentro do campo de estudos de gênero, esta pesquisa teve por objetivo central conhecer a rotina do serviço, acompanhar os desafios encontrados por profissionais e mulheres/usuárias e como esses podem acabar desencadeando episódios ou interações violentas. Este estudo, em particular, sendo subproduto desta pesquisa, buscou a ampliação da compreensão dos fenômenos parto e violência no parto, bem como a compreensão acerca da formação e vivência destas/es profissionais e pacientes.

Tais interações violentas supracitadas são nomeadas de violência obstétrica (como opto por chamar neste trabalho), ou violência institucional de gênero, ou violência institucional contra mulheres em condição de parto (abrangendo gestação, parto, puerpério e abortamento). Como apontado por Zanardo *et al* (2017), a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos de mulheres grávidas e/ou em processo de parto, incluindo perda da autonomia e decisão sobre seus corpos e experiência de parturição, sendo a “apropriação dos

processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto” (p. 05).

De caráter etnográfico, propus minha inserção em campo tempo suficiente para familiarizar minha presença entre as/os profissionais do serviço e usuárias, com o intuito de produzir dados a partir da experiência desta, possibilitando uma “análise das implicações do pesquisador com o campo” (DIAS, PASSOS & SILVA, 2016, s/p). Cabe pensar experiência, como citada aqui, na dimensão apontada por Bondía (2002): “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca” (p. 21).

Os diários de campo, vistos muitas vezes como instrumento marginal (DIAS, PASSOS & SILVA, 2016) frente a outras metodologias de uma ciência mais dura, possibilitaram, pois, o registro e a narrativa de vivente, da minha experimentação enquanto pesquisadora. Outro instrumento importante foram as entrevistas narrativas que teve como colaboradoras/es profissionais e mulheres vítimas autodeclaradas de violência obstétrica.

Este artigo é, portanto, produto de uma observação etnográfica. Literalmente, o termo etnografia significa descrição de um povo, sendo importante ressaltar que a etnografia “lida com gente, no sentido coletivo da palavra” (ANGROSINO, 2009). Ou seja, estuda pessoas em grupos organizados e seu modo de vida peculiar, sua cultura. Falar em cultura não significa apenas a cultura de um povo longínquo e/ou exótico. Pensar cultura significa pensar acerca de costumes, ações e crenças compartilhadas dentro desse conjunto organizado de pessoas que constituem a comunidade observada. Enquanto método, a etnografia é baseada na pesquisa de campo, em contato e em meio ao grupo observado. Dito isto, cabe ressaltar que minhas afetações e atravessamentos aparecem ao longo desta narrativa, que se desvela em primeira pessoa.

Somada a esta perspectiva etnográfica, a entrevista narrativa se fez relevante por se caracterizar como uma ferramenta não estruturada, permitindo maior flexibilidade, profundidade e possibilidades de emergência de narrativas entrecruzadas no contexto situacional. De acordo com Muylaert e colaboradores (2014), este tipo de entrevista visa encorajar a/o entrevistada/o, reconstruir acontecimentos de acordo com seus pontos de vista, permitindo sondar significados e explorar nuances, corroborando com a intenção de visibilidade dessas histórias e do fenômeno da violência obstétrica.

Quem são nossas/os colaboradoras/es

Ao apresentar as/os colaboradoras/es da pesquisa, optou-se por dividi-los em dois grupos¹⁰. O primeiro quadro registra as colaboradoras autodeclaradas vítimas e o segundo formado por profissionais de saúde, ambos com sete participantes cada, apresenta um perfil sucinto destas/es. Partindo da metodologia de **bola de neve**, para início do contato com os grupos, busquei contatos pessoais, entre profissionais e mulheres e as/os primeiras/os colaboradoras/es indicavam as/os próximas/os. Explicito que, nas partes descritivas deste trabalho, muitas/os outras/os profissionais e mães aparecem, não apenas as/os entrevistadas/os. Cabe salientar que as mulheres entrevistas não são, necessariamente, as mesmas que acompanhei na observação participante no hospital.

Tabela 1: Perfil das mulheres vítimas de VO colaboradoras

Nome	Idade	Cor/raça	Filhos	V.o ocorre em qual parto?	Local parto	Estado civil	Parto	Escolaridade	Área de atuação	Renda Familiar
Rosa	50	Preta	01	Primeiro	Maternidade/PE	Solteira	Normal	E. Médio	Agente de endemias	R\$1500,00
Zeferina	38	Parda	02	Primeiro	Maternidade/BA	U. estável	Normal	E. Médio	Do lar	R\$994,00
Pagu	29	Parda	01	Primeiro	Maternidade/PE	Solteira	Normal	E. Superior	Desempregada	S/ Renda
Carolina	30	Parda	02	Primeiro	Maternidade/PE	Casada	Normal	E. Médio	Desempregada	R\$2000,00
Frida	25	Branca	01	Primeiro	Maternidade/BA	Solteira	Cesária	E. Superior	Professora	R\$2400,00
Erundina	44	Parda	03	Primeiro g. terceiro	Maternidade/PE	Divorciada	Cesária	E. Médio	Agricultora	S/ RENDA
Nise	38	Preta	01	Primeiro	Maternidade/PE	Casada	Cesária	E. Superior	Professora	R\$1500,00

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 2: Perfil das/dos profissionais colaboradoras/es

¹⁰ Os nomes utilizados, além da intenção de preservar a identidade das/os colaboradoras/es, são referências a mulheres de luta e/ou militantes feministas, na descrição das mulheres, enquanto no quadro de profissionais, fazem referência a cientistas, filósofos/os e escrito-ras/es que fazem o debate da temática de gênero em suas várias nuances. Tal opção se dá, na tentativa de preservá-los, principalmente profissionais da maternidade de referência. Entende-se que a exposição das/os mesmas/os poderia gerar consequências negativas, em seus campos de atuação, assim como, observou-se um maior receio por parte destas/es, nas falas e contatos para a realização das entrevistas. Entre as mulheres (vítimas autodeclaradas de VO), Rosa (Luxemburgo), Zeferina, Pagu, Carolina (de Jesus), Frida (Kahlo), Erundina (Luisa Erundina) e Nise (da Silveira). Entre as/os profissionais, Davis (Angela), Saffioti (Helcieth), Butler (Judith), Miguel (Luis Felipe), Preciado (Paul Beatriz) Odent (Michel) e Beauvoir (Simone de).

Nome	Idade	Cor/raça	Escolaridade	Área de atuação	Tempo de instituição	Tempo de atuação	Na sua formação você estudou vo?	Já presenciou alguma vo?	Qual setor de atuação?
Davis	56	Parda	Técnico	Técnica de enfermagem	10 anos	20 anos	Não	Não	Alto risco
Saffioti	37	Branca	Superior	Serviço Social (coordenação)	02 anos	15 anos	Não	Sim	Serviço Social
Butler	29	Preta	Superior	Médica Obstetra	03 anos e meio	03 anos e meio	Não	Várias vezes	Preceptora e plantonista
Miguel	31	Branco	Superior	Médico Obstetra	05 anos	05 anos	Não	Sim	Plantonista
Preclado	37	Pardo	Superior	Médico Intensivista	06 anos	11 anos	Não	Sim	Terapia Intensiva
Odent	30	Pardo	Superior incompleto	Medicina	10 semanas		Sim, por interesse próprio	Sim	Estagiário
Beauvoir	29	Branca	Superior incompleto	Psicologia	08 meses		Sim, principalmente no estágio	Sim	Estagiária

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre as mulheres autodeclaradas vítimas observa-se que a idade variou entre 25 e 50 anos. Sendo seis primíparas (primeiro parto) e uma delas sofrido a violência no primeiro e terceiro/último parto, tal dado se sobressai, ao mesmo tempo em que corrobora com outras pesquisas, no sentido de que a violência obstétrica muitas vezes se encontra relacionada à inexperiência e falta de informação por parte da mulher, como mote para intervenções e ações violentas diversas.

Sobre os tipos de partos, quatro destas vivenciaram parto normal e as outras três parto cesáreo, o que evidencia o fato de as ações violentas não estão restritas ou relacionadas ao parto normal ou a imposição deste ou daquele modelo, como corrobora o estudo de Aguiar e D'Oliveira (2011). O estudo de Oliveira e Penna (2017) salienta que a prática violenta estaria relacionada, muitas vezes, à não escuta da mãe ou seu silenciamento, assim como ao subjugo de seus corpos e desejos.

Quanto à escolaridade, a formação dessas mulheres variou entre ensino médio e superior, sendo que três delas têm ensino superior. Dentre as que têm ensino superior duas são professoras e uma psicóloga, esta última desempregada. Quanto à raça/etnia, sobressai o dado de seis entre as sete serem pardas ou negras. A única que se autodeclara branca é a mais nova, tendo ensino superior, ocupando cargo de professora e que conta com a maior renda familiar. O dado de raça obtido corrobora com outras pesquisas (ANDRADE et al, 2016; ARAÚJO et al, 2009; CAMARGO JR., 2014; PEDROSO & LOPEZ, 2017) no sentido de ser a mulher negra e pobre a principal vítima da violência obstétrica.

Ao serem questionadas sobre o local de parto, cinco viveram a experiência violenta no hospital onde a inserção etnográfica se deu. As outras duas foram assistidas em uma

maternidade da cidade circunvizinha, pertencente a outro Estado, o que é possibilitado em função destas cidades comporem uma rede interestadual de saúde que conta com 53 municípios, conhecida como Rede PE/BA.

Erundina e Zeferina viveram experiências de parto também em outras regiões do país, Goiânia-GO e Planaltina-DF, respectivamente. Tendo a referência traumática anterior, vítimas de violência obstétrica no primeiro parto, no hospital de referência de Petrolina-PE, ambas avaliaram positivamente a estrutura dos serviços que acessaram posteriormente. Mencionam que a estrutura do hospital e as/os profissionais foram mais atenciosas/os. Mesmo avaliando positivamente, Zeferina relata ter sofrido violência verbal, violência obstétrica portanto, do médico que a atendeu, em função da paciente ser/morar em outra cidade (Planaltina-GO). Já Carolina, em função do elevado nível de sofrimento que envolveu seu primeiro parto e perda de um de seus filhos, preocupou-se desde o início da segunda gravidez. Relata ter chorado muitas vezes preocupada por ter medo de precisar voltar ao mesmo hospital.

Nas entrevistas com as mulheres, duas não estavam acompanhadas de suas/seus filhas/os. Erundina, já que a entrevista foi realizada em uma associação de mulheres (em bairro periférico da cidade) e tendo filhos adultos e a colaboradora Pagu, que perdeu a filha cinco dias após o nascimento, em função da negligência dos profissionais, como aponta. Na entrevista, estava com um amigo e essa se deu na universidade, ambiente em que estabelecemos o primeiro contato anos antes. As entrevistas de Pagu e Carolina são as mais emocionantes em função de suas histórias de luto.

Carolina estava com os filhos na casa de vizinhas/amigas que as auxiliavam no cuidado. A entrevista se deu nesta casa. Já Frida estava com a filha e sua entrevista foi realizada em casa. A mãe a auxiliava com o cuidado da criança. Nise estava cuidando do filho. A entrevista foi realizada à noite, depois que ela retornou de sua jornada de trabalho. Ela precisou parar a entrevista algumas vezes por isso, por exemplo para auxiliar a criança no banho. Nise se queixa de não ter familiares que possam lhe ajudar na rotina com a criança, pois a mãe faleceu antes do nascimento de seu filho, fato que a mobiliza emocionalmente.

As entrevistas de Zeferina e Rosa aconteceram no mesmo dia. Estas são vizinhas e amigas e uma cuida da/o filho/a da outra enquanto a entrevista é realizada. Enquanto realizávamos a entrevista de Zeferina, Rosa se aproxima, voltando do trabalho e se prontifica a participar da pesquisa.

Nenhum pai/companheiro esteve presente no momento da entrevista. Dentre as cinco colaboradoras com filhas/os em idade que requer cuidado integral, destaca-se que estas são as principais responsáveis pelo cuidado das crianças e/ou contam com apoio de outras mulheres para essa função, assim como a escola é de extrema importância. Estas mães/cuidadoras, ocupam tal lugar, conciliando com suas rotinas de trabalho (o que aponta para as múltiplas jornadas vivenciadas pelas mulheres), pois apenas uma das entrevistadas não trabalha fora de casa neste momento.

O grupo de profissionais também contou com sete colaboradoras/es, sendo quatro mulheres e três homens. Todos os homens eram da área da medicina, sendo um estagiário/interno. Dentre as profissionais entrevistadas, observa-se ocuparem cargos de **menor prestígio**, como a função de técnica em enfermagem, enfermeira, psicóloga (no caso, uma estagiária) e assistente social. As funções citadas são ocupadas, nesta instituição (e em tantas outras), majoritariamente por mulheres. A equipe de psicólogas, por exemplo, conta com 03 profissionais, todas mulheres.

Tais situações corroboram dados de que as mulheres ocupam majoritariamente funções de cuidado e profissões ligadas à saúde (CHIES, 2010), podendo ser entendidas, inclusive, como uma extensão do trabalho doméstico/ dimensão privada. Quanto à inserção dos homens nessas áreas de atuação, observa-se a escolha principal por cargos ou áreas/especialidades mais prestigiadas, de maior poder em uma dimensão hierárquica. Gilbert e colaboradoras (2009), ao discutir a inserção de homens e mulheres dentro da área de ginecologia e obstetrícia, inclusive, falam dessa hierarquização, na medida em que geralmente, no senso comum e até entre os profissionais, “identificam a mulher como mais frágil física e emocionalmente que o homem e, portanto, mais suscetível a perder o controle” (p. 619).

Quanto à raça/etnia, três se autodeclararam brancas/os, uma se autodeclara negra e três parda ou pardo. A idade das/dos profissionais variou entre 29 e 56 anos. Estando 06 das/os sete com idades entre 29 e 37 anos. A idade torna-se um diferencial na medida em que parte delas/es ainda se encontra em processo formativo, o que parece influenciar na prática e/ou leitura sobre a experiência profissional e a dimensão da violência obstétrica, utilizando de um discurso mais acadêmico ou “**especializado**”, corroborando os achados de Gilbert (et al, 2009).

Quanto à formação, uma tinha ensino técnico em enfermagem, quatro ensino superior e pós graduação e dois ainda estudantes com ensino superior incompleto estavam em processo de estágio, sendo um interno de medicina e uma estagiária de psicologia, estes contavam com menor tempo no serviço. Quanto às/aos profissionais especialistas três tinham formação em medicina, sendo um intensivista e dois obstetras, enquanto a quarta era assistente social. A profissional de ensino técnico conta com o maior tempo de atuação (20 anos) estando no serviço também há mais tempo, 10 anos.

Atuando em diversos setores, a variada experiência prática das/os colaboradoras/es permitiu amplitude quanto à dinâmica do serviço. Ao ser questionada/o sobre a formação ter abarcado a discussão da violência obstétrica, as/os cinco profissionais que ocupam cargos no serviço mencionaram não ter estudado sobre violência obstétrica em sua formação. Entre as/os estagiárias/os, o estudante de medicina menciona já ter estudado, mas por interesse próprio e não como conteúdo de seu curso. Já a estudante de psicologia só tem contato com esta discussão ao se aproximar do campo de prática.

Com exceção da profissional técnica, as/os outras/os quando questionados objetivamente sobre ter presenciado alguma manifestação que qualificariam como violência obstétrica dentro do serviço responderam positivamente. Cabe salientar que a profissional que responde não ao primeiro questionamento objetivo, ao longo da entrevista dá exemplos de situações que vivenciou, que entende como violentas.

Outro ponto relevante aparece na fala da médica obstetra (Butler), autodeclarada militante feminista que, ao responder ter presenciado essas violências “várias vezes” se implica e diz que algumas vezes a cometeu, principalmente em função da falta de estrutura para o melhor acolhimento.

A entrevista de Butler acontece numa sala reservada dentro do próprio hospital. Tivemos dificuldade para marcar esse encontro já que os horários dela eram muito acelerados e, mesmo muito gentil, ela tinha muita pressa. Nosso primeiro contato ocorreu nos espaços de militância, antes de sua entrada como colaboradora para a pesquisa. A profissional, a partir de seu posicionamento de militante feminista, parece ser a que desenvolve maior autocrítica ao conhecimento que detém ou à própria prática. A única que diz abertamente que violenta mulheres também, se implicando, mas associando essa violência à questão estrutural. Logo no início da entrevista, ao ser questionada sobre sua formação e o quanto sabe sobre violência

obstétrica e mesmo sendo obstetra, diz que muito pouco sabe, se implicando e falando sobre a defasagem de sua formação e sobre a necessidade de saber/fazer mais.

As entrevistas com a estudante de psicologia e o estudante de medicina acontecem no ambiente da universidade, já que não parece confortável para esta/e falarem dos espaços de inserção estando no hospital. A graduanda em psicologia (Beauvoir) aponta a dimensão das **tecnologias leves**¹¹ como estratégia de combate à violência obstétrica. Identifiquei, no serviço, que as/os estudantes acabam por suprir a demanda profissional. Beauvoir, estando ao final de seus dois semestres de inserção, descreve o campo com mais segurança, se comparado ao estudante de medicina (Odont) que vive duas inserções no hospital, com duração de algumas semanas e passa por diferentes setores. Saliento que ambos têm uma visão mais geral do serviço, pensando que acessam diferentes setores, especialidades e profissionais, o que justificaria sua participação na pesquisa, a partir das entrevistas.

Estrutura dos serviços como base de uma pirâmide violenta

Não seria de se estranhar que organizações como a FREBASGO (2019) responsabilizassem a questão estrutural pelos desafios da assistência materno infantil. Na verdade, grande parte dos estudos sobre saúde pública, principalmente os com foco em VO, apresentam essa causa para parte relevante do desafio na assistência. Mas precisamos estar abertos a problematizar a dimensão relacional, ou como descrito por Beauvoir, as tecnologias leves.

No período em que estive imersa em campo, o hospital se encontrou em superlotação todos os dias. Mulheres em pé aguardando por seus atendimentos, ou internadas sentadas em cadeiras plásticas, poltronas desgastadas e até bancos de madeira, por dias. A insuficiência de leitos se mostrou gritante. No setor de “triagem”, em alguns dias, em uma placa onde se registrava o número de pacientes, às vezes se via escrito em pincel vermelho, com letras garrafais, “SUPERLOTAÇÃO”.

Passando por uma reforma, o hospital se encontra com seu espaço físico ainda mais comprometido. Este figura como instituição de referência para casos de alta complexidade, o

¹¹ São tecnologias e recursos criativos utilizados na oferta de cuidados sem depender necessariamente de instrumentos físicos, ditos pela autora como “duros”, por exemplo: máquinas (AYRES, 2000).

que não se efetiva, pois, grande parte dos municípios lhe encaminha mulheres fora desse perfil. Essas deveriam ser atendidas no próprio município, por se configurar atenção de baixa complexidade. No geral, os municípios vêm sendo negligentes quanto ao cumprimento de sua parte no acordo, sendo tal questão mote de debate do Ministério Público Federal em (2019), que em parceria com o Ministério Público do Estado de Pernambuco e Ministério Público do Estado da Bahia lançam documento intitulado “Carta de Petrolina”, no dia 04 de abril de 2019, onde cobram dos estados e municípios que compõe a REDE PE/BA, os acordos firmados, como segue: “Garantia do cumprimento dos acordos pactuados, assumindo suas responsabilidades sanitárias e financeiras na Rede PEBA, visando garantir à população usuária o efetivo direito ao acesso integral e resolutivo às ações e serviços de saúde do SUS”.

A maternidade de referência é composta por dezessete setores, organizados em torno de sua complexidade, sendo apenas três destes limitados ao seu número máximo de pacientes, ou seja, apenas três setores que não ficam superlotados: Centro Cirúrgico, Alto Risco e UTI. Assim sendo, os demais tendem à superlotação. Os setores compreendidos como **porta de entrada** do serviço, principalmente **Triagem**, são os mais preocupantes. Essa superlotação revela-se, segundo profissionais e usuárias, como um dos principais desafios do serviço.

Os primeiros passos da imersão foram a pactuação, observando-se resistência em função da temática, assim como contentamento de alguns e algumas profissionais ao falarmos sobre minha proposta de pesquisa. Dentre os desafios encontrados para a realização da pesquisa, o principal era a determinação de que eu só podia estar no serviço enquanto as gerentes de setor estivessem na instituição. O horário de atuação destas profissionais (quase todas mulheres e enfermeiras) era entre 07h e 16h, o que limitava o período de imersão e impediu que estivesse no período da noite no serviço, inclusive para a realização de entrevistas ou para acompanhar uma cirurgia cesariana, com um profissional que se disponibilizou em me receber. Ainda que precisasse sair durante um atendimento ou intervenção como o próprio parto, não houve possibilidade de negociação.

Outros pontos de dificuldade que instalaram logo de início, como a não permanência do crachá comigo, ou burocratização em situações diversas. Ainda no primeiro encontro, apresentando suas inquietações, a profissional que me acolhe questiona: “O que você faria se identificasse violência? Porque vai ter...”, ao passo que discutimos meu compromisso ético ao estar ali.

Após esses encontros iniciais, muito breves, tive acesso à sala de parto, identificando nesse dia a necessidade de estar no mesmo setor por um período de tempo maior, mudando de setor periodicamente (aproximadamente de 15 em 15 dias) e não, como previ à princípio, alternando diariamente os setores. Afinal, esta permanência garantiria maior vinculação com alguns profissionais e até pacientes, assim como certa naturalização de minha presença no local.

Afirmo a importância do acolhimento que tive por parte da equipe e da abertura de muitas profissionais que convivi ao longo da inserção, no sentido de esclarecimentos sobre procedimentos que desconheço ou com perguntas constantes sobre casos e intervenções. Nos primeiros dias observei um certa desconfiança e incômodo por minha presença, assim como uma curiosidade, que entendo como natural, sobre o que pesquiso e quais minhas intenções. Mas após o quarto dia no setor, pude notar mudanças no comportamento da equipe, que conversava mais naturalmente sobre o cotidiano do serviço, ou me perguntava e pedia algo, como se fosse um deles.

Identifiquei a sala de parto como um setor sobrecarregado, com demanda acima do previsto em leitos e estrutura, no geral, sendo que muitas mulheres são acomodadas em macas do próprio hospital ou das ambulâncias que as trazem dos diversos municípios que o utilizam. Os casos de menor risco são compartilhados com o município circunvizinho.

O dado de superlotação aparece na fala de quase todas/os as/os profissionais com quem dialoguei, desde técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicas e internas/os de medicina e ainda, em expressões do cotidiano, de surpresa com o número de mulheres no turno que entram, ou comentários como:

“(...)tá loucura aqui”; “não tá gatinho a situação aqui hoje” (ao me encontrarem entrando no serviço); ou a médica obstetra que diz, em tom de brincadeira: “avisa que hoje estamos trabalhando de portas fechadas! Quem dera!”

Há o revezamento de profissionais por turno, ficando em torno de quatro médicas/os, quatro enfermeiras (todas com especialização em obstetrícia) e três a quatro técnicas de enfermagem por turno, assim como profissionais da limpeza, farmácia, uma específica para questões burocráticas, outras para exames e auxílio com aleitamento. Uma enfermeira menciona que no setor há um número de enfermeiras suficiente, mas que o número de técnicas é muito aquém do necessário. Há porém outra questão relevante nesse número

“suficiente” de enfermeiras que é o fato de que estas, sendo enfermeiras obstétricas, são responsabilizadas também pelo cuidado dos recém-nascidos.

Questionei, em diferentes momentos, sobre a presença e atenção ofertada pelas psicólogas do hospital e obtive respostas como: “as psicólogas são chamadas em situação de óbito fetal, ou acompanhante dando trabalho, mulheres choronas ou que não cooperam”, responde uma das enfermeiras. Foi realizado contato e diálogo com as profissionais de psicologia em diferentes ocasiões, mas não tive a oportunidade de acompanhá-las em atendimentos.

Pude observar interações importantes, visando esclarecimento e tranquilização das mães, por parte de enfermeiras, médica obstetra e internas/os da medicina. São orientações bem cuidadosas (a ponto de sondar se a profissional obstetra age do mesmo modo “sempre”, sendo informada que “essa sim, ela é ótima!”). Dúvidas das mulheres e profissionais como “técnicas diaristas” de enfermagem (que nem sempre estão naquele setor), tem sido esclarecidas de modo cuidadoso.

Mesmo que não fosse frequente, ainda no início das visitas, presenciei duas falas que preocuparam-me quanto ao impacto para as mulheres, sendo mais autoritárias ou abusivas, como: “Se sair pode acontecer algo horrível a seu bebê!” (fala de médica que orienta mulher a não mudar de posição, mesmo em desconforto); ou ainda, “Ela tá fazendo errado a força (sogra fala repetidas vezes sobre parturiente para as profissionais que estão assistindo-a).

No geral, ao longo das visitas, as mulheres não expressam nenhuma queixa quanto ao atendimento ou serviço, mesmo se questionadas. Muitas demonstrando, ainda, surpresa pelo atendimento recebido. Em uma das visitas, encontro na saída do hospital, a primeira mãe que acompanhei durante o parto (tendo de deixar a sala próximo ao horário do nascimento por já ser 16h) e esta demonstra muita alegria, mostra sua filha, menciona que parto aconteceu às 17h09, tendo entrado às 13h. Permaneceu na maca até o dia seguinte por falta de leito, mas ainda assim avalia positivamente o serviço. E relata: “foi normal e valeu a pena (...) sinto umas dores ainda, faz parte da evolução por dentro”. E complementa: “a gente escuta muita coisa contrária, mas quando entrei aqui já fui muito bem tratada, principalmente pela doutora”.

Ainda sobre essa insegurança expressa pela mãe anterior, presencio um momento que retrata essa experiência por parte de outra mãe:

Entro na sala na hora que a criança nasceu, a mãe demonstra preocupação, pede que a acompanhante siga a pediatra para a sala onde o procedimento acontece e esta segue ao lado da médica e da criança durante procedimentos iniciais. Sobre os cuidados com a parturiente, enquanto a enfermeira preenche um formulário, a que realizou o parto esclarece procedimentos e dá continuidade aos cuidados. Neste momento, as pessoas na sala sorriem, é um ambiente descontraído, a ponto da mãe adolescente também tranquilizar-se. Esse parto também foi realizado em uma maca.

Outro fenômeno importante observado, e que corrobora com diversos estudos da área, é o que se expressa na fala a seguir:

"O parto normal ontem não foi nada fácil, mas tô **super** bem. Recomendo! E olha que cogitei pagar parto cesáreo, mas não me arrependo. Uma amiga, que é enfermeira, veio de outra cidade para acompanhar. Ela me ajudou, foi orientando, me explicando tudo. Vim pra cá bem instruída. Li muito durante a gravidez, não aceitei nenhuma medicação, deixei seguir naturalmente. Participo de grupo de mães e li muito. Ia fazer cesárea para já fazer laqueadura, mas marido vai fazer vasectomia, pois teria recuperação muito mais fácil, sai no mesmo dia do hospital. Sofri muito, mas foi perfeito! Me falaram, aqui, que eu era bem diferente, que era instruída!"

A fala dessa puérpera retrata a necessidade de ampliação do acesso à informação, do empoderamento gerado por esta e, ainda, o papel que o pré-natal tem em preparar a mulher e a família (principalmente acompanhantes) para os desafios muitas vezes enfrentados no processo de parto. É notório que esse empoderamento proporciona mais segurança e tranquilidade para as parturientes. Pude observar como mães mais novas, primíparas, muitas vezes adolescentes e/ou com menor grau de instrução formal, têm muito mais desafios e sofrem por desinformação durante esse percurso. Exemplifico com uma parturiente de 19 anos que resistia em ir para a bola ou escada (instrumentos de estímulo ao parto normal) por receio de que a criança caísse.

Tais questões dialogam diretamente com a situação descrita neste trecho de diário de campo:

Chego uma tarde no serviço e me deparo com uma parturiente chorosa em uma cama, acompanhada de sua mãe. Tento diálogo mas ela não fala muito, até que se queixa: "Estou aqui faz tempo, não tive força para parir e desistiram de me ajudar. Ninguém vem aqui, nem me dá informação nenhuma". Tento observar e entender o contexto. Busco umas das enfermeiras e comento sobre uma mulher em uma sala e antes que conclua ela já me informa que deve ser uma menina que quer fazer cesariana. Comenta que esta e a mãe vêm tentando mobilizar emocionalmente a equipe, rondando a recepção, insistindo na cirurgia. Me informa ainda que não é um quadro para cirurgia, já que seria um parto prematuro, não havendo indicação de antecipá-lo com um procedimento cirúrgico.

No geral, pude observar que os partos prematuros são retardados o máximo possível e, nessa mesma linha de argumento, a enfermeira traz mais alguns pontos. Dois desdobramentos desse episódio reverberam em mim, o primeiro, a fala da enfermeira sobre “despreparo” nos pré-natais – “Se tivessem convênio fariam cesariana, porque é muita dor. Mas o problema é que os pré-natais não preparam as mulheres”. Ela relata que a maioria das parturientes que chega ao serviço não teve informações básicas sobre o processo, no geral.

O segundo desdobramento, trata-se da inquietação causada, posteriormente, quando olho com um olhar mais crítico para o fato de ter aceito tão tranquilamente o argumento de “pressão ou chantagem” por parte delas. Ainda que não tenha sido dito exatamente assim, e que houvesse um movimento de compreensão até, por parte da enfermeira, esse era o olhar que a equipe parecia ter para aquela situação. Com isso, me sinto como se assumisse um lado. Como se tivessem me solicitado isso. Me cobro então esse distanciamento e a necessidade de problematizar a naturalização e poder desse “discurso médico”. São duas mulheres, que literalmente chorando, expressam seus medos quanto a procedimentos que muitas vezes levam à morte, que, não raro, são noticiados nos blogs e jornais locais, como de insucesso. A “fama” do serviço e a expectativa das mulheres não são as melhores. Sensibilizo-me, então, e penso no fato da angústia dessas duas mulheres não ser ouvida, além da não possibilidade de escolha – ainda que essa não fosse necessariamente esclarecida – que ferem diretamente seus direitos sexuais e reprodutivos!

As tecnologias leves, na dimensão da relação e do modo de cuidado ofertado, seriam aqui extremamente relevantes. Não havendo necessidade de cirurgia ou outras intervenções **grandiosas**, parece importante apostar no diálogo, na abertura para ouvir e tirar as dúvidas dessas mulheres. Acolher a angústia que demonstravam. Mas a rotina do serviço parece atropelar os sujeitos envolvidos, a ponto de caber interpretações de intencionalidades ao invés de ouvir, de fato. A ponto de excluir, de negar cuidado. Era assim que mãe e filha se sentiam.

Penso sobre o olhar e expectativa que sentia em profissionais e pacientes. Quem é essa que “só observa”? Preocupo-me com o lugar que ocupei ali e como me interpretaram. Principalmente as mulheres, já que, me vendo vestida como todos **eles**, tendiam a me perceber como um **deles**, ao passo que elas, em condição vulnerável, tendiam a só elogiar o serviço. Se não elogiaram, ao menos em algumas situações, deixaram de expressar necessariamente o que sentiam. Captar as experiências **reais** talvez tenha sido um dos principais desafios que tive em

campo. Saio preocupada com uma possível artificialidade no cuidado prestado e em como colaborar e dar **retorno** a essas mulheres e comunidade.

Receava ter uma postura invasiva, ou que me percebessem desse modo, me vendo como observadora, sem uma função essencial no setor/ na assistência. Lugar este que tanto questiono e que fez pesquisar tal temática e estar ali. Anseio pelo momento de contribuir, de intervir de algum modo, com as rodas formativas para mulheres, espaços de debate com profissionais, enfim. Hora essa em que transformarei a angústia atual em mais um produto, mesmo entendendo minha presença ali como uma espécie de intervenção “colateral”.

Outro fenômeno observado é a reprodução, neste espaço, da mulher como cuidadora. Mulheres como profissionais (poucos maqueiros e médicos estiveram presentes nestes dias em que estive no serviço), mulheres mães, mulheres como cuidadoras (acompanhantes, são elas em sua maioria), como aparece neste trecho de minha quarta visita a campo “Em raros momentos presenciei isto neste setor. Observa-se alguns leitos mais calmos, com mães e bebês dormindo, acompanhantes também descansam. Em sua maioria são mulheres, mas pais tem entrada livre quando bebês nascem”. Cá estou, mais uma mulher. Cuidadora por profissão, por ideologia. Cuidadora tentando desnaturalizar muito do que entendemos por cuidado.

Sobre minha presença, ainda, em determinados momentos, observei a sensação de insegurança e/ou, de estar sendo constantemente observadas/os, entre as/os profissionais. A partir da fala de um enfermeiro, fica a sensação de que não fazer episiotomia¹² é praticamente um favor, só não fazem porque é uma obrigação, mas não se procura alternativas, por exemplo, para reduzir o número alarmante de lacerações¹³ que acontecem no setor (Sala de parto).

Quanto ao setor de Alto Risco, esse fora o ambiente mais tranquilo em que estive no hospital. “Todas as mulheres estão deitadas, não tem muito movimento ou muito barulho. O setor é um ambiente calmo”. Já as profissionais do mesmo estiveram muito inseguras em responder às perguntas que eu fazia, sobre tipos de demanda, sobre a situação atual do setor ou a atuação delas naquele espaço, sendo o setor de menor interação com profissionais e mais

¹² Procedimento que consiste em corte entre a vagina e o períneo, utilizado indiscriminadamente como “facilitador” no parto natural.

¹³ Laceração perineal é um rompimento da pele e outras estruturas dos tecidos moles que separam a vagina do ânus esticando o períneo e causando fissuras. Diferencia-se em gravidade podendo, excepcionalmente causar graves sequelas.

observação. Parece que a minha presença e possibilidades de observação ali se esgotaram facilmente.

O setor comporta dezoito mulheres, não passando desse número, mesmo que o hospital esteja com superlotação. Destas dezoito, algumas poucas estão com acompanhante. Soube que elas chegam a ficar quatro meses nesse setor, sendo o período mínimo de estadia de pelo menos uma semana, para observação e monitoramento. Envolve os casos mais complexos e com necessidade de atenção vigilante. Esse foi o setor mais limpo e organizado em que estive, só não é mais silencioso que o espaço Canguru. Me surpreendi com o silêncio daquelas mães.

Entendi como importante observar a visita das/os médicas/os que se circulam no setor pela manhã, junto aos internos e residentes, mas com horários que sofrem variação, e porque estes ficam no setor apenas nas primeiras horas do dia e fazem ronda e evoluções bem cedo, tive dificuldade em acompanhar. Pela tarde tem um profissional que esta no setor do Alto-Risco para prescrever e acompanhar demandas, bem como recepcionar novos casos, mas também tive dificuldade em diálogo com a/o profissional. Quando surgem vaga elas acionam imediatamente a UTI e a sala de parto ou triagem a gerente do setor. Como ela chama o que também é uma enfermeira ela está a pouco mais de um ano no setor, mas demonstra muita insegurança.

No geral, pude observar que entre médicas e médicos, assim como residentes e internos de medicina, existe uma relação hierarquizada para com as/os outras/os profissionais, o que perpassa por meu acesso a conversas ao longo dos momentos de observação ou realização das entrevistas. Entre ginecologistas, só residentes que eu tinha contato anteriormente cederam entrevista. Outra categoria mais “reservada” foram as/os profissionais da enfermagem que estavam na função de coordenação dos setores.

Nas falas tanto das mulheres, como na das/os profissionais a estrutura do serviço aparece como um dos fatores preponderantes na violência obstétrica, o que também foi verificado durante a pesquisa de campo. Superlotação, estruturas danificadas, entre outros fatores que geram a violência institucional, quando o Estado não garante condições mínimas para que esses profissionais possam trabalhar com qualidade e para que as usuárias tenham um acolhimento digno, fazendo com que essas mulheres passem por situações degradantes.

Como expressa a colaboradora Frida, se referindo ao que viveu na busca por atendimento e conseguindo ser atendida na maternidade da cidade circunvizinha: “(...) O hospital estava um caos, superlotado. Quando eu passei pela triagem, a mulher disse: ‘Mais uma de PE?’ (...) eu passei mais de 30 horas internada e sentada num banco. (...) Porque lá você vê um lugar completamente sem estrutura. Só tem um centro cirúrgico, uma sala de parto, as camas enferrujadas. Os colchões você vê completamente sujo, até os lençóis que eles traziam, já era com fedor de sangue (...) Como eu falei, eu me sinto violentada mais pelo Estado, do que pelas pessoas, os profissionais em si, que estavam lá”.

A profissional Arendt relata que é cotidiana a VO, já que as/os profissionais não dispõem dos meios adequados, levando-os mesmo que não propositadamente a cometê-la:

(...) Violência obstétrica é o que a gente identifica, diariamente, na nossa assistência. Infelizmente não é algo que você fala assim – “Eu nunca pratiquei a violência obstétrica!”. Porque, muitas vezes, não depende da sua vontade (...) assim, por exemplo, você prestar assistência pra uma mulher numa situação de trabalho de parto, numa maca. Ou na cadeira. Porque não tem lugar para ela parir, dentro do hospital. É uma forma de violência obstétrica. Já pratiquei isso, várias vezes, devido à superlotação do serviço. Ou então, você não poder prestar assistência adequada, aquela mulher, porque você tem quinze mulheres em trabalho de parto e você não tem como prestar assistência adequada, a todas elas.

Pré-natal como um dos nós críticos do sistema

Os estudos em Saúde Pública apontam o conceito de “nós críticos” como os impasses para se alcançar uma atenção pública em saúde efetiva (PINAFO, CARVALHO e NUNES, 2016). Seria o gargalo, ou onde estariam grandes dificuldades de um determinado setor, serviço ou sistema, muitas vezes associando este à postura das/dos profissionais. Utilizo-me de tal conceito para expressar, a partir do vivido em campo e das falas de diversas/os profissionais sobre as dificuldades do período gravídico e puerperal.

Estas dificuldades parecem ser resultado de um acompanhamento pré-natal rotineiro, com exames e avaliações físicas, mas que não se baseia nos preceitos da educação em saúde, que prevê diálogo, formação e empoderamento das pessoas envolvidas neste processo. Refiro-me a uma desatenção para a experiência da mulher, seu conhecimento sobre gestação e parto, direitos reprodutivos e sexuais, bem como desafios e necessidades de acompanhantes e familiares.

O modelo de pré-natal que temos baseia-se em “exames medidas” (como algumas entrevistadas colocam), mas há pouco diálogo, escuta e acolhimento. Para muitas mulheres parece um bom pré-natal aquele com diversos atendimentos. Ao longo da entrevista e dos questionamentos, elas logo se dão conta, a partir da própria fala, que não fora tão satisfatória assim, como pensaram a princípio, a atenção recebida nessa “fase preparatória”.

A fala de Zeferina, uma das entrevistadas, evidencia essa compreensão. Ao ser questionada sobre o acompanhamento pré-natal recebido, esta colaboradora relata ter feito “todo o pré-natal direitinho, (...) no posto do bairro”. Mas, ao sentir as “dores do parto”, Zeferina se desloca para a maternidade de referência local, transpondo suas dificuldades com uma gestação de risco, transporte e acompanhante. Ao chegar, não foi aceita neste serviço, só recebendo a informação de que deveria ir para o serviço de referência da cidade fronteira. Fala ainda sobre sua “sorte” ao encontrar um amigo que pôde levá-la para o primeiro e segundo hospital (tensionando para que esta fosse atendida, pois não sabiam que poderia ser atendida neste último), já que nem uma ambulância lhe ofertaram, mesmo que estivesse avançando em seu processo de parto.

Descreve ainda sua desconfiança sobre haver vaga ou possibilidades dentro do serviço, mas não ter havido esforço das/os profissionais em acolhê-la. Sendo, assim, muito significativas as marcas e impressões que traz dessa experiência. À medida que se amplia o diálogo, a colaboradora desloca seu discurso no sentido de questionar o tipo de orientação que lhe foi ofertada: “Não existia nenhuma conversa né, nenhuma orientação. Não, nunca me falaram isso. Só fazia o pré-natal e pronto, não falava nada. Só falava que a criança estava bem. É, só aqueles exames de rotina mesmo”. Entende-se, pois, tal prática, como consequência de uma visão naturalizada e biologizante da mulher. Como se parir fosse algo “meramente natural” para as mesmas, a ponto de muitas/os profissionais parecem não ver necessidade de discutir esta experiência no pré-natal, de prepará-las.

Observa-se um misto de satisfação por ter conseguido realizar seu parto, mas de incômodo pela assistência recebida. Parece que, ao receber assistência e ter seu parto realizado, mesmo identificando negligência e maus tratos até, algumas mulheres mudam para a “frequência mãe” e seu sofrimento já não importa tanto mais. “Deu certo!” Também, em função na naturalização da dor e sofrimento nessa experiência, suponho: “Porque quando eu

peguei meu filho nos braços, a dor que eu sentia acabou! Mas eu sofri muito e hoje, quando eu lembro, eu tenho medo (em relação a ter outra/o filha/o)”, diz Nise.

Zeferina, ao relatar sua experiência, diz:

Não pensei em denunciar não. Eu deixei de lado. Só pensava mesmo em ganhar meu neném e ir embora pra casa, só isso. (...) Quando internei era umas 9:30 da manhã. Passei o dia todinho lá no hospital, deitada na cama, com soro e ela atendia um, atendia outro e nada de me atender. Isso, a enfermeira. Não tinha médico nesse dia, não tinha nenhum médico. Quando deu umas quatro e pouco da tarde, já comecei a passar mal, já começou a faltar o ar e eu não tinha mais é capacidade de ficar em pé, que eu não tava mais suportando. Um rapaz que entrou dentro do quarto, me viu e correu pra chamar a enfermeira, dizendo que eu tava passando mal. Aí foram me atender. Aí me levaram pra mesa de parto, e chegando lá, mandando fazer força, colocar força. Eu já tinha acabado minhas forças todinha. Não estava mais conseguindo... aí vem a outra enfermeira (que foram duas), aí apertou minha barriga pra ver se o menino saía (manobra de Kristeller¹⁴). Pra descer, isso pra descer... Isso, eu já no balão de oxigênio. Porque já tinha perdido o ar todo... E ela tentando, empurrando o menino pra ver se ele saía, o menino sem querer sair. Com certo tempinho é que consegui fazer o parto. Mas nesse dia, a enfermeira mesmo disse: “Ó, seu parto foi complicado e você não vai poder ter filho tão cedo, que sua gravidez foi complicada demais”. Aí, graças a Deus, pelo menos lá, deu certo, né?

Outro ponto relevante é que esta considera, de fato violenta, a negligência no hospital de referência citado em função do não atendimento. Mesmo com a demora e manobra condenada (Kristeller) para a realização de seu parto, na cidade vizinha, ter tido a assistência e poder realizar seu parto ressignifica este processo de tal modo que o faz menos violento aos seus olhos.

Observa-se que, em comparação, a colaboradora Zeferina localiza o problema numa dimensão “geográfica”. Teve sua assistência nos seus dois partos no sistema público, mas salienta: “Lá (cidade circunvizinha – maternidade de baixo risco) eu acredito que seja melhor. Lá, pelo menos me atenderam super bem, eu fiquei internada. Me atenderam super bem! Lá o hospital era muito exigente, não deixava nenhum funcionário maltratar os pacientes. A médica, gente maravilhosa, fez meu parto super bem. Eu gostei bastante de lá, muita diferença”.

Quanto à causa da violência, a colaboradora Nise argumenta: “Eu acho que a falta de preparo, sabe. Porque, se as enfermeiras... As pessoas dizem assim, elas já estão tão acostumadas com isso, mas nós somos seres humanos, né? E eu sou uma pessoa tão sensível, que eu acho que as pessoas também deveriam ser. Ver o outro, ver a dor do outro, né? Eu acho

¹⁴ Consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero, durante o parto, enquanto ocorre uma contração, com o intuito de facilitar o parto. Seus benefícios não são comprovados, na medida que representa risco para mãe e bebê.

que, o que você tem que fazer, você tem que fazer com amor. Você pega uma pessoa, joga para outro lugar assim, como se você fosse um objeto, como se você fosse nada, né? Não tem essa noção de que tem um ser humano ali, que pensa, que é sensível, que tá no momento que tanto esperava na vida”.

De modo geral a participante Carolina atribui à questão estrutural, os problemas e a ocorrência da violência obstétrica no hospital. Quanto as sugestões de melhorias esta abarca ainda a violência verbal e psicológica cometida por outras mulheres, sejam essas cuidadoras, familiares, acompanhantes e descreve como desumana essa relação ou condição apontando para experiências que essas mesmas viveram ou podem vir a viver. Essa inquietação dialoga diretamente com a naturalização dessa violência ou do parto, de dor e sofrimento, e ao flagelo que essas mulheres “deveriam” viver para experimentar a maternidade.

Considerações Finais

A construção naturalizada da experiência do parto como momento de dor e dificuldade, bem como a negativa de direitos essenciais para um processo de parto digno, acontecem de modo mais recorrente do que podemos perceber na vida cotidiana. As mulheres têm feito importante movimento de organização, das mais diversas formas, para garantir ampliação de acesso à informação sobre essa temática. As mídias sociais tem se configurado como relevante meio de empoderamento e fortalecimento de grávidas e parturientes. Ao passo que percebe-se o incômodo que mulheres mais preparadas e conseqüentemente mais ativas em processo de parto causam à equipe profissional.

Instrumentos como Partograma (para profissionais) e Plano de parto (para as gestantes) também são de grande relevância na redução destes casos violentos. O que percebi no período de imersão é a dificuldade que profissionais tem em ser contrariados ou questionados. Por vezes, parecia que a mulher desejar estar mais ativa no processo parturitivo soava como ofensa à equipe ou como um desrespeito. Entendo que se sentir assim para algumas categorias profissionais seja mais recorrente, em função do **status** que essas categorias vêm assumindo ao longo do tempo.

A hospitalização “compulsória”, como também relações hierarquizadas, que não respeitam os protagonismos individuais, vem causando um processo de medicalização e de uso de intervenções sem precedentes.

A autonomia e ampliação do acesso à informação, nas diversas vias possíveis, precisam ser estimuladas, assim como denúncias e cobrança de punição das/os agressoras/es, como via de combate e redução do número de vítimas. Assim como a cobrança de responsabilização do Estado, ampliação e melhora da dimensão estrutural e das condições de trabalho, afinal não se encontra apenas na dimensão relacional a violência.

Precisamos questionar como nossas/os governantes prezam pelo debate de gênero e dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Precisamos pensar sobre o quanto gestões de discurso moralista tendem a retrocessos e à retirada dos direitos das mulheres. Quando estes estão longe de ser suficientes ou eficazes.

Dito isso, em uma dimensão política, a partir do compromisso que se estabelece com o fazer pesquisa/ciência. Cabe apontar também que, tecnologias leves, que visam pensar o cuidado na dimensão ou pela via relacional, se destacam neste estudo, como modo relevante de se alterar o degradante quadro do parto em nosso país.

Referências

AGUIAR, J.M., D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women’s view. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.36, p.79-91, 2011.

ANDRADE, PON *et al.* Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante: coleção pesquisa qualitativa.* Bookman Editora, 2009.

ARAÚJO, E.M. *et al.* The use of the variable of race/color within Public Health: possibilities and limits. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.31, p.383-94, out./dez. 2009.

AYRES, José Ricardo de C. M.. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, Feb. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200000100010>.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2002, n.19, pp.20-28. ISSN 1413-2478.

CAMARGO JR Kenneth R. Editorial: Estado Laico: uma Agenda para a Saúde Coletiva. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [3]: 669-671, 2014.

CHIES, Paula Viviane. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 507-528, Aug. 2010

DIAS, RM, PASSOS, E & SILVA, MMC. Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [enlinea] 2016, 20 (Julio-Septiembre).

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo “violência obstétrica”. 08 de maio de 2019. Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica> Acesso em 09 de maio de 2019.

BRASIL - Ministério Público Federal; Ministério Público do Estado de Pernambuco & Ministério Público do Estado da Bahia. “Carta de Petrolina”, 04 de abril de 2019. Disponível em <https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/10892/Carta%20de%20Petrolina-Rede%20PEBA-Vers%C3%A3o%20Final.pdf> Acesso em 10 de maio de 2019.

MUYLAERT, Camila Junqueira, SARUBBI JR, Vicente, GALLO, Paulo Rogério, ROLIM NETO, Modesto Leite, & REIS, Alberto Olavo Advincula. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(spe2), 184-189. Dezembro, 2014. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800027>

OLIVEIRA VJ, PENNA CMM. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e Dos profissionais de saúde.** *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(2):e06500015.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva & LÓPEZ, Laura Cecilia. *À margem da humanização?* 1163. Experiencias de parto de usuarias de uma maternidade publica de Porto Alegre-RS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1163-1184, 2017.

PINAFO, Elisangela; CARVALHO, Brígida Gimenez; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; “Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1511-1524, 2016.

Considerações Finais

Como exposto, ao longo dos dois trabalhos anteriores, a violência obstétrica faz parte de uma engenhosa e complexa trama, sendo profissionais vítimas também. Vítimas de uma estrutura que as/os impede de ofertar o melhor. Ofertar tempo até, já que há uma demanda maior do que o serviço comporta, já que se deseja desocupar leitos para que outras mulheres saiam das macas e tenham o mínimo em seus processos de parto. Já que não se garante acompanhantes para cada mulher. Já que existem muitas, inúmeras falhas na assistência prestada, desde o pré-natal. Já que a formação não nos deu, lhes deu a oportunidade de aprender e de enxergar a outra, o outro, protagonistas de suas experiências de cuidado. Não fomos forjadas/os profissionais coadjuvantes. Talvez seja um ponto crucial para nossa formação, abrir mão do **status** e do privilégio que se tem, a partir das hierarquias tão antiquadamente determinadas? Pensar o modo de cuidado como fazer junto, respeitando outros poderes e saberes que não o nosso parece essencial. Precisamos de maior estrutura, mas precisamos também de novas relações e posicionamentos frente aos sujeitos que se apresentam demandando de nosso conhecimento e ação para seu cuidado.

Referências

AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.15, n.36, p.79-91, 2011.

AGUIAR, J.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade e poder em maternidades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, 2013.

ANDRADE, Marcelo. A banalidade do mal e as possibilidades da educação moral: contribuições arendtianas. *Revista Brasileira de Educação*, v.15, nº 43, jan./abri. 2010.

ARAÚJO, L., BARRETO, A., HEILBORN, M. L. *Gestão de Políticas Públicas em gênero e raça/ GPP – GeR: módulo II* – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

ARENDT, Hannah. *Da violência*. Ed. Universidade de Brasília, 1985.

BARRETO, C.L.B.T; MORATO, H.T.P; CALDAS, M.T.. (Org.). *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. 1ed. Curitiba: Juruá, 2013.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2002, n.19, pp.20-28. ISSN 1413-2478.

BRASIL. Ministério da Saúde. PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: 2003.

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

CABRAL, B.E.B. Cartografia de uma ação territorial em saúde: transitando pelo programa saúde da família. [Dissertação de mestrado] Universidade Católica de Pernambuco. Recife/PE. 2004.

CABRAL, B. E. B.; MORATO, H. T. P. A questão de pesquisa como bússola: notas sobre o processo de produção de conhecimento em uma perspectiva fenomenológica existencial. In: CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar. p. 25-62, 1985.

DIAS, RM, PASSOS, E & SILVA, MMC. Uma política da narratividade: experimentação e cuidado nos relatos dos redutores de danos de Salvador, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online] 2016, 20 (Julio-Septiembre).

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 25. ed. São Paulo: Graal, 2008.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto*, 2010.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: Martin W. Bauer, George Gaskell (org). *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi.- Petrópolis, RJ : Vozes, 2002.

GIFFIN, K., E COSTA, S. H., (orgs). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7. Ed. Ver. – Petrópolis, RJ: Ed.Vozes, 2005.

MARTINS, Karina, O. & LACERDA JR, Fernando. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. *Psicologia Política*, v.14, nº 31, pp. 569-589, set./dez. 2014.

ODENT, Michel. *O Renascimento do Parto*. 2ª ed. Florianópolis: Saint Germain. 134p, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: 1996.

SAFFIOTI, Heleieth. *A mulher na sociedade de classes: Mitos e realidades*. 3ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SANTOS, M. L. *Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico*. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Saúde Pública / UFSC, 2002.

SODRÉ, TM, LACERDA, RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *RevEscEnferm USP* 2007; 41(1):82-9.

SOUZA J.P., PILEGGI-CASTRO, C. *Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S11-S13, 2014.

SPINK, M.J.P. GIMENES, M.G. *Práticas discursivas e produção de sentido: Apontamentos metodológicos para a Análise de discursos sobre a Saúde e a doença*. *Saúde e Sociedade* 3(2): 144-171, 1994.

SPINK, M. J. P.(org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.