



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA - UFSB**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS - CFCHS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTADO E SOCIEDADE - PPGES**

**EDUARDA MOTTA SANTOS**

**FORMAS DE MENOSPREZO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: as vozes das**  
participantes do Fórum da Rede Cegonha

**PORTO SEGURO- BAHIA**

**2021**

**EDUARDA MOTTA SANTOS**

**FORMAS DE MENOSPREZO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:** as vozes das  
participantes do Fórum da Rede Cegonha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, do Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal Sul da Bahia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestra em Estado e Sociedade.

Linha de pesquisa: Estado, Instituições e Governança

Orientador: Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño

**PORTO SEGURO - BAHIA**

**2021**

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)  
Universidade Federal do Sul da Bahia – Sistema de Bibliotecas

S237f Santos, Eduarda Motta, 1974 -

Formas de menosprezo na violência obstétrica: as vozes das  
participantes do Fórum da Rede Cegonha. / Eduarda Motta Santos. –  
Porto Seguro, 2021.

100 f.

Orientadora: Rafael Andrés Patiño

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Sul da Bahia.  
Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade. Campus  
Sosígenes Costa.

1. Fórum Perinatal. 2. Rede Cegonha. 3. Violência Obstétrica. 4.  
Reconhecimento. I. Patiño, Rafael Andrés. II. Título.

CDD – 618

**EDUARDA MOTTA SANTOS**

**FORMAS DE MENOSPREZO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: as vozes das**  
participantes do Fórum da Rede Cegonha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estado e Sociedade, do Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Federal Sul da Bahia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestra em Estado e Sociedade.

Porto Seguro, Bahia, 17 de maio de 2021.

---

Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño  
UFSB/CFCHS/PPGES

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cerqueira Carneiro  
UFSB/CFCHS/PPGES

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Vlória Jamile dos Santos Jucá  
UFC

Dedico esse trabalho a todas as gestantes e puérperas brasileiras que tiveram as suas vidas prematuramente levadas pela Covid-19.

## AGRADECIMENTOS

Para se constituir uma rede de cuidados são necessárias muitas cabeças para pensar, mãos para executar e amor para assistir ao outro como ele se apresenta. Assim também se deu esse trabalho de pesquisa, em que, sustentando meus estudos e minhas escritas, estive uma maravilhosa turma tecendo uma rede de cuidados que me permitiu avançar.

Para alguns, a linha foi guiando o pensamento. Nesse grupo incluo todos os professores da Universidade Federal do Sul da Bahia que tive o prazer de ser aluna ou de ser escutada e ajudada em algum momento, ressaltando-se o Prof. Carlos Caroso, que me incentivou a prestar a seleção; as professoras Ana Carneiro, com quem tive a alegria de ampliar as práticas, e Luciane Lucas, que mesmo de longe me envolveu com as questões feministas; os membros da banca escolhida com carinho (professores Vlória Jucá, Ana Carneiro e Rafael Patiño), que contribuíram para desembaraçar os nós do trabalho. A linha de maior sustentação foi construída com uma mistura de fios - de pensamento, de paciência, de incentivo e de carinho, puxada pelo meu orientador Rafael Patiño.

Outras linhas de cores e espessuras diferentes sustentaram o meu dia a dia, num período tão conturbado para se fazer pesquisa, a pandemia da Covid-19. Em meio a intensidade do trabalho, as notícias assustadoras de mortes e contaminados, o receio de se contaminar e contaminar outros, a mudança de rotina, escrever se tornou uma missão quase impossível. Se não fossem essas linhas...

Mesmo com a distância imposta pela Covid-19, as linhas encontraram um jeito de continuar tecendo, em meio ao ZOMM, Meet, Telessaúde... Agradeço à Denise, apoiadora e amiga de todas as horas, e a nossa parceira Barbara; às colegas/amigas Cida Ribeiro, Isabela Salgado e Jamile Cotias, companheiras diárias que emprestaram os ouvidos e o coração, apoiando e incentivando a caminhada; à área técnica de saúde da mulher da Sesab, Lívia, Cândida e Olga, que me iniciaram na área da saúde da mulher; à Manoel do COSEMS, pela paixão pela Rede Cegonha; às entrevistadas que aceitaram abrir uma caixinha de emoções e dividi-las comigo, desafiando os problemas de comunicação trazidos pela internet; à cada colega novo que fiz no mestrado, em especial Marília, com quem ampliei a aproximação e o afeto; à cada participante do Fórum da Rede Cegonha que tive orgulho de conhecer nesses dois anos de acompanhamento, com destaque para as mulheres guerreiras do coletivo Parto Seguro, que são linhas brilhantes

que iluminam o Fórum e me trouxeram questões que me levaram a pesquisar e a crescer, em especial à Carol Duarte, incentivadora do meu duplo trabalho (pesquisadora e apoiadora).

À minha base: meus pais (Eduardo e Siomara) e irmã (Renata), eternos incentivadores e apoiadores de tudo o que faço ou deixo de fazer; meu querido marido, companheiro, Orlando, que dividiu comigo os momentos diários da pesquisa e da família ajudando nas traduções, escutando as escritas e reclamações, ajudando na casa e com as crianças, tornando possível a finalização da dissertação; aos meus filhos amados Enzo e Letícia, que mesmo questionando “mãe para que você estuda tanto?”, reclamando da divisão da atenção, sinto seu orgulho pelo meus esforços; às comadres Fabiana Aragão, Paula Magalhães, Helena Pataro, que mesmo distante permanecem constantes; às amigas que acompanharam e contribuíram para a dissertação, Janine Soub (com as correções metodológicas) e Ana Marcia Duarte (com incentivos e orientações).

À memória do professor Marcus Vinicius, que tanto me ensinou sobre os caminhos do cuidado.

Muitas outras linhas compuseram a trama que possibilitou esse trabalho, agradeço imensamente a cada um/a de vocês por tornar essa etapa de minha vida possível e por fazer parte das minhas caminhadas e tessituras.

# FORMAS DE MENOSPREZO NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: as vozes das participantes do Fórum da Rede Cegonha

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender as distintas formas de menosprezo presentes nas experiências de violência obstétrica vividas por integrantes do Fórum da Rede Cegonha da região de Porto Seguro. Para tanto, o estudo descreve os diferentes tipos de violência obstétrica identificadas pelas participantes; levanta os fatores que contribuem para violência obstétrica na região de Porto Seguro; identifica as emoções subjacentes à experiência de menosprezo; e analisa as motivações e significações associadas à participação no Fórum, descrevendo a forma como este se relaciona com a experiência violenta. O Fórum da Rede Cegonha se constitui como importante espaço de participação social, onde se reúne sociedade civil e Estado com o objetivo de debater e transformar a atenção perinatal à mãe e à criança, visando um parto humanizado e seguro, bem como o nascimento saudável do bebê. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, dentro do qual foram utilizados como instrumentos de pesquisa: observação participante; análise documental das atas e apresentações dos Fóruns no período de 15 encontros, de agosto de 2018 a junho de 2020, e de um vídeo elaborado por mulheres da região; e entrevistas semiestruturadas realizadas através do *Google Meet* com mulheres participantes do Fórum. O estudo tomou como referência teórica os tipos de violência obstétrica de Boswer e Hill (2010) e a teoria do reconhecimento intersubjetivo de Axel Honneth (2003) para analisar as experiências de menosprezo relatadas pelas participantes. As entrevistas foram codificadas com base na proposta de Gibbs (2009) de análise de narrativas, enquanto as atas foram analisadas tomando como referência a categorização temática de Bardin (2011). Os resultados evidenciaram que gestantes e puérperas da região sofreram variados tipos de violência obstétrica e que fatores estruturais, organizacionais e o *habitus* construído entre os profissionais de saúde, contribuem para ocorrência das violências obstétricas, sendo necessário investimentos para erradicar essa grave problemática. As distintas formas de violência obstétrica são percebidas como formas de desrespeito, enquanto tentativas intencionais de ferir a integridade pessoal que produzem danos morais. A experiência de violência obstétrica associa a gestação, o parto e o pós parto a emoções como tristeza, medo, frustração, revolta, dentre outras. Esta experiência emocional pode mobilizar e motivar as mulheres para realizar ações coletivas orientadas à transformação de tais práticas de violência, como a participação no Fórum da Rede Cegonha. A participação social contribui para a ressignificação de suas experiências e emoções, para ampliação de sua potência e para o empoderamento no combate à violência obstétrica. Finalmente, o trabalho indica que o Fórum possui um papel que interfere de forma positiva nos fatores que contribuem para a prevenção da violência obstétrica na rede de atenção do território.

Palavras-chave: Fórum Perinatal. Rede Cegonha. Violência Obstétrica. Lutas por reconhecimento.



**FORMS OF CONTEMPT IN OBSTETRIC VIOLENCE:** the voices of participants  
in the Forum of the Rede Cegonha

**ABSTRACT**

This study aimed to understand the different forms of contempt present in the experiences of obstetric violence experienced by members of the Rede Cegonha Forum in the Porto Seguro region. To this end, the study describes the different types of obstetric violence identified by the participants; raises the factors that contribute to obstetric violence in the Porto Seguro region; as well as identifying the emotions underlying the experience of contempt and analyzing the motivations and meanings associated with participation in the forum, describing how it relates to the violent experience. The RC Forum is an important space for social participation, bringing together civil society and the State with the aim of debating and transforming perinatal care for mother and child, aiming at a humanized and safe delivery, as well as healthy baby birth. It is a qualitative case study, within which the following research instruments were used: participant observation, documentary analysis of the minutes and presentations of the forums, in the period of 15 meetings, from August 2018 to June 2020, as well as from a video made by women in the region and semi-structured interviews conducted through Google Meet, with women participating in the Forum. The study took as a theoretical reference the types of obstetric violence by Boswer and Hill (2010) and the theory of intersubjective recognition by Axel Honneth (2003) to analyze the experiences of contempt reported by the participants. The interviews were coded based on Gibbs' (2009) proposal for narrative analysis, while the minutes were analyzed using Bardin's (2011) thematic categorization as a reference. The results showed that pregnant women and postpartum women in the region suffered various types of obstetric violence and that structural, organizational factors and medical habitus contribute to the occurrence of obstetric violence, requiring investments to eradicate this serious problem. The different forms of obstetric violence are perceived as forms of disrespect; intentional attempts to injure personal integrity that produce moral damage. The experience of obstetric violence associates pregnancy, childbirth and postpartum with emotions such as sadness, fear, frustration, revolt, among others. This emotional experience can mobilize and motivate women to carry out collective actions, including participation in the RC Forum, aimed at transforming such practices of violence. Social participation contributes to the reframing of their experiences and emotions, expansion of their potency and empowerment to combat obstetric violence. Finally, the work indicates that the Forum has a role that positively interferes with the factors that contribute to the prevention of obstetric violence in the territory's care network.

Keywords: Perinatal Forum. Rede Cegonha. Obstetric Violence. Struggles for recognition.

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Esferas de reconhecimento intersubjetivo.....  | 34 |
| Quadro 2 - Fóruns da Rede Cegonha Região de Saúde Porto Seguro.....   | 38 |
| Quadro 3 - Categoria de desrespeito e abuso, direitos correspondentes,<br>baseado em Bower e Hill (2010)..... | 53 |
| Quadro 4 - Tipos de violência obstétrica e esferas de reconhecimento<br>feridas.....                          | 65 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|        |   |
|--------|---|
| CIR    | Comissão Intergestores Regional                       |
| COSEMS | Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde |
| OMS    | Organização Mundial de Saúde                          |
| PNAISM | Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres     |
| RAPS   | Rede de Atenção Psicossocial                          |
| RC     | Rede Cegonha  |
| ReHuNa | Rede de Humanização do Parto e do Nascimento          |
| SAIS   | Superintendência de Atenção Integral à Saúde          |
| SESAB  | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia                |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                                |
| TCLE   | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido            |
| UFSB   | Universidade Federal do Sul da Bahia                  |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>1.1 Transformações sociais e históricas do gestar e parir .....</b>                    | <b>15</b> |
| 1.1.1 A conceituação das novas práticas em torno do parto como violência obstétrica. 18   |           |
| <b>1.2 Trajetória histórica e política materno-infantil no Brasil .....</b>               | <b>19</b> |
| 1.2.1 Desenvolvimento do Fórum da Rede Cegonha da Região de Porto Seguro .....            | 22        |
| <b>1.3 Violência obstétrica e o Fórum da Rede Cegonha .....</b>                           | <b>24</b> |
| <b>2 EXPERIÊNCIAS DE MENOSPREZO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>                          | <b>30</b> |
| <b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>3.1 Espaço da pesquisa: sobre o Fórum.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>3.2 As forasteiras.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>3.3 Desenho do estudo .....</b>  | <b>40</b> |
| <b>3.4 Procedimentos de produção de informação .....</b>                                  | <b>41</b> |
| <b>3.5 Análise das informações .....</b>  | <b>43</b> |
| <b>3.6 Considerações éticas .....</b>   | <b>44</b> |
| <b>4 DISCURSOS E VOZES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO FÓRUM<br/>DA REDE CEGONHA.....</b> | <b>45</b> |
| <b>4.1 O que nos contam os documentos .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>4.2 Fatores associados à violência obstétrica.....</b>                                 | <b>46</b> |
| 4.2.1 Fatores estruturais.....  | 46        |
| 4.2.2 Fatores organizacionais .....   | 48        |
| 4.2.3 Fatores associados às práticas de saúde dominantes .....                            | 50        |
| <b>4.3 Tipos de violência obstétrica e formas de menosprezo .....</b>                     | <b>52</b> |
| 4.3.1 As esferas de reconhecimento e a violência obstétrica.....                          | 54        |
| 4.3.1.1 A esfera do amor.....   | 54        |
| 4.3.1.2 A esfera do direito .....   | 60        |
| 4.3.1.3 A esfera da solidariedade.....  | 62        |
| <b>4.4 Emoções associadas à violência obstétrica .....</b>                                | <b>67</b> |
| 4.4.1 O papel das emoções na ação social contra a violência obstétrica.....               | 73        |
| <b>4.5 O Fórum da Rede Cegonha como espaço de luta contra a violência obstétrica</b>      | <b>74</b> |
| 4.5.1 O Fórum da Rede Cegonha como lugar de fala.....                                     | 74        |
| 4.5.2 Motivações e Significações do Fórum da Rede Cegonha .....                           | 77        |

|   |            |
|---|------------|
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA QUE NENHUMA MULHER MAIS PASSE<br/>POR ISSO.....</b> | <b>80</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>85</b>  |
| <b>ANEXO A – Carta de apresentação .....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>                   | <b>93</b>  |
| <b>ANEXO C – Modelo de Declaração do Pesquisados .....</b>                          | <b>95</b>  |
| <b>ANEXO D – Questionário.....</b>  | <b>96</b>  |
| <b>ANEXO E – Roteiro de entrevista .....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>ANEXO F – Roteiro de observação participante .....</b>                           | <b>100</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema da violência obstétrica e o Fórum da Rede Cegonha (Fórum RC) tem ligação direta com o meu trabalho profissional recente, uma vez que atuo como referência técnica do Núcleo Regional de Saúde Extremo Sul/ Base Eunápolis, desenvolvendo o trabalho de apoio institucional da Atenção Básica e das áreas programáticas (incluindo a saúde da mulher e da criança).

Em 2017, assumi a tarefa institucional de retomar a construção do Plano Regional da Rede Cegonha da região de saúde de Porto Seguro (interrompido em 2015) e de coordenar o início dos Fóruns Regionais da Rede Cegonha. Este trabalho foi desafiante, já que como terapeuta ocupacional não tinha vivência, nem expertise na área. Porém, já tinha experiência na tessitura de outra rede de cuidado, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), empreitada na qual adquiri a compreensão de que rede de cuidado se constrói de forma colaborativa, a muitas mãos.

O trabalho coletivo envolvendo os gestores dos oito municípios da região de saúde (Belmonte, Santa Cruz de Cabrália, Porto Seguro, Eunápolis, Itabela, Itapebi, Itagimirim e Guaratinga) da Atenção Básica, da vigilância epidemiológica, da regulação e do hospital, agregando-se, ainda, o controle social (Coletivo Parto Seguro), a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), o Colegiado de secretários municipais de saúde (COSEMS), o Núcleo Regional Extremo Sul/Base Eunápolis e a Secretária Estadual de Saúde (SESAB), se instalou desde o início, com a formação do grupo de trabalho da Rede Cegonha para a construção do plano regional.

A fase inicial do Plano Regional consistiu no mapeamento da situação materno-infantil da região, na caracterização da gestão regional e na realização do diagnóstico situacional, para em seguida elaborar o desenho da Rede Cegonha da região, bem como da forma de avaliação e monitoramento. Esse processo foi disparador da construção da Rede e das transformações que deram início à tessitura da rede de cuidado. Com o plano pronto e encaminhado, se fez necessária a constituição de um dispositivo que pudesse, ao mesmo tempo, impulsionar ações e monitorar a linha de cuidado materno-infantil, dando, assim, prosseguimento à implantação da Rede Cegonha com a instalação do Fórum RC, também conhecido como Fórum Perinatal.

Com o desenvolvimento do Fórum, o tema da violência obstétrica passou a permear as discussões, através de depoimentos, denúncias e proposição de estratégias de combate e prevenção. As falas sobre violência surgiram em grande parte de mulheres que

compõem o controle social, mas também de gestoras, profissionais de saúde e professoras universitárias, o que me levou a alguns questionamentos, a saber: de que modo a violência obstétrica afetou essas mulheres? Como os danos causados pela violência obstétrica podem se constituir como formas de menosprezo? Algo contribui para a permanência da violência obstétrica na região? O que motiva essas mulheres que sofreram violência obstétrica a participar deste Fórum?

Visando responder a essas questões, o presente trabalho propõe compreender as distintas formas de menosprezo presentes nas experiências de violência obstétrica vividas por integrantes do Fórum RC da região de Porto Seguro, a partir das suas narrativas. Para tanto, anunciam-se como seus objetivos específicos: descrever os tipos de violência obstétrica presentes na região de saúde de Porto Seguro; analisar de que modo os tipos de violência obstétrica vividas por mulheres do Fórum RC constituem formas de menosprezo nas esferas do amor, do direito e da solidariedade; identificar as emoções subjacentes à experiência de menosprezo durante a gestação e parto vividas pelas participantes; analisar as significações do Fórum RC para as mulheres que sofreram violência obstétrica, incluindo suas motivações para a participação no mesmo; e identificar os fatores que contribuem para violência obstétrica na região de saúde de Porto Seguro.

O trabalho está organizado em cinco capítulos. No primeiro, introdutório, se estabelece um diálogo com a literatura sobre a gestação, parto e nascimento, apresentando seus vieses sociais e políticos no mundo ocidental e especificamente no Brasil, trazendo, ainda, a compreensão de como o parto passa de um momento natural para um evento de risco que precisa acontecer em um ambiente hospitalar e permeado de procedimentos tecnológicos que subtraíram o protagonismo feminino, favorecendo à vulnerabilidade das mulheres à violência obstétrica.

Em seguida, no segundo capítulo apresenta-se uma correlação entre a teoria do reconhecimento intersubjetivo de Axel Honneth e a violência obstétrica, de modo a estruturar a base teórica para compreensão de como o menosprezo pode atingir a mulher nas suas esferas do reconhecimento e quais as possibilidades de lidar com os danos causados.

No terceiro capítulo, por sua vez, é abordado o processo de construção do trabalho, desde a parte teórica até a pesquisa de campo e a análise dos resultados, detalhando os seus aspectos metodológicos. Na seção seguinte, apresentam-se os resultados alcançados, discutindo-se as formas de violência obstétrica, os fatores que contribuem para a sua

existência, como as formas de menosprezo atravessam essa experiência e os danos causados nessas mulheres, bem como as significações construídas por elas. Por fim, apresentam-se as considerações finais.

Ressalta-se que a presente dissertação faz parte do projeto de pesquisa “Emoções sociais e significações da violência entre jovens, mulheres e profissionais de serviços da assistência social e de saúde em Porto Seguro, Bahia”, aprovado pela chamada MCTIC/CNPq nº 28/2018, Edital Universal.

### **1.1 Transformações sociais e históricas do gestar e parir**

Para compreender como a violência obstétrica se torna uma realidade constante na gestação e parto de muitas mulheres, é necessário que se entendam as mudanças históricas e sociais em relação ao parto, os modelos de atenção a ele e as políticas públicas no âmbito materno-infantil.

Segundo Foucault (1989), somente no final do século XVIII, o hospital passa a se caracterizar definitivamente como lugar de tratamento e cura. Antes desse período, ele servia para o acolhimento dos pobres enfermos que eram assistidos até a sua morte. Neste século, o valor atribuído ao indivíduo foi se ampliando, assim como a necessidade de evitar a propagação de epidemias que assolavam os hospitais, o que levou a busca de que estes espaços saíssem do lugar social de caridade, gerido pelos religiosos, e passassem a ser considerados como um instrumento de cura, comandados pelos médicos. As mudanças tiveram início com investimentos na organização hospitalar, na disciplina na observação dos motivos que causavam mais óbitos. A realização constante de exames nos indivíduos permitiu as classificações das enfermidades, abrindo espaço para a medicalização e para o avanço do saber e das práticas médicas.

As intervenções médicas passaram a atuar sobre os meios que contribuem para o adoecimento, como o ar, o espaço e a alimentação, criando no hospital um local controlado, com o objetivo de cura da enfermidade. A organização hospitalar, através dos registros, observações e comparações permitiu que os indivíduos e a população passassem a ser alvo da intervenção médica. O hospital se consolida entre os séculos XVIII e XIX como um espaço fundamental para as intervenções médicas e controle dos corpos.

Do mesmo modo, como o tratamento dos enfermos não esteve em todo o tempo dominado pelo saber médico e submetido às práticas hospitalares, as práticas em torno da gestação e do parto nem sempre foram regidas pela episteme científica e pelo saber



médico. Até o século XVIII, parir era um atributo do universo feminino, de modo que mulheres ajudavam outras mulheres (mães, parteiras, aparadeiras, por exemplo) com saberes e práticas transmitidos de geração em geração e advindos da experiência e práticas cotidianas (BRENES, 1991). Assim, a construção social do feminino como corpo frágil e indefeso, que necessita da intervenção técnica médica e masculina foi produto de mudanças nas mentalidades e práticas sociais do século XIX, juntamente com a incorporação da obstetrícia no campo da medicina (BRENES, 1991).

Segundo Santos (2016), a França foi pioneira na introdução dos médicos no estudo dos partos, a partir da observação do trabalho das parteiras. Chazan (2015, p. 4 apud SANTOS, 2016, p. 80), expressa como se deu a transição do trabalho das parteiras para o surgimento da medicina obstétrica:

No século XVI, na França, no Hôtel-Dieu iniciam-se aulas para parteiras e inaugura-se uma cooperação entre médicos e parteiras, com a observação de partos. A França provê material para uma abordagem técnico-científica da parturição, ao privilegiar a observação em detrimento da intervenção, neste período. A conceituação do corpo como máquina, no século XVII, reforça esta tendência e possibilita uma abordagem racional-científica do nascimento. [...] Com a concepção racionalista e a conseqüente disciplinarização do parto obscurece-se a fronteira entre normal e anormal e o parto é compreendido como um processo mecânico contínuo sobre o qual pode-se interferir, 'melhorando' seu funcionamento. Esta reformulação da base ideológica das parteiras é, segundo Arney, mais importante do que a invenção do fórceps, para a entrada dos homens na prática dos partos.

No contexto ocidental e cristão do século XVI, a dor do parto era compreendida pela Igreja Católica como divina, uma “pena pelo pecado capital” (DINIZ, 2005, p. 628). Com o avanço das tecnologias médicas para o parto, nos séculos XVII e XVIII, e a consolidação da instituição hospitalar como espaço adequado para intervenções médicas, a dor passa a ser um sofrimento desnecessário que deve ser controlado e modificado pelo saber médico. O parto vai se tornando um evento de risco para a vida da mulher e do bebê e o corpo feminino se transforma em objeto que precisa de intervenção médica.

Tais transformações acontecidas durante a modernidade fundamentam-se no princípio da ciência moderna como racionalidade dominante, monopolizadora do conhecimento considerado válido, em detrimento de outros saberes e práticas tradicionais, desqualificados por essa nova racionalidade europeia que se propõe como ideal e excludente.

Na modernidade, as formas de relacionamento foram se modificando no mundo ocidental, não somente as relações sociais (econômicas, educacionais, trabalhistas, dentre

outras), mas a relação dos sujeitos consigo e com o próprio corpo alterou-se, afetando a constituição da subjetividade. No projeto moderno, a razão, o individualismo e a tecnociência como meios para alcançar o ideal do progresso nas distintas esferas da vida, dirigem os modos de ser e estar no mundo. Paralelamente, para as mulheres, as formas de gestar e parir também passam a responder à novas exigências.

Segundo Badinter (1985), o lugar central da criança na família, baseado em uma relação de afeto e cuidados comuns nos dias atuais, também foi uma construção histórica. Retoma-se para essa constatação a relação das mães com os seus filhos nos séculos XVI e XVII, em que a mortalidade infantil era algo comum e trivial, a amamentação era delegada às amas, assim como os cuidados na primeira infância, demonstrando que as relações mãe/filho, tais quais as obrigações maternas, eram muito diferentes da atualidade.

No final do século XVIII, com a necessidade do aumento da população para suprir às novas demandas do mercado de trabalho, houve o enfrentamento da mortalidade infantil e uma redefinição do cuidado materno, surgindo, assim, a construção do mito do amor materno. A infância passou a ser protegida, sendo a mãe a principal responsável pelo seu cuidado. “A verdade é que a criança, especialmente em fins do século XVIII, adquire um valor mercantil. Percebe-se que ela é, potencialmente, uma riqueza econômica” (BADINTER, 1985, p. 152).

O foco no corpo anatomopatológico, na crescente incorporação do saber médico e das tecnologias derivadas da ciência vão caminhando de modo articulado com a construção social da mulher moderna, cuja responsabilidade era gerar vidas saudáveis. O parto deixou de ser um evento natural e passou a ser um evento tecnocrático, necessitando ser controlado, instrumentalizado e homogeneizado por médicos homens, que assumiram o saber/poder sobre os corpos femininos em nome do progresso. Nesse sentido, a antropóloga Floyd (1994, p. 1.125, tradução nossa) coloca:

[...] embora o sistema central de valores de uma sociedade seja visível em muitas áreas da vida cultural, não é mais evidente do que no tratamento cultural do corpo humano, mais especialmente quando esse corpo está dando à luz a novos membros sociais que assegurarão o futuro da sociedade em que nascem. Garantir à sociedade o futuro, significa assegurar não só a sua continuação física, mas também a continuação do sistema de crenças que molda a maneira como seus membros conhecem o mundo ao redor deles.

Floyd (1994) analisa a alta tecnologia moderna como emergente de um sistema mitológico que depende da transformação ritual da natureza para que esta esteja em conformidade com imagens culturalmente construídas. Os corpos femininos, conceituados como primitivos, poluentes, são substituídos por corpos avançados, purificados e masculinos. A isso se dá o nome de progresso tecnológico.

### 1.1.1 A conceituação das novas práticas em torno do parto como violência obstétrica

A primeira notícia sobre violência obstétrica, de acordo com Diniz et al. (2015) foi veiculada na década de 1950, nos Estados Unidos, onde as mulheres de classe alta passaram a receber uma combinação de medicações (morfina e escopolamina) que as induzia a uma sedação profunda, porém, muitas vezes acompanhada de agitação psicomotora e alucinação, levando a equipe a amarrar as mulheres no leito, até mesmo com algemas, causando lesões corporais.

Segundo Diniz et al. (2015), tal situação foi trazida a público pela revista americana *Ladies Home Journal*, que publicou a matéria intitulada “crueldade nas maternidades”, sendo esse o primeiro registro explícito de violência obstétrica no país e disparador de outras inúmeras denúncias sobre práticas violentas contra as gestantes.

Outros países, como Reino Unido, no final da década de 1950, chegaram a criar uma sociedade de prevenção contra a crueldade exercida nas grávidas. Apesar da técnica conhecida como “sono crepuscular”, descrita no parágrafo acima, ter sido abandonada, a tecnologia em torno do parto foi avançando, com a criação de novos anestésicos, medicações para induzir o parto (entre eles, a ocitocina), antibióticos, episiotomia e técnicas de cesariana. Inicialmente, essas tecnologias foram construídas para casos de complicações onde a mulher ou o bebê corriam risco de vida, mas no século XX passaram a virar rotina nos Estados Unidos e Europa, desnaturalizando cada vez mais o parto (DINIZ, 2005).

Diante desse novo panorama em torno do parto, movimentos feministas nos Estados Unidos se constituíram como formas de resistência ao parto tecnocrático (parto com intervenções tecnológicas e medicamentosas, privilegiando o parto cesáreo):

O feminismo, em suas muitas versões, tem um papel central, desde o movimento de usuárias pela Reforma no Parto, nos EUA na década de 1950, e nas décadas de 1960 e 1970, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres (BWHBC, 1998). Posteriormente, as feministas reescrevem a assistência a partir dos conceitos de direitos

reprodutivos e sexuais como direitos humanos (CLADEM, 1998 apud DINIZ, 2005, p. 630)

Os movimentos feministas em luta pelo direito das mulheres e resgate do protagonismo feminino, ocuparam um papel protagonista no reconhecimento de certas práticas em torno ao parto, como a violência obstétrica. Esses movimentos se espalharam pelo mundo e ganharam força através dos novos meios de comunicação e das redes sociais, possibilitando que as vozes das mulheres que sofreram violência encontrassem espaço e visibilidade, incentivando coletivos de mulheres de outros países, como o Brasil, a lutarem pelo parto humanizado e combaterem a violência obstétrica.

## **1.2 Trajetória histórica e política materno-infantil no Brasil**

O Brasil, historicamente, segue o mesmo percurso dos Estados Unidos e da Europa com relação aos partos e ao cuidado das gestantes. Segundo Brenes (1991), em 1808, nas escolas de medicina e cirurgia recém-inauguradas no Rio de Janeiro, a disciplina de obstetrícia se iniciou de modo incipiente, devido à escassez da prática, já que as mulheres brasileiras recebiam serem atendidas por homens e no ambiente hospitalar, que permaneceu com instalações precárias por décadas. A ausência do corpo feminino como fonte de estudo e prática é relatada pelo professor Matias Sampaio, em 1873:

Animado pelo mais ardente desejo, e sem ter arrefecido ainda na carreira do ensino, empenho todo o esforço de que disponho para que os estudantes se habilitem na arte de partejar; apesar do meu empenho, confesso que apenas eles adquirem conhecimentos teóricos por nos faltar ainda o ensino prático, falta sentida e contra a qual têm reclamado quase todos, senão todos os historiadores de ambas as Faculdades de Medicina do Império. Entretanto, tenho fé que um dia virá em que semelhante falta desaparecerá, dotando-nos o governo Imperial ao menos com uma pequena sala, onde sejam recebidas as parturientes (SOUZA, 1967 apud BRENES, 1991).

Visando conquistar as mulheres para o domínio do saber médico, no século XIX, cresceram as produções médicas sobre o corpo, psiquismo e comportamento da mulher. Segundo Brenes (1991), a fragilidade e a inconstância feminina, passaram a ser ressaltadas, necessitando, assim, da figura do médico para orientá-la. “Deste ‘jogo’ surgiram o amor materno, a mãe dedicada, boa esposa, a rainha do lar, as histéricas, as mundanas e toda uma série de tipos femininos que ocupariam a literatura médica e o

imaginário social do século XIX” (BRENES, 1991, p. 145). Somado à construção do papel ideal da mulher na sociedade e aos avanços da obstetrícia, o parto hospitalar foi se consolidando, juntamente com o poder da medicina e o desempoderamento da mulher – tanto das gestantes, quanto das parteiras leigas – que passaram a ser inferiorizadas diante do saber científico.

O início do século XX permaneceu marcado pela construção social da mulher que tinha o papel de assegurar a ordem social, voltada para a família, reprodução e criação dos filhos. Segundo Osis (1994, p. 22), a mortalidade infantil assumiu dimensões alarmantes e foi associada pelos médicos às deficiências na amamentação, devido as mães estarem abandonando sua missão primordial. Houve, neste período, um movimento de redirecionamento da mulher ao lar e um enfoque na capacidade reprodutiva e na proteção da gestante e da criança. A necessidade de mão de obra para as indústrias levou a associação da saúde da mulher à importância social do fenômeno da reprodução e de assegurar gerações sadias para o desenvolvimento nacional.

No início da década de 1960, com as transformações econômicas, a intensificação da urbanização e da migração interna, as prioridades mudaram. A medicina curativa e privatista se consolidou entre 1964 e 1973, com o regime ditatorial. O planejamento familiar (controle da fertilidade) ganhou força na década de 1970, visando compatibilizar a gestação às condições do organismo da mulher e à integração do núcleo familiar, reduzindo, assim, a morbidade e mortalidade materna. O controle da fertilidade estava fortemente ligado à preocupação de controle populacional e à crença de que o país não se desenvolveria se a população, principalmente da classe baixa, continuasse reproduzindo-se sem controle. Esse tipo de pensamento levou à criação de programas como BEMFAM, que realizava distribuição de métodos anticoncepcionais gratuitamente, tendo como público prioritário a população de baixa renda.

No início da década de 1980, com o processo de redemocratização, inicia-se a preocupação com uma atenção ampla, que privilegiasse a saúde pública e a atenção básica, com um olhar mais integral sobre a mulher. Em 1984, se instituiu a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que ampliou o leque de ações à saúde feminina, antes só focada nos processos patológicos, passando a inserir uma agenda sobre direitos sexuais e reprodutivos, promoção da saúde de segmentos específicos da população feminina, assistência à mulher vítima de violência, entre outros.

A implementação do PNAISM foi se consolidando com a implantação do SUS, que previa a municipalização das ações assistenciais com o Programa de Saúde na Família

na Atenção Básica. Outro marco importante foi o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil na Amazônia Legal e Nordeste (2009), a partir do qual várias medidas foram implementadas nessas regiões, visando a redução da mortalidade materna e infantil, dentre elas o Fórum Perinatal (SILVA, 2017).

Posteriormente, em 2011, o governo federal instituiu, através da Portaria nº 1.459, de junho de 2011, a Rede Cegonha como uma estratégia do Ministério da Saúde para a implementação de uma rede de cuidados materno-infantil. Nesse sentido:

[...] a rede garante às mulheres o direito ao planejamento sexual e reprodutivo, à uma atenção humanizada durante a gravidez, o parto e puerpério. As crianças também são garantidas pelo direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. (BRASIL, 2017a).

Essa rede de cuidados é organizada por quatro componentes: pré-parto; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde integral da criança; e sistema logístico (transporte e regulação). Além disso, tem como diretriz o respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a participação e mobilização social e promoção da saúde e equidade.

A implementação da Rede Cegonha vem se dando lentamente e de modo diferenciado nos estados brasileiros. Na Bahia, a instalação do Colegiado de Maternidades, desde 2008 (SAIS/SESAB), e do grupo condutor, vem estimulando e monitorando a implantações de Fóruns Regionais regulamentados no Regimento Interno do Fórum da Bahia, nas Regiões de Saúde. O Fórum Perinatal ou da Rede Cegonha se constitui como grupo interinstitucional e multiprofissional, com o objetivo de discutir e debater sobre a atenção perinatal às mães e crianças, colocando em evidência os problemas da linha do cuidado materno e infantil (Resolução CIB nº 22/2016).

Mesmo com os avanços da política materno-infantil, o hospital permanece sendo o lugar instituído de parir. De acordo com o Sistema Nacional de Informação de nascidos vivos (SINASC), em 2018, no Brasil nasceram 2.944.932 crianças, destas 2.900.269 nasceram em hospitais, destes partos, 1647.505 foram cesáreos, representando uma taxa de 48,51% de partos cirúrgicos, índice ainda muito acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde. Segundo essas instituições, o aumento de mais de 10% de partos cesáreos não está associado com a redução de mortalidade materna e neonatal. Medicalização e intervenções médicas sem evidências científicas de benefícios à mãe ou ao bebê são uma rotina nos partos

brasileiros, como aponta a pesquisa brasileira Sentidos do Nascer na vivência das gestantes.

Mais da metade das mulheres tiveram episiotomia, 91,7% ficou em posição de litotomia no parto, quando as evidências recomendam posições verticalizadas; a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica para aceleração do trabalho de parto foi utilizada em 40% das mulheres e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para a expulsão do bebê), procedimento agressivo e que traz consequências deletérias para a parturiente e seu bebê. (LANSKY, 2019, p. 2812).

Diante deste panorama, a maioria das mudanças e avanços na política materno-infantil no Brasil foi impulsionada por movimentos feministas. Tais movimentos foram influenciados pelas lutas feminista mundiais, principalmente pelos movimentos americanos que reivindicaram o protagonismo feminino. Grupos feministas brasileiros engajaram a luta dos movimentos sociais desde a década de 1970, tendo grande representatividade no processo de redemocratização e na construção do SUS. Atualmente, movimentos de mulheres lutam pela humanização do parto, pelo resgate ao parto natural, por políticas que dialoguem com a diversidade feminina brasileira, pela amplitude de questões que envolvem a saúde da mulher de modo integral e pela autonomia sobre seu corpo, visando uma gestação e um parto sem violência e com o protagonismo da mulher.

### 1.2.1 Desenvolvimento do Fórum da Rede Cegonha da Região de Porto Seguro

O Fórum da RC da Região de Porto Seguro iniciou-se em 22 de agosto de 2018, tendo sido realizados quinze Fóruns até a 25 de junho de 2020. O Fórum RC se configura como um grupo interinstitucional e multiprofissional, com o objetivo de discutir e debater sobre a atenção perinatal à mãe e a criança, colocando em evidência os problemas da linha do cuidado materno e infantil (BAHIA, 2016). Um dos temas recorrentes nos Fóruns é a violência obstétrica, que aparece ou como assunto a ser discutido e enfrentado ou como depoimento de experiências das participantes do Fórum.

As denúncias de violência obstétrica foram uma das molas propulsoras do surgimento desse Fórum, já que, em 2017, aconteceu uma conferência livre de mulheres de Porto Seguro, na qual foram apresentadas uma série de denúncias de violência obstétrica no município. Motivado por tais denúncias, foi organizado um coletivo de mulheres intitulado Parto Seguro, que provocou o primeiro encontro entre gestão

hospitalar, Base Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e controle social para discutir formas de enfrentamento ao problema, o que pode ser considerado a semente do Fórum Regional.

Apesar de existirem muitos estudos e pesquisas de autores como Andrade e Aggio (2014); Andrade et al. (2016); Brenes (1991); Diniz et al. (2014, 2015) e Floyd (1992) sobre a violência obstétrica, tema relevante no âmbito da saúde e da justiça, pouco se tem discutido sobre o lugar e a importância do Fórum para essas mulheres vítimas de violência.

O Fórum descrito na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, tem a missão de “discutir as problemáticas da rede materno-infantil, propor soluções para os impasses e monitorar os avanços e retrocessos nos componentes” (BRASIL, 2017a), funcionando, assim, como uma estratégia de prevenção e enfrentamento da violência obstétrica. Todavia, poucos estudos disponíveis nas plataformas de pesquisa tomam o Fórum como objeto de análise.

Em novembro de 2019, foi feito o levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no catálogo de dissertações e teses da CAPES, no *SciELO* e no Google Acadêmico utilizando os descritores “Parto”, “Rede Cegonha”, “Violência Obstétrica”, “Violência Intersubjetiva”, “Emoções”, “Fórum da Rede Cegonha” e “Fórum Perinatal”. Foram levantados e fichados dezesseis artigos sobre gestação e parto, vinte e um artigos sobre violência obstétrica, cinco artigos sobre violência intersubjetiva, quatro artigos sobre emoções na gestação e parto e dez artigos sobre metodologia.

Sobre o Fórum da RC, os resultados na BVS mostraram: Fórum Rede Cegonha = 0, Fórum Perinatal = 0. A busca no *SciELO* também apresentou ausência de resultados para o descritor “Fórum Rede Cegonha”, bem como para “Fórum perinatal”.

Com a pesquisa no Banco de Teses Capes, foi possível acessar duas dissertações referentes ao Fórum da RC e ao Fórum Perinatal: a de Silva (2017), intitulada “A vocalização dos direitos das mulheres e o modelo de atenção ao parto e nascimento: narrativas de mulheres sobre o fórum perinatal”, cuja pesquisa tratou do processo de vocalização dos direitos das mulheres tendo como base as narrativas das informantes-chaves com a experiência do Fórum Perinatal; e a de Pessoa (2017), “Fórum Rede Cegonha Piauí: análise da produção de um coletivo de gestão de políticas públicas de saúde”, que teve como objetivo de analisar a experiência de constituição do Fórum Rede Cegonha Piauí como espaço coletivo de gestão de políticas públicas de saúde no estado. Apesar das duas dissertações terem o Fórum da RC como lócus de pesquisa, elas não



investigam as possibilidades de significação deste espaço para as mulheres que sofreram violência obstétrica, como se propõe o presente estudo.

Atualmente, esse dispositivo tem sido a maior aposta do estado da Bahia para disparar a formação da rede de cuidado no caminho do cuidado humanizado. Portanto, é necessário compreendê-lo melhor em suas significações e potencialidades, notadamente a partir do olhar das mulheres que o integram e lhe dão vida.

### **1.3 Violência obstétrica e o Fórum da Rede Cegonha**

No Brasil, a violência obstétrica vem sendo mais debatida por movimentos sociais e divulgada a cada dia, especialmente através de redes sociais (sites, blogs, vídeos, etc.), a exemplo da “[...] ReHuNa (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), nascida em 1993, como rede articuladora de estudos e de propostas críticas do modelo de assistência médica ao nascimento vigente no país” (CARNEIRO, 2013, p. 52).

Apesar de o tema da violência obstétrica já aparecer internacionalmente desde a década de 1950, denunciando os maus-tratos na hora do parto, e, no Brasil, embora já houvesse estudos e pesquisas que abordassem o tema, a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado (VENTURINI; GODINHO, 2013) “contribuiu de forma inédita para a visibilidade do tema da violência obstétrica, despertando surpreendente interesse da grande mídia” (DINIZ et al., 2015, p. 378). Essa pesquisa apontou que uma entre quatro mulheres sofreu violência obstétrica, dado que expressa a magnitude do agravo e impacto na saúde pública no Brasil.

A própria nomeação violência obstétrica é polêmica, sendo também conhecida como violência institucional, maus tratos no parto, violência de gênero, dentre outras denominações. Neste trabalho, a opção é de nomear e tratar a violência obstétrica como tal, já que ela é assim descrita pelas mulheres na relação com a equipe responsável pelo acompanhamento da gestação e/ou no processo do parto. O conceito de violência obstétrica encontra-se inserido no sistema jurídico de alguns países, à exemplo da Venezuela, que a tipifica como:

Qualquer conduta, ato ou omissão, por profissional de saúde, tanto público, quanto privado, que diretamente ou indiretamente leva a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que e se expressa por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando

negativamente na qualidade de vida das mulheres. (VENEZUELA, 2017, p. 30 apud TESSER, 2015, p. 3).

Essa noção de violência obstétrica instituída pela Venezuela é utilizada integral ou parcialmente por diversos pesquisadores brasileiros, tais como Diniz et al.; (2015); Zanardo et al. (2017); D'Oliveira; Diniz; Schraiber, (2002); e Lansky et al. (2019). Alguns conceitos de violência obstétrica focam mais nas agressões sofridas pela mulher no momento do parto, dentre elas o uso excessivo de medicamentos e intervenções não consentidas ou desnecessárias, não baseadas em evidências científicas, tais como: a raspagem dos pelos pubianos, episiotomia de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (DINIZ, 2009; D'OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER, 2002; LEAL et al., 2014). Outros são mais abrangentes, envolvendo todos os processos que envolvam um sofrimento desnecessário imposto por profissional de saúde, desde o início da gestação até o pós-parto.

As pesquisas brasileiras mostram que os relatos de violência obstétrica são maiores em mulheres solteiras, negras e pobres (LANSKY et al., 2019), reproduzindo nas instituições de saúde as discriminações vividas no cotidiano da sociedade. Não se trata de uma simples soma ou comparação entre características ou condições sociais, como nos alerta Collins (2019), mas da análise das condições estruturais que atravessam os corpos. Gestar e parir para uma mulher negra de classe baixa de São Paulo é uma experiência radicalmente diferente da gestação e parto da mulher indígena da zona rural da Bahia ou da mulher branca e de classe alta de Brasília. Não só a gestação e o parto, mas a possibilidade de planejamento sexual e reprodutivo está intrinsecamente marcada por condicionantes e variáveis históricas, sociais e raciais.

Para compreender o lugar dessas mulheres que vivenciam distintas formas de desrespeito, inclusive na gestação e no parto, o conceito de interseccionalidade é de fundamental relevância, sendo entendido por Brah e Phoenix (2004, p. 76) como “um conjunto complexo de efeitos sobre a vida social dos indivíduos sempre que múltiplos eixos de diferenciação – econômico, político, cultural, psíquico, subjetivo e experimental intersectam contextos historicamente específicos”. Essa definição permite compreender porque as mulheres que mais sofrem violência obstétrica são as negras e de baixa renda, uma vez que sobre elas incidem diferentes marcadores sociais como raça, gênero, classe social e escolaridade, que não podem ser separados em simples vertentes, pois como

afirmam Brah e Phoenix (2004), o que chamamos de “identidades”, neste trabalho nomeado de características, não são objetos, mas processos constituídos em e através de relações de poder, que atuam conjuntamente sobre as mulheres em condição de subalternidade.

O informe baseado nos direitos humanos sobre maus tratos e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial na atenção ao parto e violência obstétrica, evidencia os fatores que estão interligados a esta última:

*El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos. Las mujeres y las niñas sufren ese tipo de violencia cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).*

A esse respeito, Leal et al. (2017, p. 05) expõe os dados da pesquisa intitulada “Nascer no Brasil”:

A Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento revelou que em relação as puérperas brancas, as de cor preta possuíram maior risco de um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante, maior peregrinação para o parto e menos anestesia durante a episiotomia.

A discriminação, seja ela racial, social, etária ou de gênero, durante a assistência à saúde, pode causar danos físicos ou morais. O primeiro passo para o enfrentamento desta violência é a desnaturalização de qualquer ação que cause danos. Muitas mulheres que passam por violência obstétrica, apesar do sofrimento, não a reconhecem como tal, uma vez que as intervenções ou são tidas como procedimentos tecnológicos necessários para a vida do bebê ou são minimizadas socialmente – “é assim mesmo, o importante é que seu filho está bem”. Para a desnaturalização da violência obstétrica é fundamental nomeia-la como tal. Para Lansky et al. (2019, p. 2819):

A dificuldade de reconhecimento pelas mulheres da vivência de VO é questão complexa e influenciada por diversos fatores, semelhante às situações de violência doméstica. Há uma distância entre indicar a agressão sofrida, reconhecê-la e nominá-la como violência ou maus tratos. O reconhecimento do direito das mulheres à escolha e recusa informada e de não serem

submetidas a intervenções não consentidas é recente, e ainda não faz parte da cultura dos profissionais ou das mulheres. Além de informação adequada, a relação de poder entre profissionais e mulheres na atenção ao parto interfere no exercício da sua autonomia e preservação da integridade corporal e psicológica, para a decisão e escolhas informadas.

No atual contexto político brasileiro, em oposição às conquistas obtidas através das lutas feministas de empoderamento da gestante para o reconhecimento, enfrentamento e denúncia da violência obstétrica, foi feita uma recente recomendação do Ministério da Saúde alterando o termo “violência obstétrica” para “violência institucional”. Esse mesmo Ministério que, em 2014, reconheceu a violência obstétrica como questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês.

Esse fato leva aos seguintes questionamentos: será que a aliança atual entre as representações médicas e governo federal, que pressionou o Ministério para a modificação do termo violência obstétrica, revela um sentimento de ameaça com a mudança da relação médico/paciente, onde o lugar de submissão e aceitação da mulher passa a ser alterado? Ou o termo violência institucional aponta e responsabiliza somente as instituições e não diretamente os responsáveis por essas violências?

Enquanto em países como Argentina e Venezuela a violência obstétrica foi tipificada como violência contra a mulher, combatida por via judicial, o Brasil dá um passo atrás ao renomeá-la como violência para institucional, desfavorecendo o reconhecimento e enfrentamento do problema pela mulher, profissionais, gestores e sociedade em geral. Dentro do mesmo movimento, existe em curso um projeto de lei de uma deputada federal que coloca a decisão pelo parto normal ou cesáreo como opção da mulher, sob o discurso de que no âmbito privado as mulheres podem optar e, no SUS, não. Esse discurso aparentemente defensor da igualdade entre classes, ignora as comprovadas vantagens do parto normal e a construção histórica da medicalização do parto, podendo, se aprovado, interferir na meta de redução de partos cesáreos para o preconizado pela OMS, que é de 15%.

Percebe-se, através dos números de cesárea no Brasil (segundo dados da UNICEF de 2017, 57% dos partos), que a tecnocracia do parto tem levado a uma perda de confiança da mulher na capacidade de parir naturalmente ou realizar o parto normal (via vaginal, mas hospitalar). A construção social da mulher moderna, frágil, que não suporta a dor, que se submete ao saber do outro, segundo Floyd (1992), tem funcionado como um

poderoso agente de controle social, moldando e canalizando indivíduos em seus valores, crenças e comportamentos.

Essa submissão, gerada pela ferida na autoconfiança, contribui para que as puérperas continuem sendo submetidas a métodos invasivos, que já foram comprovadamente, através de evidências científicas, considerados desnecessários e violentos à mulher, retroalimentando a dinâmica da violência. Importante salientar que o parto cesáreo para a equipe médica traz uma redução do tempo de trabalho, já que na maioria das vezes são eletivos e agendados, favorecendo uma organização do processo de trabalho, além de financeiramente mais lucrativo, levando alguns médicos a influenciarem as gestantes para a realização da cesárea por interesse próprio.

Visando o enfrentamento dessa mercantilização do parto, os coletivos de luta e movimentos feministas a partir da década de 1990 passaram a intensificar as reivindicações “à sua autonomia e à integridade de seu corpo, pelo direito ao aborto e direitos reprodutivos, direito à proteção contra a violência doméstica, o assédio sexual e o estupro” (MIRANDA, 2009, p. 4). As conquistas feministas possibilitaram que as mulheres pudessem compreender e repensar o seu corpo dentro de uma sociedade androcêntrica, questionando, alterando os limites impostos, as normas e condutas institucionais e sociais que fazem sofrer, causando marcas no sujeito feminino, assim como tornou pública e convocou a sociedade para o debate e enfrentamento da violência de gênero denominada de violência obstétrica.

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil que, embora tenha como objetivo principal a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas, estimulou o surgimento do ciberativismo de mães que foram submetidas a intervenções danosas. O espaço cibernético tem se mostrado uma estratégia atual de enfrentamento à violência obstétrica, de modo que a internet ampliou o acesso à informação e democratizou o debate sobre temas antes restritos à profissionais de saúde, favorecendo, assim, o empoderamento feminino e passando a ser um meio de fomentar mobilizações e discussões. Como afirmam Sena e Tesser (2017, p. 213):

O acesso das mulheres ao meio digital tem sido uma ferramenta importante para o empoderamento feminino, questão central para a promoção da saúde. E esse empoderamento está relacionado ao aumento das possibilidades que os indivíduos e as comunidades têm de exercer controle sobre sua própria saúde. E o acesso à informação sobre os diferentes elementos que interferem em sua

saúde é estratégia fundamental para que os indivíduos adquiram maior controle e poder de decisão sobre tais fatores.

O combate à violência obstétrica não se resume a uma mudança técnica do fazer médico, mas constitui uma transformação social e política, pois implica num deslocamento do lugar social da mulher na sociedade, no enfretamento do racismo institucional, na reconfiguração da relação médico/paciente, na mudança dos processos formativos dos profissionais de saúde, que necessitam incluir a temática do parto humanizado e da violência obstétrica em suas grades curriculares e na destituição do processo de mercantilização e medicalização do parto. O direito à uma gestação e ao parto seguro e humanizado é um direito humano e, portanto, deve ser defendido por todos.

Existem distintas tipificações e classificações da violência obstétrica na literatura, tais como: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Bowser e Hill (2010), por sua vez, definem 7 categorias de violência obstétrica, a saber: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas ou intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços, correlacionando-as com os tipos de direitos não respeitados e citando exemplos. Essa forma de categorizar a violência obstétrica abrange as principais formas de desrespeito e abuso nas instituições de saúde. Para compreender como elas podem afetar a mulher atingindo sua integridade enquanto sujeito, constituindo-se como formas de menosprezo, apoia-se na teoria do reconhecimento intersubjetivo desenvolvida por Honneth (2003; 2010) como um referencial que permite analisar a gramática moral dos conflitos sociais contemporâneos.

## 2 EXPERIÊNCIAS DE MENOSPREZO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Nesta seção apresentam-se os principais fundamentos da teoria do reconhecimento intersubjetivo elaborada por Axel Honneth, como um referencial que permitirá analisar as experiências de menosprezo e suas implicações presentes nas formas de violência obstétrica.

A teoria do reconhecimento do filósofo Hegel afirma que o processo de constituição e desenvolvimento da subjetividade não se encontra pré-programado em cada indivíduo, mas depende do reconhecimento recíproco entre alteridades, no âmbito de três esferas: amor, direito e solidariedade. Tais dimensões estão associadas a reivindicações e formas de reconhecimento de diversas índoles: afetivas, jurídicas e identitárias (HONNETH, 2003).

Honneth (2003), faz uso do conceito de reconhecimento de Hegel para apresentar uma concepção da moral social a partir da análise fenomenológica dos danos morais. Para ele, a forma como os processos de reconhecimento intersubjetivo afeta os sujeitos, condicionando suas relações consigo próprios e com os outros, pode ser observada nos casos de menosprezo ou desrespeito, em que alguma das esferas de reconhecimento é vulnerada. Tais experiências de menosprezo originam emoções morais, constituídas a partir da percepção de ser vítima de uma injustiça.

As experiências emocionais de injustiça podem, em alguns casos, motivar lutas por reconhecimento, sendo uma delas o engajamento em coletivos ou movimentos sociais que procuram mudanças sociais e a ampliação das formas e relações de reconhecimento para certos sujeitos ou coletivos, como é o caso dos grupos de mulheres que lutam contra a violência. Segundo Honneth, esses conflitos sociais em busca do reconhecimento levam a sociedade em uma direção de desenvolvimento social moral, onde os reconhecimentos não são distorcidos (THOMPSON, 2006).

Concretamente, para Honneth (2010), uma situação de adversidade (que poderia ser apenas contingente), torna-se um dano moral sempre que o afetado identifica a privação ou a negação intencional de uma forma de reconhecimento, em qualquer uma das esferas citadas.

*Un daño físico, pues, se convierte en una injusticia moral sí la persona afectada ve en él una actuación que lo menosprecia intencionalmente en un aspecto esencial de su bienestar; no es ya el dolor físico como tal, sino la conciencia resultante de no ser reconocido en su propia concepción que uno tiene de sí mismo, lo que constituye daño moral (HONNETH, 2010, p. 24)*

Hegel coloca a esfera do amor como a primeira forma de reconhecimento, onde os sujeitos se confirmam mutuamente, reconhecendo-se como sujeitos carentes, num equilíbrio precário entre autonomia e ligação. “O sucesso das ligações afetivas se torna dependente da capacidade, adquirida na primeira infância, para o equilíbrio entre simbiose e auto-afirmação” (HONNETH, 2003, p. 163).

A teoria do pediatra e psicanalista Winnicott permitiu o aprofundamento da compreensão da relação primária mãe/bebê. Segundo o autor, após o nascimento, mãe e bebê vivem uma fase indiferenciada de intersubjetividade, uma relação simbiótica, como se um fossem uma extensão um do outro. Aos poucos essa relação de dependência absoluta vai dando espaço para a dependência relativa, a mãe volta a dispensar sua atenção ao mundo a sua volta e o infante estabelece com o seu cuidador trocas que lhe permitem se diferenciar psiquicamente dele, se reconhecer e ser reconhecido como sujeito.

Essa teoria permitiu o aprofundamento da compreensão dessa esfera que tem como forma reconhecimento o afeto. Quando ela é bem estabelecida, fundamenta a construção da autoconfiança. Essa forma de reconhecimento se perpetua na vida através das relações afetivas de amor, como pais e filhos, marido e mulher e amizade, que pode ser ferida através dos maus tratos físicos, da violação ou da tortura (HONNETH, 2003).

Mesmo sendo considerados como violência obstétrica e não sendo recomendados pela OMS, são realizados rotineiramente nos partos de muitos hospitais brasileiros, procedimentos danosos como: a episiotomia (incisão efetuada na região do períneo) sem indicação clínica; a manobra de Kristeller (pressionar a parte superior do útero para facilitar e acelerar a saída do bebê, o que pode causar lesões graves), lavagem intestinal (além de dolorosa e constrangedora, aumenta o risco de infecções), privação da ingestão de líquidos e alimentos no pré-parto, exames de toque em excesso, ruptura artificial da bolsa, raspagem dos pelos pubianos, imposição de uma posição de parto que não é a escolhida pela gestante, não oferecimento de alívio para a dor e o uso de ocitocina no pré-parto (hormônio sintético para acelerar o trabalho de parto). Alguns desses procedimentos tem a função de proporcionar comodidade ao trabalhador de saúde e a redução do tempo gasto pela equipe no acompanhamento do parto, retirando, assim, o protagonismo da mulher e infringindo não só um dano físico, mas moral e psíquico com consequências duradouras nas trajetórias de vida das gestantes.

Apesar dessas práticas médicas serem frequentemente justificadas pelos profissionais de saúde como procedimentos necessários, as mulheres que as sofrem



amiúde identificam nelas a intenção de produzir um dano, constituindo-se também como agravos morais.

Em segundo lugar, Honneth apresenta a esfera do direito. A forma de reconhecimento própria dessa dimensão é o reconhecimento jurídico, enquanto que as formas de menosprezo são a privação de direitos e a exclusão. Tais formas de desrespeito humilham o sujeito na medida em que dentro da sua comunidade não lhe é concedida a imputabilidade moral de uma pessoa jurídica de pleno valor (HONNETH, 2010). Por esse motivo, os processos de reconhecimento a ela associados estão condicionados historicamente, ao passo em que direitos sociais foram se constituindo e se ampliando em cada sociedade.

Honneth (2003, p. 27) aponta que “a atitude positiva que um indivíduo pode ter sobre si mesmo quando experimenta esse reconhecimento jurídico, é o autorrespeito elementar”. Conforme esta forma de reconhecimento se desenvolve na interação, o sujeito aprende que possui os mesmos direitos que os outros membros da sociedade à qual pertence.

No Brasil, uma sociedade patriarcal em que muitas vezes as mulheres são submetidas à violência e ao abuso na cotidianidade das relações de poder, os movimentos feministas contribuíram, através de muitas lutas, para o avanço e a conquista de direitos sociais. Apesar dos progressos legais, que preconizam direitos iguais entre os gêneros, inclusive na Constituição Federal de 1988, na prática, os direitos das mulheres ainda são vulnerados. Fazendo um recorte no grupo de mulheres e analisando o direito das gestantes e puérperas no Brasil, constata-se que as políticas públicas implementadas nesta área visam garantir à mulher uma gestação tranquila, estimulando a sua autonomia e o seu empoderamento, a organização de um sistema de cuidado em rede para um parto seguro, com o mínimo de intervenções possíveis que possam ferir a gestante.

No entanto, na prática, a violência obstétrica é uma rotina nas maternidades brasileiras. Cita-se, por exemplo, o caso da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós parto. O referido dispositivo legal determina que este acompanhante seja indicado pela gestante e que seja de livre escolha. Contudo, em muitas regiões do país o acompanhante é impedido de estar presente durante o pré-parto e o parto, deixando a gestante sozinha em um momento de fragilidade. Os médicos (obstetras e/ou anestesistas) ditam suas próprias

regras, potencializando uma situação de vulnerabilidade e menosprezo, onde o direito jurídico e social é subjugado à vontade médica, violando os direitos da mulher.

Ampliando as categorias gênero e gestante, encontram-se uma multiplicidade de novas categorias que heterogeneizam as mulheres: raças, classes sociais, locais de moradias, religiões, por exemplo. Embora todas sejam formalmente protegidas pelas mesmas leis e devam ter acesso às mesmas políticas públicas, não se pode ignorar a reprodução da exclusão social das mulheres de certos grupos étnicos ou sociais em relação a outros.

Frequentemente mulheres negras, de baixa renda, indígenas, usuárias de substâncias psicoativas, portadoras de transtorno mental são mais vulneráveis à violação dos seus direitos nos espaços de saúde. Santos (2017, p. 169) coloca que “[...] a realidade se abate diferentemente sobre os corpos. Nesse sentido a forma como estas mulheres vão lidar com a violência de um imaginário econômico que a exclui à partida não será a mesma”. Arroyave (2010, p. 71) apud Patiño e Faria (2019, p. 437) afirma que “a exclusão social não apenas consiste numa coação da autonomia pessoal, mas na sensação de uma perda do status de um sujeito em igualdade moral para interagir com plena valia”.

A terceira e última é a esfera da solidariedade. A forma de menosprezo típica aqui é a degradação do valor social das distintas formas de autorrealização. Ao mesmo tempo, a forma de reconhecimento que corresponde a essa dimensão é a estima social, entendida como a valorização positiva e apreciação solidária das formas de vida, práticas sociais, qualidades e características de sujeitos e distintos grupos sociais. A atitude positiva que o indivíduo pode adotar quando é objeto deste tipo de reconhecimento é a autoestima, já que quando um indivíduo se sente valorizado por seus companheiros de interação em suas capacidades específicas, ele é capaz de se identificar com suas qualidades e contribuições específicas em um determinado contexto social (HONNETH, 2010).

No âmbito da violência obstétrica, as formas de desrespeito nesta esfera observam-se, por exemplo, nos casos de degradação e ofensa às quais são submetidas as mulheres constantemente.

A esse respeito, os relatos de violências verbais no momento do parto ainda são comuns no Brasil, como indica a pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” (VENTURINI; TATAU, 2013). Frases ofensivas e humilhantes, como “na hora de fazer você não gritou”, “não pode gritar se não o bebê nasce surdo”, “não chora não que ano que vem você tá aqui de novo” (VENTURINI; TATAU, 2013) são proferidas por algumas equipes de saúde, que contrariando a sua função de cuidar, ferem

a autoestima e a dignidade da mulher. Outras violências verbais comuns são as reproduções preconceituosas de base racial e/ou étnica, como falas “você é negra e não precisa de anestesia” ou “índia sabe parir sozinha”. Essas adjetivações negativas são formas de menosprezo que reforçam o lugar de exclusão. Com relação à assistência do pré-natal e parto de mulheres negras, Leal et al. (2017, p. 5) constata:

As puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto. As pretas também receberam menos orientação durante o pré-natal sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Apesar de terem menor chance para uma cesariana e de intervenções dolorosas no parto vaginal, como episiotomia e uso de ocitocina, em comparação às brancas, as mulheres pretas receberam menos anestesia local quando a episiotomia foi realizada. A chance de nascimento pós-termo, em relação ao nascimento termo completo (39-41 semanas), foi maior nas mulheres pretas que nas brancas.

Essas três dimensões do reconhecimento: amor, direito e solidariedade estabelecem as relações formais de interação a partir das quais os humanos garantem a dignidade e integridade, esta última entendida como a compreensão que cada indivíduo possui de que é apoiado pela sociedade em cada uma de suas autorrelações práticas. (HONNETH, 2010).

Abaixo segue um quadro para uma visualização das três esferas de reconhecimento de Honneth, em que se identificam de forma sintética a autorrelação prática, as formas de desrespeito e os componentes ameaçados da personalidade, que tais ações de não reconhecimento implicam.

Quadro 1 - Esferas de reconhecimento intersubjetivo

| <b>FORMAS DE RECONHECIMENTO</b>        | <b>Relações primárias (amor, amizade)</b> | <b>Relações jurídicas (direito)</b> | <b>Comunidade de valores (solidariedade)</b> |
|--|---|-------------------------------------|--|
| AUTORRELAÇÃO PRÁTICA                   | Autoconfiança                             | Autorrespeito                       | Autoestima                                   |
| FORMAS DE DESRESPEITO                  | Maus-tratos e violação                    | Privação de direitos e exclusão     | Degradação e ofensa                          |
| COMPONENTES AMEAÇADOS DA PERSONALIDADE | Integridade física                        | Integridade social                  | “Honra”, dignidade                           |

Fonte: Honneth (2003, p. 211).

Nota: Elaboração própria.

Assim, por exemplo, as experiências de menosprezo provocadas pela violação de direitos ou práticas de exclusão, ferem o sentimento de dignidade e integridade, representando um dano moral:

[...] situações históricas excepcionais, como representaram as discussões do movimento negro por direitos civis nos EUA dos anos 1950 e 1960, vem a superfície da linguagem o significado psíquico que o reconhecimento jurídico possui para o autorrespeito de grupos excluídos: sempre se discute nas publicações correspondentes que a tolerância ao subprivilégio jurídico conduz a um sentimento paralisante de vergonha social, do qual só o protesto ativo e a resistência poderiam libertar (HONNETH, 2003, p. 198)

A teoria crítico-normativa de Honneth destaca que as feridas morais produzidas pelas distintas experiências de menosprezo podem, sob certas circunstâncias, motivar lutas sociais pela ampliação de direitos, reivindicação de identidades, formas de vida, processos de justiça e reparação, etc., em síntese, lutas por reconhecimento, como é o caso das lutas contra a violência obstétrica. A participação nas lutas sociais constitui em si mesma uma busca pela restituição da integridade moral ferida.

Esse estudo pretende compreender como os tipos de violência obstétrica a que são submetidas algumas mulheres durante a gestação e o parto podem ser considerados como modos de menosprezo que produzem danos morais, feridas emocionais e subjetivas (além de físicas), afetando a relação dos sujeitos com os outros e consigo. Ao mesmo tempo, o estudo indaga se tais experiências podem, em alguns casos, motivar lutas por reconhecimento expressas na participação em movimentos e coletivos pela busca de justiça, direitos e mudanças sociais, e se um desses casos é a participação no Fórum da RC.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para discorrer sobre o percurso desenvolvido neste trabalho, esse capítulo foi dividido em tópicos que abordam sequencialmente o espaço que integrou as participantes da pesquisa e que também formou parte do seu objeto; a caracterização das entrevistadas; o desenho do estudo; as técnicas utilizadas para a produção de informações; como se deu o procedimento de coleta de dados; as formas de análise dos dados; e, por fim, as considerações éticas.

#### **3.1 Espaço da pesquisa: sobre o Fórum**

A criação de Fóruns Regionais da Rede Cegonha foi estimulada pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, que teve como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha nas regiões de saúde (BRASIL, 2017a). Todavia, na região de saúde de Porto Seguro, somente em agosto de 2018 ocorreu a implementação do I Fórum Regional, impulsionado pelo grupo de trabalho de construção do Plano Regional e pela área técnica de saúde da mulher da SESAB.

Os encontros do Fórum Regional são mensais, porém nos meses de dezembro de 2018, janeiro, fevereiro, junho, dezembro de 2019 e janeiro e fevereiro de 2020, eles não aconteceram devido à dificuldade financeira dos municípios em custearem o deslocamento e demais despesas dos profissionais que o compõem e também por ser um período de recesso das atividades. Os Fóruns contaram com a presença dos seguintes representantes: Área Técnica de Saúde da Mulher, Diretoria de Atenção Básica, Núcleo Regional Extremo Sul e Base Regional Eunápolis vinculados à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB); Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS); prefeitos; gestores municipais dos 8 municípios que compõem a região, representados por secretários de saúde, membros da Atenção Básica, hospitalar, regulação e vigilância epidemiológica; representante indígena; diretores e equipe profissional dos hospitais; profissionais de saúde (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário, assistente social, psicólogo e doula); controle social (Coletivo Parto Seguro); Conselho de Saúde; e a UFSB.

Os encontros apresentaram uma média de 35 participantes no geral, tendo como excepcionalidade o XI Fórum, o de maior público, com 220 participantes, em que se discutiu o enfrentamento da sífilis congênita, ocorrido no município de Porto Seguro. No primeiro ano, o Fórum foi itinerante, passando pelos oito municípios e mais uma aldeia indígena. A proposta de realizar cada encontro em um município diferente teve o objetivo de envolver e sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e população de cada município, fazendo com que todos se sentissem partícipes do processo, além de apresentarem suas dificuldades e avanços na Rede Cegonha.

Essa proposta possibilitou o acesso da população local, mas dificultou o acesso dos municípios distantes. Assim, a frequência do Fórum teve uma flutuação de público, apesar de manter um núcleo constante. Além dos encontros mensais, o Fórum possui um grupo de *WhatsApp* bastante ativo, com 60 participantes, sendo eles 6 homens e 54 mulheres. Durante os Fóruns, apesar de não ter aparecido como temática principal, a violência obstétrica se fez presente em vários encontros, levando a pesquisadora a indagar a relação do tema com a participação destas mulheres no Fórum.

As pautas principais do Fórum são escolhidas na sessão anterior em consenso entre os participantes, assim como a escolha do apresentador da temática. Os temas principais foram: a Política da Rede Cegonha; pré-natal de risco habitual; saúde indígena e Rede Cegonha; fluxo de cuidado no pré-natal; regulação da gestante; dificuldade de vagas para leitos de alto risco; integração atenção básica e hospitalar; criação do ambulatório de alto risco regional; plano de parto; transferência e transporte da gestante (SAMU); empoderamento das gestantes – rodas de conversa de gestante na Atenção Básica; situação das maternidades na região de saúde; acolhimento com classificação de risco (ACCR); e enfrentamento à sífilis congênita. Todas as decisões e encaminhamentos são tomadas a partir do consenso grupal, onde todos têm direito a fala e ao voto. A mediação das discussões é feita pela coordenadora ou vice coordenadora regional do Fórum, que são técnicas da Base Regional de Saúde em Eunápolis/BA.

Ao final de cada Fórum, são decididos os encaminhamentos pactuados pelos presentes e encaminhados à Comissão de Intergestores Regionais (CIR). Os encaminhamentos destes encontros que têm relação com o enfrentamento da violência obstétrica foram: progressão de todos os municípios no componente pré-natal, conforme Portaria de Consolidação nº 3/2017, anexo II (BRASIL, 2017a), principalmente nos quesitos: captação precoce, classificação de risco gestacional, vinculação da gestante, construção de fluxo de pré-natal de risco habitual e pré-natal de alto risco tipo I e tipo II;

cumprimento da lei do direito ao acompanhante; realização de vistoria hospitalar realizada pela Vigilância Sanitária (VISA) e pelos técnicos do Grupo de Trabalho da RC; contratação de enfermeiras obstétricas em todos os municípios; adesão pelos municípios ao sistema próprio da Central de Regulação (SUREM) para regulação hospitalar; abertura de 30 vagas de pré-natal de alto risco no Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães (HDLEM); necessidade de construção da casa de parto e/ou maternidade em Porto Seguro; solução para as dificuldade de atendimento da SAMU nas transferências hospitalares; implantação do formulário Plano de Parto; e realização de um plano de enfrentamento a redução de cesárea. Além dessas temáticas associadas, também é tema central, de forma explícita, a criação de estratégias para combater a violência obstétrica.

As temáticas e os encaminhamentos dos encontros do Fórum são esforços coletivos de enfrentamento aos entraves técnicos, organizacionais, estruturais ou culturais, fatores que impedem que a gestante tenha a garantia do direito ao parto seguro e humanizado previsto na política da Rede Cegonha. Assim como apontam Diniz e Chacham (2006 apud ZANARDO et al., 2017, p. 8): “há necessidade de profundas transformações na assistência obstétrica no Brasil, visando à prevenção de cesáreas e episiotomia desnecessárias e a promoção do parto vaginal normal, sem intervenções”.

Quadro 2 – Fóruns da Rede Cegonha Região de Saúde Porto Seguro

| Fóruns    | Número de participantes | Local                  | Temática discutida   |
|-----------|-------------------------|------------------------|--|
| I Fórum   | 48                      | Porto Seguro           | <b>Constituição do Fórum e apresentação da política da Rede Cegonha.</b>   |
| II Fórum  | 45                      | Eunápolis              | <b>Pré-natal de risco habitual;</b> saúde indígena e pré-natal; e violência obstétrica.  |
| III Fórum | 43                      | Belmonte               | <b>Fluxo de cuidado no pré natal.</b>  |
| IV Fórum  | 25                      | Porto Seguro           | <b>Integração Atenção Básica e Hospitalar e criação de ambulatório de alto risco regional.</b>                                     |
| V Fórum   | 27                      | Santa Cruz de Cabralia | <b>Regulação da gestante;</b> dificuldade de vagas para leitos de alto risco; e fluxo de encaminhamento para maternidade regional. |
| VI Fórum  | 34                      | Itagimirim             | <b>Plano de parto;</b> violência obstétrica; e transferência e transporte da gestante (SAMU)                                       |

|            |     |   |  |
|------------|-----|---|--|
| VII Fórum  | 22  | Itabela   | <b>Empoderamento das gestantes;</b> rodas de conversa de gestante na Atenção Básica; e violência obstétrica.   |
| VIII Fórum |     | Eunápolis   | <b>Situação das maternidades na Região de Saúde;</b> e plano de parto.   |
| IX Fórum   |     | Guaratinga  | <b>Acolhimento com classificação de risco (ACCR)</b>   |
| X Fórum    | 35  | Porto Seguro                                      | <b>Psicoprofilaxia do parto;</b> fluxo de parto para as pacientes do pré-natal de alto risco tipo II e para gestantes acima de 41 semanas de gestação; e transferência intrahospitalar e traje pneumático. |
| XI Fórum   | 220 | Porto Seguro                                      | <b>Enfrentamento à Sífilis.</b>  |
| XII Fórum  |     | Porto Seguro, Aldeia Indígena Reserva da Jaqueira | Avaliação anual; <b>Rede Cegonha e comunidade indígena.</b>  |
| XIII Fórum |     | Porto Seguro                                      | <b>Experiência com doulas no SUS;</b> violência obstétrica e lotação do HDLEM.   |
| XIV Fórum  | 25  | Web   | <b>Cuidado à gestante em tempo de Covid-19.</b>  |
| XV Fórum   | 25  | Web   | <b>Cuidado à gestante em tempo de Covid-19.</b>  |

Fonte: Atas dos Fóruns da Rede Cegonha.

Nota: elaboração própria.

### 3.2 As forasteiras

As cinco entrevistadas participam do Fórum da RC da região de saúde de Porto Seguro e sofreram violência obstétrica, sendo estes os principais critérios para escolha. Além disso, elas têm em comum: a moradia na Região de Porto Seguro, apesar de nenhuma delas ser natural da Região; o fato de que a decisão de vir morar na região se deu em busca de melhor qualidade de vida e/ou em busca de oportunidade de emprego; e o tempo em que estão na região, que varia de 2 a 20 anos.

Uma das entrevistadas expôs o quanto essa marca de não ser nativa da região interfere nas relações com a comunidade local, sendo inclusive conhecidas como “forasteiras”. Por esse motivo e visando preservar a identidade das entrevistadas, foi atribuído, a cada uma, um codinome relacionado a cidades que tivessem alguma relação com elas (Ipiaú, Rio de Janeiro 1, Rio de Janeiro 2, Gandu e Ipirá).

Outro dado significativo é que quatro delas são enfermeiras, sendo que uma trabalha na gestão estadual, outra na gestão municipal, outra na Universidade, mas se coloca no Fórum como controle social, e a última atua como doula e empresária, também se apresentando no Fórum como controle social. A participante que não é



enfermeira, por sua vez, foi professora de ensino infantil e atualmente trabalha como diarista e doula.

Com relação aos dados sociodemográficos das entrevistadas, tem-se o seguinte panorama: com relação à idade, quatro estão entre 39-49 anos e uma está entre 29-39 anos; em relação à autodeclaração de raça/cor, uma se considera branca, três se declaram pardas e uma se reconhece como negra; com relação à escolaridade, quatro concluíram curso de nível superior e uma possui o nível médio; com relação a renda familiar, quatro recebem acima de quatro salários mínimos e uma recebe entre 1-2 salários mínimos.

Quanto ao número de filhos, uma possui um filho, duas possuem dois filhos e duas possuem três filhos. Com relação ao tipo de parto que realizaram em suas gestações, três tiveram parto normal e duas tiveram os dois tipos de parto, cesáreo e normal, sendo que quatro foram exclusivamente em hospitais públicos, uma exclusivamente em hospital privado e uma passou pela experiência em ambos os hospitais. Todas relataram terem sofrido violência obstétrica em um ou mais partos.

A respeito dos tipos de violência, uma relata ter sofrido abuso físico, uma aponta discriminação baseada em certos atributos e quatro indicam a imposição de intervenção não consentida.

Com relação à representatividade no Fórum, ele possui: uma gestora estadual, uma gestora municipal e três do controle social. A frequência de participação no Fórum se revela da seguinte maneira: uma participou de três Fóruns, duas de quatro a sete, uma de onze a quatorze Fórum e uma participou de quinze ou mais encontros. Com relação ao impacto da Fórum da RC na organização do cuidado materno-infantil regional, uma considerou que tem um baixo impacto, uma avaliou que tem médio impacto e três afirmaram perceber um alto impacto.

### **3.3 Desenho do estudo**

A pesquisa é de caráter exploratório, de natureza qualitativa, tomando como método o estudo de caso. Segundo Vanderstoep e Johnston (2008, p. 162), “a pesquisa qualitativa enfoca os significados das experiências, explorando como as pessoas definem, descrevem e metaforicamente fazem sentido dessas experiências”. De acordo com Chizzotti (2003, p. 221), “o termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível”.

Vanderstoep e Johnston (2008) pressupõem que o conhecimento seja construído através da comunicação e interação, afirmando que o conhecimento não está “lá fora”. Uma vez que a presente pesquisa visa compreender os significados construídos pelas mulheres que sofreram violência obstétrica e participam do Fórum, a proposta coaduna-se com a construção epistemológica da pesquisa qualitativa.

Segundo Creswell et al. (2007, p. 245, tradução nossa):

A pesquisa de estudo de caso é uma abordagem qualitativa na qual o investigador explora um sistema limitado (um caso) ou vários sistemas limitados (casos) ao longo do tempo através de uma coleta detalhada e profunda de dados envolvendo várias fontes de informação (por exemplo, observações, entrevistas, material audiovisual, documentos e relatórios).

Stake (1999, p. 11, tradução nossa) enfatiza “que o estudo de caso é o estudo da particularidade e complexidade de um único caso, chegando a entender sua atividade em circunstâncias importantes”, sendo assim, esse método permite o reconhecimento da singularidade e o emprego de diversas técnicas de pesquisa. Outro fator importante a ser levado em conta é a imersão da pesquisadora no campo pesquisa. Flick (2015) aponta a importância dos investigadores como parte do processo da pesquisa, ressaltando que a presença, experiência e reflexividade destes formam parte do campo estudado.

Segundo Flick (2015, p. 13), “*una gran parte de la investigación cualitativa se basa en estudios de caso o en una serie de ellos, y el caso (su y su complejidad) es a menudo un contexto importante para entender lo que se estudia*”.

Reconhecendo a singularidade dos fenômenos e a sua dependência de cenários sócio-históricos, o estudo não pretende universalizar os resultados, embora seja possível identificar aspectos mais gerais, que possivelmente se repitam de forma análoga, e outros particulares, próprios da região de saúde de Porto Seguro.

### **3.4 Procedimentos de produção de informação**

O estudo de caso abrange uma variedade de fontes de informações. Nessa pesquisa são utilizadas diversas técnicas, dentre elas a análise documental das quinze atas dos encontros dos Fóruns e de um vídeo produzido pelo Coletivo Parto Seguro, que revela, a partir de uma roda de conversa, falas de seis puérperas que sofreram violência obstétrica em um hospital da região e os documentos apresentados nas ocorrências. Adicionalmente,

na pesquisa de campo, foi realizada observação participante dos encontros do Fórum, aplicado um questionário *online* e realizadas entrevistas semiestruturadas, após a devida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas participantes.

Na observação participante, o pesquisador participa ativamente do cotidiano do grupo estudado, interagindo com os indivíduos que o compõe. De acordo com Bautista, (2011, p. 164), a observação participante: “*es un medio para llegar profundamente a la comprensión y explicación de la realidad por la cual el investigador “participa” de la situación que requiere observar, es decir, penetra en la experiencia de los otros, dentro de un grupo*”. Essa técnica pode ser associada à entrevista. A escolha da entrevista semiestruturada se deu pela flexibilidade e abertura que a técnica permite, através de perguntas abertas que viabilizam a exploração de percepções, sentimentos e emoções vivenciadas a partir da experiência da violência obstétrica. Segundo Bautista (2011, p. 172), a entrevista semiestruturada:

*Es un procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares, las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación ya que clarifica conductas, fases críticas de la vida de las personas, logrando de esta forma identificar y clasificar los problemas, los sistemas de valores, los comportamientos, los estados emocionales de los protagonistas, ya que desempeñan un rol activo porque el investigador estimula la expresión de la persona en su propio marco de referencia comprendiéndolo en su propio contexto y con ayuda del lenguaje verbal y no verbal.*

O questionário eletrônico, composto de doze questões fechadas e duas abertas, visou buscar informações relacionadas aos dados sociodemográficos, bem como acerca dos partos, do tipo de violência obstétrica sofrida e da participação no Fórum.

A proposta inicial da pesquisa de campo era a de realizar as entrevistas e questionários com oito mulheres que passaram pela experiência de violência obstétrica, participaram do Fórum RC da Região de Saúde de Porto Seguro no período entre agosto de 2018 a junho de 2020 e que declararam livremente, durante os Fóruns e/ou no grupo de *WhatsApp*, terem sofrido violência obstétrica. Porém, a pandemia da Covid-19 afetou a pesquisa de campo, passando os Fóruns a serem realizados em plataformas *online*, reduzindo o acesso de alguns participantes. De igual modo, as entrevistas planejadas também não puderam ser presenciais devido ao risco de contágio.

As entrevistadas foram contactadas via celular para informar sobre a proposta da pesquisa e realizar o convite para participação. Das oito que declararam ter sofrido

violência obstétrica, uma não foi localizada, uma se recusou a participar da pesquisa e uma aceitou, mas não foi possível realizar a entrevista em razão problemas de conexão da internet. Portanto, cinco mulheres participaram. Após o contato telefônico, foi enviado por e-mail o TCLE e um questionário a ser acessado na plataforma *Google Forms*.

Tendo sido assinado o TCLE e respondido o questionário, foram agendadas as entrevistas, realizadas e gravadas através da plataforma *Google Meet*, sempre com o consentimento das participantes para posterior transcrição e análise das narrativas.

Apenas os pesquisadores tiveram acesso ao conteúdo das entrevistas e mantêm sob sigilo a identidade dos participantes. As gravações estão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora e serão deletadas após o período de 5 anos a contar da data de sua realização. O roteiro do questionário encontra-se disponível no anexo D e o roteiro da entrevista no anexo E da presente dissertação.

### **3.5 Análise das informações**

A análise documental foi realizada à luz da análise de temática de conteúdo de Bardin (2011). Nessa proposta, a análise é dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa, foram levantados todos os materiais construídos a partir do Fórum ou nele apresentados (atas, apresentações em *power point*, vídeos, cartas e documentos). Após a leitura flutuante do material, foi realizada a escolha do corpus. De acordo com Bardin (2011, p. 96), “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Tendo como unidade de registro a violência obstétrica, buscou-se o levantamento de categorias semânticas, quais sejam, os tipos de violência obstétrica baseados em Bowser e Hill (2010) e os fatores associados à violência obstétrica, para posterior análise dos dados embasados na fundamentação teórica.

Para a análise das entrevistas, foi usada como referência a proposta de codificação de material discursivo de Gibbs (2009), já que essa proposta considera explicitamente a dimensão emocional das narrativas das participantes, elemento central dentro do presente trabalho, considerando que se está tratando de experiências de violência.

Segundo Gibbs (2009, p. 64), “a codificação é uma forma de indexar ou categorizar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação a ele”. As codificações podem ser baseadas em teorias ou no próprio texto. Nessa pesquisa, foram definidas categorias orientadoras, construídas a partir dos objetivos, como ponto

de partida para análise das narrativas, tais como as formas de violência obstétrica, as experiências emocionais a ela relacionadas e as motivações associadas à participação no fórum e a percepção do papel dele na prevenção da violência obstétrica.

Ressalta-se que o processo de análise permaneceu aberto à emergência de novas categorias oriundas do campo. Ele foi realizado dentro do software Atlas.ti. O referido programa é uma ferramenta que não entrega nenhum resultado automaticamente, apenas facilita a análise a partir dos critérios e procedimentos epistemológicos definidos pela pesquisadora. Após a transcrição das atas, dos textos, das atas do vídeo e das entrevistas, foi criada uma unidade hermenêutica no referido programa e inseridos todos os documentos. Foram analisados e selecionados os trechos correspondentes aos códigos criados com base nas categorias orientadoras à medida que cada texto foi lido. Após essa indexação, foram criados quatro *networks* para a visualização da categorização, sendo estes: falas de violência obstétrica; fatores que contribuíram para violência obstétrica; tipos de violência obstétrica e emoções.

### **3.6 Considerações éticas**

Foram respeitadas todas as normas da Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares na execução da presente pesquisa. Se reconhece que ela pode representar um risco moderado, em razão da possível mobilização emocional das entrevistadas ao recordar experiências de violência. A pesquisadora realizou um manejo cuidadoso e ético durante as entrevistas, buscando evitar qualquer tipo de dano, valendo destacar a sua própria experiência no campo da saúde mental, o que favorece a articulação de situações que evoquem recordações dolorosas.

A pesquisa se propõe a trazer como retorno a possível compreensão do lugar do Fórum para cada entrevistada, ressaltando-se que qualquer participante poderia abandonar a pesquisa, se assim requeira. Os critérios de inclusão foram ser mãe ou estar gestando, participar do Fórum da RC da região de saúde de Porto Seguro e ter sofrido violência obstétrica. Foram excluídas da pesquisa pessoas menores de 18 anos e as que têm frequência de participação abaixo de três encontros, conforme registros das listas de frequência do Fórum da RC da região de saúde de Porto Seguro, durante os quinze encontros ocorridos entre agosto de 2018 e junho de 2020.

Registra-se que o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia, através da Plataforma Brasil, na data 14/07/2020, CAAE 31918920.7.0000.8467.

#### **4 DISCURSOS E VOZES SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO FÓRUM DA REDE CEGONHA**

Através da análise das atas e dos documentos apresentados nos Fóruns, emergem questões que apontam a presença violências obstétricas na região e os entraves da Rede de cuidado.

##### **4.1 O que nos contam os documentos**

Dentro de um estudo de caso qualitativo, visando compreender de forma mais detalhada a realidade interna do Fórum (os perfis dos participantes, os temas que permeiam os encontros, a referência ao tema e a frequência das discussões sobre violência obstétrica), foram analisadas as atas das quinze reuniões realizadas em seu âmbito.

Além das atas, foram integrados à análise uma carta aberta e um ofício apresentados no Fórum. A carta do coletivo de mulheres Parto Seguro, apresentada em redes sociais e no XIV Fórum, configura-se como uma reivindicação para a construção de uma casa de parto em Porto Seguro. O ofício, elaborado pela equipe médica de um hospital da região, denuncia as condições de trabalho frente à sobrecarga ocasionada pelo elevado número de pacientes. Foi utilizado, ainda, um vídeo produzido pelo Coletivo Parto Seguro em 2017, com vozes das mulheres que sofreram violência obstétrica durante o parto no hospital estadual da região.

Todos os documentos foram registrados ou apresentados no Fórum no período entre os meses de agosto de 2018 e junho de 2020, totalizando, para análise, quinze encontros. Para cada um deles foi elaborada uma ata, registrada por técnicos da Base Regional de Saúde e aprovada pelos participantes.

A primeira constatação feita como observadora participante é a de que as atas nem sempre conseguem captar e/ou registrar o calor e as emoções que se manifestam no Fórum. Talvez por ser um registro formal, realizado pela gestão regional, o foco da redação das atas tenha se concentrado nos problemas, nas possibilidades de encaminhamentos e nas soluções apresentadas com relação à rede materno-infantil. Mas, em contrapartida, elas revelam os pontos de atenção (básica, regulação, transporte,

assistência especializada e hospitalar) da rede materno-infantil, seus nós e seu esforço de tessitura, permitindo avaliar os fatores associados à violência obstétrica a partir do olhar dos participantes. Já o vídeo transcrito, denuncia os tipos de violência obstétrica sofridos por essas mulheres.

## **4.2 Fatores associados à violência obstétrica**

Durante a análise das atas, emergiu uma nova categoria, para além dos tipos de violência obstétrica que atravessam as discussões no Fórum. Gestores, trabalhadores e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) indicaram alguns fatores associados à ocorrência da violência obstétrica. Estes fatores foram agrupados em 3 subcategorias: questões estruturais, organizacionais e culturais.

### **4.2.1 Fatores estruturais**

Como questões estruturais, apareceram nas atas a ambiência hospitalar precária, a ausência de casa de parto e maternidade na região, a alta rotatividade de profissionais e as dificuldades de transporte.

A ambiência precária é uma realidade de todos os hospitais da região, já que as suas construções são anteriores à RDC nº 36/2008, que prioriza os quartos individualizados, onde a gestante possa realizar o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto no mesmo ambiente (quarto PPP), reduzindo o risco de contaminação e de exposição a doenças. A realidade estrutural dos hospitais de enfermarias com vários leitos reduz ou anula o direito à privacidade, bem como dificulta a presença do acompanhante e o uso de métodos não convencionais para o alívio da dor (deambulação e uso da bola Bobath<sup>1</sup>, por exemplo). O efeito protetor da presença do acompanhante pode inibir excessos e abusos, além de estimular uma relação mais cordial por parte da equipe. Essa prática pode ser especialmente importante para mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica (DINIZ et al., 2014, p. 150).

A ausência da casa de parto na região também contribui para a ocorrência de violência obstétrica. Embora estejam previstas duas casas de parto no plano de ação da Rede Cegonha regional, as duas propostas de construção ainda não se efetivaram.

---

<sup>1</sup> Bola de Bobath permite a diminuição da sensação dolorosa da contração uterina, estimulando movimentos espontâneos e não habituais, proporcionando a rotação e descida fetal.

Recentemente, após árdua luta do controle social Parto Seguro, iniciou-se a construção da Casa de Parto de Eunápolis.

Atualmente, as mulheres não têm outra opção a não ser parir no hospital geral de seus municípios ou ir para o hospital estadual em Porto Seguro. No período da pandemia do Covid-19, essa situação ampliou o desconforto e o risco de contaminação das gestantes, já que o hospital estadual é a única instituição pública de referência para parto, e também para tratamento dos casos do novo coronavírus. Devido ao risco de contaminação no ambiente hospitalar, as visitas e a presença dos acompanhantes foram suspensas, deixando a mulher mais receosa e vulnerável a sofrer violência obstétrica.

A ausência de maternidade em Porto Seguro, município com média de três mil partos anuais, provoca a ocupação dos leitos destinados aos partos de alto risco da região de saúde no hospital regional (HRDLEM), gerando a sua superlotação e a ocupação indevida de leitos de alto risco por gestantes de risco habitual, com consequente desassistência regional nesse quesito.

Finalmente, são relatadas situações que afetam a gestante e puérpera com relação ao transporte. A primeira é a transferência via SAMU entre os hospitais. Gestores apontam que a demora no envio da ambulância para o hospital com porte adequado ao risco clínico coloca a gestante e o bebê em risco de vida. Essa problemática fere o componente IV da Portaria de Consolidação nº 3/2017, anexo II, qual seja, Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação, referente à “promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha” (BRASIL, 2017a). A segunda, é o transporte indevido em ambulância básica, sem a presença do médico ou outro profissional de saúde, colocando a mulher em risco durante o transporte e sem comunicação prévia com o hospital de destino, como relatado na ata do IV Fórum: “casos graves recentes chegados no HDLEM como ambulância com gestante de risco, sem nenhum agente de saúde acompanhando; [...] feto morto em saco junto à gestante”. Esses casos contradizem a Resolução CFM nº 1.672/2003 (CFM, 2003), que normatiza o transporte inter-hospitalar de pacientes.

A pouca quantidade de transporte SAMU avançado para atender toda a região, tendo que abarcar as emergências em vias públicas, em domicílio e as transferências inter-hospitalares, contribui para a mencionada demora, assim como informações insuficientes prestadas pelo médico local ao médico regulador, segundo relato do coordenador da SAMU no VI Fórum da RC. Além disso, a pouca quantidade de membros nas equipes em



hospitais de pequeno porte dificulta a presença do profissional dentro da ambulância, conforme o preconizado.

#### 4.2.2 Fatores organizacionais

Muitas são as questões organizacionais que se associam à violência obstétrica, desde a organização da rede materno-infantil da região até as questões de gestão interna no hospital. A seguir serão listadas as principais.

A superlotação no hospital estadual, além de diretamente ligada à ausência de maternidade no município de Porto Seguro, relaciona-se a pelo excesso de casos leves para consulta obstétrica no hospital, que deveriam ser referenciados à Atenção Básica. Outro fato apontado na IV ata é o horário reduzido de funcionamento da Atenção Básica no município de Porto Seguro, que somente funciona das 8h às 14h, levando as gestantes a buscarem o hospital de referência regional por qualquer tipo de intercorrência no período da tarde.

Os médicos do HDLEM escreveram uma carta aberta ao hospital, apresentada no Fórum, colocando o quanto a superlotação acarreta a sobrecarga de trabalho e dificulta o cuidado devido à gestante durante o trabalho de parto. Os profissionais denunciaram a

[...] exponencial demanda de consultas não urgentes no nosso pronto socorro obstétrico, correspondendo a mais de 80% de todos os atendimentos realizado. Essa situação é inadequada e gravíssima, pois toma tempo do obstetra e das enfermeiras plantonistas, que se veem impelidos a interromper a assistência às pacientes de alto risco e em trabalho de parto, para atender pacientes não urgentes. (Ofício 556.2010/AJUR/IGH)

Outro aspecto destacado é a descontinuidade na assistência e a comunicação falha. A falta de comunicação e de continuidade entre as instancias de atenção à saúde dentro do próprio município e entre o município e a referência hospitalar regional leva a gestante a peregrinação e a desassistência. A assistência na atenção básica é interrompida em muitos municípios no final do ano, que chegam a ficar até três meses com os atendimentos suspensos, interferindo no pré-natal das gestantes e, conseqüentemente, no parto.

A demora no resultado dos exames é outra questão relatada pelos médicos e que interfere no pré-natal, provocando um encaminhamento da gestante para o hospital, já que a segurança na avaliação clínica fica reduzida. Na ata da IX reunião do Fórum, constou que um médico da atenção básica do município de Guaratinga expôs: “muitos dos encaminhamentos realizados para hospital decorrem da dificuldade de acesso a

exames e laboratório enfrentados por usuários e profissionais, que reduz a segurança assistencial”, afirmando, ainda, que “o acolhimento e a atenção humanizada é essencial no atendimento aos usuários, principalmente aqueles com baixa escolaridade, como é a realidade da população que assiste”.

A ausência de organização, prevista na Rede Cegonha, da rede materno-infantil com plano de parto, vinculação da gestante e ausência de classificação de risco, dificulta o cuidado humanizado, reduz o protagonismo da mulher no parto, favorece a peregrinação no momento do parto e obsta o cuidado obstétrico no momento oportuno.

A escassez de recursos é uma expressão muito frequente nas atas, palavra geralmente usada como empecilho de mudança, como apontou o secretário de saúde do município de Santa Cruz Cabralia, no V Fórum RC: “a dificuldade é de contratação de médicos obstetras e médicos clínicos na região”. Diante dessa realidade, os gestores dos hospitais se veem impossibilitados de demitir, por exemplo, um médico que tenha uma conduta não condizente com o cuidado humanizado preconizado pelos protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde.

Também há escassez de pessoal de enfermagem qualificado na rede de assistência local. Segundo Amaral et al. (2019), a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento contribui para a sua humanização, em conformidade com as diretrizes da Rede Cegonha, reduzindo o número de cesárias e intervenções desnecessárias. A falta de enfermeiras obstétricas nos hospitais de pequeno porte pode ser considerada um impasse para a realização neles de partos de risco habitual, tendendo ao encaminhamento desses casos para o hospital de médio porte.

Outro fator organizacional associado à violência obstétrica é a não adesão às boas práticas de parto e nascimento. Não faltam atualmente informações, protocolos e diretrizes que definam práticas baseadas em evidências científicas que protegem a mulher de intervenções desnecessárias sobre seu corpo e favorecem um parto seguro e humanizado (BRASIL, 2017b; OMS, 1996). Porém, algumas instituições não se dispõem em implantar as normativas, cedendo à resistência de alguns médicos e enfermeiros que persistem em práticas clínicas baseadas em hábitos profissionais não referendados cientificamente.

Diniz (2010) define que a assistência materna baseada na evidência científica se alicerça no uso das melhores pesquisas sobre a segurança e a efetividade de exames, procedimentos, tratamentos e outras intervenções, para ajudar a tomada de decisões na

assistência à maternidade. Essas evidências mostraram que o parto normal não necessita das várias intervenções que se tornaram rotina nos partos hospitalares.

A luta pela humanização do parto que visa resgatar o parto normal e o protagonismo da mulher durante o enfrentamento da estrutura de poder estabelecida nos hospitais, teve que usar da mesma linguagem e racionalidade científica para demonstrar a falta de eficácia de certos procedimentos, que além de não trazerem benefícios, provocavam danos à mulher ou ao bebê. Através das evidências científicas, a OMS e o Ministério da Saúde passaram a não recomendar procedimentos invasivos e desnecessários, fortalecendo a luta pela humanização do parto.

Segundo a OMS (1996), a organização do serviço materno-infantil que realize partos deve proporcionar uma assistência com o mínimo de intervenções, compatível com a segurança da mãe e do bebê, ou seja, deve haver uma razão válida para se intervir num processo natural.

#### 4.2.3 Fatores associados às práticas de saúde dominantes

“O parto é um ato cultural, pois reflete os valores sociais prevalentes historicamente em cada sociedade. O parto é regulado por regras sociais determinadas, como ‘processo e produto’ das relações de gênero” (GAMA et. al., 2009, p. 2481). A assistência à gestação e ao parto não é igualitária para todas as mulheres, uma vez que elas sofrem diferenças de acordo com a sua classe social, as suas características étnico-raciais, o seu nível de escolaridade, dentre outros aspectos.

A relação de superioridade do conhecimento científico consolidada durante a modernidade, levou a um descrédito de práticas tradicionais, como o parto realizado pelas parteiras e os partos domiciliares, elevando ao lugar de exclusividade e saber/poder a medicina hospitalar em relação cuidados perinatais e favorecendo, assim, a ocorrência de violência obstétrica e a exclusão de outras racionalidades distintas daquelas validadas pelos padrões científicos dominantes e de outras práticas e saberes associados ao parto e à maternidade.

Pode-se perceber as consequências desse predomínio da medicalização do parto em detrimento do saber tradicional no XII Fórum da RC, realizado dentro da aldeia Reserva da Jaqueira, localizada no município de Santa Cruz de Cabralia. Na ata do referido encontro está registrada a fala da parteira local de que a “redução do número de parteiras indígenas também é uma realidade que vem contribuindo para a redução de

partos na aldeia, assim como o medo das indígenas mais jovens de parir na aldeia”. Com a proximidade das práticas modernas que institucionalizaram o parto no hospital, as jovens indígenas são convencidas pela ideia de que parto seguro é o hospitalar, mesmo que os seus ancestrais tenham nascido em segurança e sem violência na aldeia, pelas mãos das parteiras. Nesta mesma ata encontra-se outra fala da parteira da reserva da Jaqueira:

[...] as mulheres jovens da aldeia têm medo de fazer o parto com parteiras, não entendo o porquê desse medo, visto que o parto natural é a saúde da mulher, caminhar com a mulher, banho da folha e flor do mamão macho e para agilizar o delivramento, o banho do chá de canela. A melhor posição para parto é a de cócoras e que o parto deitado não é bom, pois o bebê dorme. A parteira só assiste ao parto quando é requisitada, que não é contra o médico branco, mas que na minha opinião, a mulher indígena deve ter seus partos em casa.

Esse lugar de poder da medicina, legitimado socialmente, pode ser pensado como um dos fatores que estimula também a resistência de mudanças das práticas violentas para as práticas humanizadas, já que essas práticas deslocam o protagonismo do parto a quem lhe é de direito, a gestante. Essa resistência às mudanças básicas é apontada nas atas por diretores de hospital e outros profissionais de saúde, como se observa no trecho a seguir, extraído da ata do II Fórum RC: “Questionando-se sobre o direito do acompanhante no hospital e a compra dos separadores/divisores para a privacidade das gestantes, a diretora do Hospital Regional de Eunápolis informa que já estão tendo alguns avanços, mas que enfrentam a resistência de alguns médicos.

Alguns profissionais de saúde resistem a realizar mudanças que retirem do seu papel a posição de dominação, autoridade e poder no âmbito das práticas de saúde e, especificamente, no campo da obstetrícia.

Dessa forma, certas resistências de determinados profissionais da saúde à mudança no modo de operar a clínica obstétrica, estão relacionadas às práticas difíceis de se questionar e transformar. Para refletir sobre esse aspecto, considera-se valioso o conceito de *habitus* de Bourdieu, entendido como “um conjunto de disposições duráveis e transferíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas as necessidades objetivas das quais ele é produto (BOURDIEU, 2003, p. 73).

Segundo Setton (2002, p. 61), ele “permite pensar a mediação dos condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos [...] *habitus* é uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas”. Logo, o fazer médico é atravessado pelo *habitus* médico, não somente construído a partir da racionalidade científica, mas também pelo conjunto integrado de aprendizados da

medicina, pelas práticas de saúde dominantes e pelas disposições subjetivas a partir das quais cada sujeito interpreta, incorpora e executa tais saberes e práticas.

Setton (2002, p. 64) chama a atenção de que *habitus* “é um sistema conceptual que auxilia a apreender uma certa homogeneidade nas disposições de grupos e/ou indivíduos produtos de uma mesma trajetória social”, mas não é imutável, na medida em que “é um sistema de disposição construído continuamente” (p. 65). Logo, se fazem necessários estímulos conjunturais constantes para promover uma mudança no campo da obstetrícia.

Esses fatores organizacionais e estruturais e as resistências dos profissionais muitas vezes ocorrem simultaneamente em uma instituição, criando um cenário propício para a ocorrência e permanência de práticas violentas em seus variados tipos, podendo causar repercussões negativas para a mulher e o seu bebê. Para que haja um enfrentamento dessas práticas, se faz necessário, além de intervir sobre esses fatores, conhecer os tipos de violência obstétrica e como ela pode atingir as mulheres.

### **4.3 Tipos de violência obstétrica e formas de menosprezo**

Com base nas entrevistas com mulheres que sofreram violência obstétrica em um hospital da região e em um vídeo elaborado por integrantes do Coletivo Parto Seguro, nesta seção se descreverão os tipos de violência obstétrica relatados. Essa descrição baseia-se na classificação de tipos de violência obstétrica elaborada por Bowser e Will (2010), identificando-se como cada uma delas se constitui uma forma de menosprezo.

Existem diferentes classificações e tipos de violência obstétrica. D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) identificam quatro tipos de violência obstétrica, sendo elas: negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual. Já Bowser e Will (2010) ampliam a classificação para sete tipos e as correlacionam com direitos que são feridos nesse processo, afirmando que as categorias não são excludentes, mas geralmente se apresentam justapostas.

A violência obstétrica não é o tema principal das atas dos Fóruns da RC da região de Porto Seguro, mas foi tema de discussões em sete encontros, sendo citada em onze atas. Em sete delas, as situações foram trazidas por mulheres do coletivo Parto Seguro através de falas, vídeo e uma carta que denunciam como a violência obstétrica é presente na região e como isso afeta as mulheres que passaram por essa experiência. Como observadora participante, pude verificar que nem todas as falas concernentes ao assunto

foram registradas nas atas. As entrevistadas relataram diversos tipos de violências sofridas durante a assistência no pré-natal, parto e pós-parto, cometidas por membros da equipe de saúde destinados ao cuidado, entre eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e até mesmo o maqueiro do hospital.

Tomando como referência os tipos de violência obstétrica de Bowser e Hill (2010), foram levantadas as seguintes categorias encontradas nos documentos analisados: discriminação baseada em certos atributos; abuso verbal e cuidado indigno; abuso físico; imposição de intervenção não consentida; cuidado não privativo; abandono, negligência ou recusa de atendimento; empecilho ou restrição ao apoio, vigilância e solidariedade. Essa última categoria foi inserida devido a relevância e impacto dessa privação de direito da mulher. Apesar de estar garantida em lei a possibilidade do acompanhante, é uma prática comum impedir a sua entrada durante o trabalho de parto e o parto propriamente, aumentando a vulnerabilidade da mulher. A categoria “detenção no serviço” foi suprimida por não aparecer nos documentos analisados. Segue abaixo o quadro demonstrativo dessa correlação.

Quadro 3 - Categoria de desrespeito e abuso, direitos correspondentes, baseado em Bower e Hill (2010)

| <b>Categorias de desrespeito e Abuso</b>  | <b>Direitos correspondentes</b>  |
|---|--|
| Abuso Físico  | Direito a estar livre de danos e maus tratos   |
| Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas | Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas |
| Cuidado não confidencial ou não privativo   | Direito à confidencialidade e privacidade  |
| Cuidado indigno e abuso verbal  | Direito à dignidade e ao respeito  |
| Discriminação baseada em certos atributos   | Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção   |
| Abandono, negligência ou recusa de assistência  | Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde                            |
| Detenção nos serviços   | Direito à liberdade  |

Fonte: Bowser e Will (2010)

Nota: Elaboração própria.

Além dessa classificação, toma-se como referência para a análise das formas de violência obstétrica, a teoria do reconhecimento intersubjetivo de Axel Honneth (2003).

Entende-se, a partir do referido autor, que as experiências de violência obstétrica ferem a integridade pessoal das mulheres, afetando-as de diversas outras formas para além dos atentados contra os seus direitos.

São analisadas as distintas formas de desrespeito, dentro das esferas de reconhecimento: amor, direito ou solidariedade, relatadas nas atas e vividas por mulheres que sofreram violência obstétrica. A teoria crítico-normativa desenvolvida por Honneth permite ampliar a compreensão da relação entre as formas de violência obstétrica e os direitos vulnerados por cada uma, incluindo, em uma análise psicossocial, as consequências subjetivas e algumas das possíveis alternativas de superação das feridas provocadas pelas experiências violentas em cada dimensão.

#### 4.3.1 As esferas de reconhecimento e a violência obstétrica

A violência obstétrica se apresenta de forma complexa envolvendo práticas associadas às três dimensões que constituem os processos de reconhecimento intersubjetivo: amor, direito e solidariedade. Para favorecer a compreensão, serão apresentadas separadamente as formas de menosprezo vividas pelas entrevistadas, mas geralmente as situações de violência estão relacionadas a duas ou três esferas concomitantemente.

##### 4.3.1.1 A esfera do amor

Honneth, fundamentado em Winnicott, afirma que a construção da autoestima se dá a partir do processo de constituição subjetiva do indivíduo que se inicia na relação mãe/bebê. O autor avança no conceito de reconhecimento intersubjetivo, mostrando como o abuso físico pode influenciar essa esfera afetiva, interferindo na autoestima dos sujeitos. Nesse subitem será abordado como certas intervenções sobre o corpo da gestante podem ser interpretadas como ações com a intencionalidade de causar um dano, caracterizando-se como um tipo de violência que ocorre no âmbito obstétrico e configura uma forma de menosprezo.

Com a institucionalização do parto no ambiente hospitalar, a equipe de saúde passou a se apropriar do saber sobre o corpo da mulher. Esse saber é revestido do poder que investe os profissionais de saúde. Nessa relação, a mulher ocupa uma posição de

vulnerabilidade, estando à mercê deste saber/poder, favorecendo uma série de abusos, inclusive físicos, e intervenções não consentidas.

A assistência obstétrica hospitalar foi se constituindo com base na experiência clínica e com os “avanços” das tecnologias, como anestésicos, hormônios e técnicas cirúrgicas. Essas tecnologias favoreceram o trabalho de partos que evoluem com complicações e reduzem a mortalidade materna e infantil, mas também facilitaram o trabalho da equipe de saúde, reduzindo o tempo de espera. Com isso, algumas dessas técnicas passaram a ser utilizadas sem que o quadro de saúde da gestante o justificasse. Como descreve o manual Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:

Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. (BRASIL, 2017b, p. 4)

Visando protocolar quais técnicas e tecnologias de fato beneficiam a mulher e o bebê e em quais situações devem ser utilizadas, embasada na medicina baseada em evidências mundiais, foi construído pela OMS (1996) uma classificação de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. Apoiado nesta classificação, o Ministério da Saúde publicou o manual Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017a).

Nesses documentos constam as práticas que devem ser adotadas e as práticas prejudiciais e ineficazes que causam desconforto físico ou possível dano ao bebê e que devem ser evitadas, como o uso rotineiro de enema (introdução de líquido para lavagem intestinal), de tricotomia (raspagem dos pelos), infusão intravenosa (infusão intravenosa de líquido através de agulha) e a manobra de Kristeller, além práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de assistência, correção da dinâmica com utilização de ocitocina e o uso liberal e rotineiro de episiotomia. Apesar de não serem recomendadas em todos os casos, muitas dessas práticas foram observadas como rotineiras pelas entrevistadas ou vividas por elas, sendo também relatadas pelas puérperas no vídeo analisado.

O toque vaginal excessivo, realizado por mais de um profissional de saúde, sem consentimento ou informado previamente à mulher foi relatado por algumas entrevistadas



e também está presente no depoimento de uma puérpera da região, no vídeo analisado, como demonstram as falas transcritas a seguir: “[...] aí toda hora elas vêm e faz um toque, faz um toque, toda hora um toque. Cada toque doía na alma” (Puérpera 1) e “Continuei no desespero, todo dia me levavam, me traziam, faziam toque, toque, toque, até hoje quando falam em toque fico toda arrepiada” (Gandu).

Os relatos acima demonstram como o procedimento pode se tornar uma recordação negativa vinculada ao parto. O toque ginecológico é um procedimento clínico, mas quando realizado de modo repetitivo e desnecessário, se torna violento e invasivo. Quando a participante do vídeo utiliza a expressão “doía na alma”, pode se compreender que essa dor ultrapassa a percepção de um cuidado necessário, sendo o ato significado como uma conduta realizada com a intenção de causar dano, que não atinge só o corpo, mas penetra no mais íntimo do ser.

Outro procedimento sobre o corpo da gestante que não está embasado em nenhuma evidência científica que aponte alguma contribuição para o feto ou para a mãe, mas que segundo Leal et al. (2014) continua a ser realizado em 1/3 das mulheres, é a manobra de Kristeller (pressão no fundo do saco uterino no momento expulsivo). Além da falta de benefício comprovada, existem lesões maternas (dor abdominal persistente após o parto; escoriações abdominais; fratura de costela; lesões perineais; ruptura de baço, de fígado e útero) e neonatais que podem ser provocadas pela realização da manobra, que muitas vezes não é registrada nos prontuários (FIOCRUZ, 2018).

No entanto, a partir de falas presentes no vídeo analisado e nas entrevistas, fica claro que procedimentos como a manobra de Kristeller continuam a ser comuns na região, configurando-se um abuso físico, deixando uma marca no corpo da mulher e, para além deste, o silenciamento de sua voz, que ameaça a sua integridade física e pessoal, na medida em que fere o seu direito de estar livre de maus tratos e de ter suas escolhas respeitadas. Nesse sentido, a fala a seguir: “quando o bebê saiu eu chorava de dor, estava toda roxa, em nenhum momento eles quiseram me ouvir, foi um fato que marcou muito minha vida” (Puérpera 2). E também:

[...] lá piorou minha situação porque eu colocava força e a bebê não saía, não saía, então, começou a Kristeller. A enfermeira subiu em cima de mim, começou a empurrar, empurrar e dizia: “Você tem que parir, você é negra e tá com frescura. Eu dizia: “não tô com frescura”. A Dr.<sup>a</sup> SI falou: “você vai matar sua filha”. A moça em cima de mim e eu travei, claro. Uma em cima de mim, outra dizendo que tinha que parir, eu fiquei desesperada. O medo acabou com meu trabalho de parto, o pensamento “vou matar minha filha” me deixou em

estado de choque, de pânico. Foi uma situação que não dá para descrever.  
(Gandu)

Esse exemplo de realização da manobra de Kristeller ocorreu juntamente com julgamentos e ofensas verbais pela médica, como mostra a fala de Gandu “tá com frescura... você quer matar sua filha”, em que se denota a culpabilização e ameaça à mulher durante o trabalho de parto, gerando ansiedade e medo. Nesse caso, as ações e as falas das enfermeiras não encorajam, mas afetam a autoestima da mulher, de modo que a própria gestante reconhece que “travou”, sentindo-se incapaz de dar à luz e temendo pela vida da sua filha. Dessa experiência, restou uma marca emocional que ainda provoca sofrimento.

Adicionalmente, o julgamento ainda é reforçado pela referência racial: a médica declara que ela não tem o direito de não aguentar a dor por ser negra, evidenciando o preconceito de que a mulher negra deve suportar o sofrimento e, ao mesmo tempo, indicando um lugar de inferioridade para essa mulher, que de acordo com a médica, não possui a coragem e a força necessárias para parir.

A episiotomia é um corte realizado no períneo visando reduzir um dano possível causado pela laceração natural na passagem do bebê, porém “estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal” (LEAL et al., 2014, p. 22). Mesmo com orientação de redução da episiotomia, o procedimento ainda é frequente no hospital da região, como podemos constatar na fala de uma enfermeira entrevistada:

No meu primeiro plantão fiquei com olhos arregalados, uma índia parindo e fizeram episiotomia e manobra de Kristeller. Subiram na barriga dela. Lembro que naquele dia botei no Facebook que tinha a ideia que a índia nasce de cócoras, na aldeia, no parto fisiológico maravilhoso, aquela cena me assustou tanto, que coloquei: “cheguei na terra mãe achando que tinha uma assistência obstétrica adequada e vi um parto horrível”. (Rio de Janeiro 2)

Sequelas da episiotomia por vezes são identificadas nas consultas de puerpério, como relata Gandu sobre a fala da médica do posto: “[...]ela disse: nossa, a doutora te confundiu com uma galinha. Eu falei ‘como assim?’. ‘Ela te abriu em bandas com a

epsio”’. O procedimento também pode interferir na retomada da atividade sexual da mulher, já que é comum a prática do “ponto do marido<sup>2</sup>”.

A proibição de fazer a ingestão de comida e bebida também é uma orientação assimilada como rotineira nos hospitais, mesmo que a diretriz de atenção ao parto e nascimento oriente que:

Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve. (BRASIL, 2017b, p. 16).

Trabalhos de parto podem ser muito demorados, principalmente no primeiro parto, levando à exaustão que se agrava pela ausência de líquido e alimento, como relata a entrevistada:

E lá eu sofri muito, foi um pesadelo. Entrei e fiquei dois dias, minha família não tinha notícias de mim, a enfermeira disse “você não pode gritar, não pode beber água, não pode comer”. Eu podia nada, ficava em cima do leito, me virando de um lado para outro, perguntei se podia andar, “não pode, tem que ficar na cama”. Fiquei sentindo muita dor. (Gandu)

A fala acima indica como o corpo dessa gestante é intensamente submetido ao controle durante o parto. Neste caso, qualquer ação ou comportamento é restringido pela equipe médica, sem uma explicação que esclareça os motivos de tais restrições.

O medo da dor do parto foi difundido e ampliado socialmente, levando muitas mulheres a optar pelo parto cesáreo. O avanço das medicações promoveu a analgesia da dor com menos danos a mulher e ao bebê, porém, como toda medicação, pode acarretar efeitos colaterais, a depender de uma série de fatores. É importante salientar que a dor é uma sensação individual, de modo que cada mulher deve definir o seu limite e optar ou não pela analgesia. Nesse sentido, “Os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher” (BRASIL, 2017b, p. 17).

Os métodos de alívio farmacológicos da dor devem ser oferecidos à gestante visando um parto o mais natural possível. O ato de medicar pode se transformar numa violência quando feito contra o desejo da mulher ou sem o seu consentimento, assim como

---

<sup>2</sup> Ponto do marido é popularmente conhecido como um ponto de sutura a mais no períneo, para aumentar o prazer sexual do parceiro, porém causa dor e dificuldade em retomar o ato sexual para a mulher.

o não fornecimento da analgesia quando esta é solicitada. O uso da ocitocina e o misoprostol, que são medicamentos que tem seus benefícios comprovados quando utilizados no momento adequado, pode se tornar um disparador de intervenções desnecessárias quando utilizados como rotina para reduzir o tempo do pré-parto, como revela a entrevistada: “[...] eu tive um processo às 3 da manhã chamado taquissistolia fetal porque usou uma dose exacerbada de misoprostol, dois comprimidos ao invés de 1. Taquissistolia são contrações interrompidas, invés de 2 a 3 contrações entre 10 minutos, eu tinha 5 a 6 e eu percebia”. (Rio de Janeiro 2). Ela prossegue:

[...] um processo que começa com uma intervenção chamando a outra. Fiz o mizio, rompeu a bolsa, ocitocina, analgesia. Sabia que ia ser um parto traumático, rápido, para o bebê não entrar em sofrimento, o batimento foi desacelerando, desacelerando e eu fui para cesariana. (Rio de Janeiro 2)

A posição litotômica é a posição em que a mulher fica na maca tradicionalmente no hospital no momento do parto (deitada de barriga para cima, com as pernas flexionadas e levantadas). Essa posição facilita o trabalho da equipe, mas em nada ajuda a mulher que está no trabalho de parto. Além da posição inadequada, algumas são amarradas ao leito, dificultando ainda mais o protagonismo da mulher no ato de parir. A OMS (1996), nas recomendações das boas práticas do parto e nascimento, estimula a liberdade de posição e a movimentação durante o trabalho de parto, bem como o estímulo às posições verticalizadas. As entrevistadas Rio de Janeiro 1 e Gandu não tiveram opção de escolha sobre a posição de parir, o que interferiu na condução de seus partos, como se observa nas falas destacadas a seguir: “[...]doutora S falou que eu não tinha morrido, mandou eu acenar, mas eu estava amarrada, como ia acenar? Minha mãe falou ‘porque vocês amarraram ela? Minha filha não é bicho!’”. (Gandu); e “[...] pelo fato de eu estar deitada também naquela posição, com a perna pra cima e tal, estava amarrada, então não tinha como eu ajudar, e como ela estava presa e era grande, ficou uma situação também bem desafiadora.” (Rio de Janeiro 2).

A grande maioria dos abusos físicos se caracterizam também como intervenções não consentidas. A mulher é submetida às intervenções que a equipe julga necessárias, muitas vezes sem ao menos ser informada diretamente. A posição de submissão é sentida como a única possível diante da vulnerabilidade da sua saúde e do bebê. Como relatam as entrevistadas: “[...] eu já entrei e já fizeram a anestesia também e, assim, ninguém

chegou e falou vai ser cesárea. Eu já sabia que ia ser, mas eu queria que alguém me falasse, né”. (Rio de Janeiro 1). E também:

[...] não tinha como sair da maca e dizer ‘não, não quero dessa forma’. Naquele momento a gente é dependente do profissional de saúde, a gente se coloca numa posição de fragilidade porque é a ordem dele e você fica à mercê do profissional quando ele não tem esse diálogo. (Ipiaú)

A experiência de Ipiaú indica um sentimento de submissão completa à vontade e tratos do profissional de saúde. Os relatos de várias das participantes revelam como o tratamento a que são submetidas durante o parto é interpretado como uma perda da autonomia pessoal quase que total, ficando “à mercê do profissional”, como dito.

#### 4.3.1.2 A esfera do direito

A forma de relação positiva correspondente à esfera do direito é o reconhecimento do status jurídico de igualdade diante da lei a todos os membros de uma sociedade (HONNETH, 2003, p. 179). Essa esfera está condicionada histórica e contextualmente.

No Brasil, os direitos dos indivíduos e grupos foram se ampliando historicamente, até chegar aos dias atuais, onde formalmente, embora não na prática, existe igualdade de direitos para todos, independentemente de raça, gênero, idade, classe social, nacionalidade ou sexo. Mesmo que haja uma discrepância entre a teoria e a prática, essa formalização acaba por constituir a ideia de pertencimento social e de uma identidade cidadã que fortalecem o autorrespeito quando o sujeito se reconhece como igual aos outros membros da coletividade, do ponto de vista jurídico.

As formas de desrespeito que correspondem a esta dimensão são a privação de direitos e a exclusão. Trazendo a discussão para o tema materno-infantil, cuja Portaria Normativa visa “[...] assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério” (BRASIL, 2017a), tem-se que quando a mulher sofre violência obstétrica, ela é privada do direito à atenção humanizada.

A proibição do acompanhante é um dos maiores exemplos de como um direito, embora assegurado por lei, pode ser negligenciado. A lei do acompanhante foi sancionada em 2005, todavia as falas transcritas dos vídeos e insertas nas atas dos Fóruns revelam que as mulheres não têm esse direito garantido e/ou respeitados plenamente.

“Minha bolsa estourou e quem me ajudou foi a acompanhante de uma grávida. Sem minha mãe, sem ninguém, literalmente sozinha, com 17 anos, sem saber o que fazer

com as pessoas me botando medo.” (Puérpera 4). Nessa fala, percebem-se várias formas de violência, sobretudo a partir das expressões “sem ninguém”, que sinaliza a ausência do acompanhamento de um profissional de saúde, o que se caracteriza como negligência; e “literalmente sozinha”, que passa a sensação de abandono, sendo a mulher desrespeitada e privada do direito ao cuidado e à saúde em tempo oportuno. Pode se dizer também que, nesse caso, a esfera da solidariedade foi atingida, já que a percepção de que as pessoas estavam lhe amedrontando em um momento de fragilização, constitui uma forma de degradação.

A ausência de divulgação da lei do direito ao acompanhante por parte do hospital e da Atenção Básica durante o pré-natal favorece para que esse direito continue sendo negado. Na região de saúde de Porto Seguro, que não possui maternidade fora do hospital, as estruturas das maternidades intra-hospitalares são antigas, anteriores a Resolução RDC nº 36, que regulamenta a estrutura física e estabelece a obrigatoriedade de quartos individualizados, que garantam a privacidade da mãe e do bebê. No entanto, mesmo quando a instituição tenta organizar o espaço físico com separadores entre os leitos e cadeiras para os acompanhantes, depara-se com um obstáculo ainda maior, a resistência da equipe.

Das cinco entrevistadas, quatro tiveram o direito ao acompanhante negado, sendo este um companheiro ou alguém de livre escolha. Em nenhum dos casos foi justificado no momento da negativa o motivo de não poder acompanhar o parto. Por elas, foi relatado: “[...] fora que meu esposo tentou entrar, mas eles não deixaram” (Gandu). De modo semelhante:

Já estava acordado com a médica no primeiro parto que meu marido ia me acompanhar no parto, ele já estava paramentado, quando foi informado de forma grosseira que ele não iria entrar na sala de parto e ele ficou sem entender, porque já tinha sido conversado, autorizado e na hora foi um não pelo não, sem explicar nada e eu estava já na maca. (Ipiaú)

Negligência, abandono e recusa de assistência são privações de direitos que podem levar a complicações no parto, causando danos para mãe e o bebê, podendo até levar ao óbito materno e fetal. O art. 196 da Constituição Federal define: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Apesar dos avanços do SUS e de suas políticas públicas, as mulheres se deparam com a falta de

assistência e a negligência dentro das próprias instituições da rede de cuidado, como unidade básica de saúde, SAMU e hospital.

A palavra negligência significa, segundo o dicionário Aurélio (2010), “falta de vigilância; descuido, desleixo. Sentimento de que alguém ou alguma coisa não merece sua atenção ou respeito; desatenção, desinteresse, menosprezo. Falta de iniciativa; indolência, inércia, preguiça.”. A sensação de abandono é citada pelas entrevistadas que relatam horas sem a presença de um profissional de saúde, isto é, falta de vigilância, para avaliar a evolução do parto e o seu estado clínico e emocional.

Essa demora da assistência é justificada pelas entrevistadas pela lotação do hospital: “Eu lembro que das 10 da noite às 6 da manhã, fiquei totalmente desassistida, ninguém ia lá, nem médico, nem enfermeiro...” (Rio de Janeiro 2).

A negligência aparece também na forma de recusa de assistência (desatenção, desinteresse) por um determinado profissional ou pelas instituições, como os hospitais municipais que preferem encaminhar os partos para o hospital regional, bem como a partir da desconsideração da condição clínica e emocional da mulher que se encontra num momento fragilizado, num trabalho de parto, numa situação de abortamento ou no pós-parto com o feto morto, como relata a diretora do HDLEM no IV Fórum Regional RC: “[...] casos graves recentes chegados no HDLEM como ambulância com gestante de risco, sem nenhum agente de saúde acompanhando; feto morto em saco junto à gestante. (Ata, IV Fórum da RC, 2018)

Essas formas de desrespeito negam não somente direitos legais instituídos, mas também o reconhecimento da mulher enquanto cidadã digna de um tratamento humanizado. As questões de ordem prática e/ou organizacional se sobrepõem ao cuidado integral com a usuária, podendo colocar em risco a sua saúde biológica e psíquica, afetando a relação de autorrespeito. Colocar um feto junto à mulher e encaminhar na ambulância como um objeto é negar toda a subjetividade e todas as emoções envolvidas na perda de um filho.

#### 4.3.1.3 A esfera da solidariedade

Finalmente, na esfera da solidariedade, a forma de interação positiva que garante o reconhecimento intersubjetivo é a estima social a partir da qual os modos de autorrealização dos indivíduos e grupos sociais são incluídos dentro de um universo

positivo de valores (HONNETH, 2003). A degradação e a ofensa são as formas de desrespeito que correspondem a esta dimensão do reconhecimento intersubjetivo.

A ofensa através do abuso verbal é uma prática comum, relatada por todas as entrevistadas. Falas carregadas de preconceitos negativos e desrespeito são proferidas pelos profissionais de saúde, reproduzindo a cultura androcêntrica e patriarcal, em que a mulher é submetida em uma relação de poder desigual. Entre os abusos verbais relatados pelas entrevistadas, percebe-se a desqualificação, a ameaça, a discriminação e a falta de empatia. A entrevistada Rio de Janeiro recorda um diálogo que teve com uma colega que ilustra de que modo certas práticas são desvalorizadas, culpabilizando a mulher que tenta realizar um parto fora do hospital:

Uma técnica de enfermagem que trabalha comigo, que contou que teve um parto a jato<sup>3</sup>, falou: ‘lembro que a primeira coisa que me disseram foi assim: você queria parir em casa? Depois falaram: esperar o quê? Esperar a criança morrer em casa pra vir?’. E a terceira coisa foi quando ela perguntou se no soro tinha alguma coisa, e responderam: ‘tem pimenta, porque?’ (Rio de Janeiro 2)

Diversas experiências relatadas mostram o desrespeito associado a essa esfera, como evidencia a fala de uma mulher indígena: “tem médico que olha pra gente, mas tem uns que a gente é invisível [...]a moça do hospital disse que índio tem que ter filho na aldeia ou não é índio”. Esse é um exemplo de como ocorre a discriminação de uma gestante por sua etnia ou costumes, com base em uma representação essencializada do que deve ser ou não o outro. Este tipo de ofensa retrata a tentativa de degradação de certas formas de vida, práticas sociais e indivíduos por suas tradições, pertencimentos identitários, características físicas, etc.

Os atributos corporais e etários também podem ser valorados de forma negativa pela equipe, como se observa no discurso da enfermeira, segundo a puérpera 5: “essa aí não vai aguentar o parto, olha o tamanho dela, olha a idade dela. Corre perigo as duas, a filha e a mãe, de morrer na hora do parto”. O direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção deveria alcançar a todos, mas a realidade no cotidiano das parturientes ainda é marcada pela discriminação.

Apesar da gravidez e do parto serem estritamente femininos e da penetração das mulheres no campo da obstetrícia, com a presença de médicas, enfermeiras e auxiliares, percebe-se a reprodução da discriminação de gênero, atribuindo-se ou dirigindo-se a

---

<sup>3</sup> Parto a jato se refere popularmente a um parto rápido.



figura masculina para a tomada de decisões que incidem sobre o corpo da mulher. O fato do profissional não se dirigir à mulher aponta não somente para a ausência de compreensão do seu lugar de protagonismo no processo de gestar e parir, mas revela também um entendimento da superioridade masculina sobre o corpo e a vida da mulher.

A discriminação racial aparece no trabalho através da única entrevistada negra. Quando perguntada qual a violência que mais lhe marcou dentre todas aquelas sofridas, ela apontou a discriminação racial como a experiência mais marcante e dolorosa:

Eu sinto por eu ser negra e ser pobre que eu não tenho o direito de ser gente. Assim que eles colocam: “você é negra”. Mas eu sinto dor igual a branca, meu coração bate igual. Tudo bem que talvez eu tenha uma genética mais forte, mas sou gente como todo mundo é, então acho um absurdo hoje o que vive o Brasil. O racismo é uma coisa que me incomoda muito, não só porque sou negra, acho um absurdo entrar numa instituição e ouvir “ah, que bom, você é negra, você aguenta”, isso é uma das coisas que mais marca a vida de uma pessoa, muito triste e até hoje a gente escuta. (Gandu)

Nesse testemunho, Gandu mostra de que modo o trato degradante que recebe por ser negra é interpretado como uma tentativa de inferiorização e degradação. Os estereótipos sobre a mulher negra atribuem a ela um limite superior de suportar a dor, talvez a partir da interpretação acerca de sua ancestralidade que fora escravizada e sofria todo tipo de abuso, devendo a eles resistir, sendo tratada como objeto. A partir dessa compreensão racista, alguns profissionais de saúde entendem que as mulheres negras podem ser privadas de medicações que aliviam a dor ou serem submetidas a procedimentos mais invasivos. Tal representação da mulher negra a desumaniza, ao retirar dela a sua condição de fragilidade e vulnerabilidade, em relação as outras mulheres.

Também aparece a ideia de que pessoas pobres e negras não devem ter filhos, pois não teriam condições materiais para criá-los. São, dessa forma, representadas como irresponsáveis e promíscuas. Essas práticas ainda permanecem, revelando os preconceitos raciais e de classe social que se expressam na cotidianidade do ambiente de trabalho, provocando uma ferida na integridade e dignidade pessoal das mulheres.

Collins (2019, p. 5) afirma que “além da objetificação endossada por instituições sociais, as imagens de controle refletem a percepção da sociedade branca sobre os corpos das mulheres negras, com efeito, arregimenta estereótipos, símbolos e signos depreciativos e desumanizadores”.

As experiências de acompanhamento da gestação e do parto da entrevistada Gandu, citadas a seguir, exemplificam como o racismo ainda é presente nas instituições

de saúde. “[...] ele me atendeu, nem me examinou e disse: ‘detesto negro’. Ele não escondeu que tem fobia a negro e ele disse que não ia me atender, mandou me dar voltaren no braço, fiquei mal, chorei muito.” (Gandu); “[...] fiquei com muito medo porque Dr.<sup>a</sup> S me recebeu com muita braveza, ela disse ‘você vai morrer, não sei porque vocês querem engravidar, não tem dinheiro nem para comer’.” (Gandu); “[...] a enfermeira começou a brigar com a doutora dizendo que precisava me anestesiá-la, ela dizia que não, que eu aguentava e ela disse: ‘graças a Deus você é negra e aguenta dor’.” (Gandu).

Essas vivências de discriminação e degradação marcam a mulher podendo afetar a sua autoestima, uma vez que o sujeito submetido a esses tipos de práticas pode passar a se perceber como inferiorizado em relação a suas alteridades. Tais afirmações, caracterizadas pela crueldade, feitas pelos profissionais de saúde, evidenciaram uma tentativa de causar dano e produziram um efeito emocional intenso imediato.

O medo intenso nessas situações foi uma das emoções mais comumente relatadas. Esse estado emocional interfere no processo de parto e marca negativamente essa experiência com possíveis consequências traumáticas. Como afirma Akotirene (2019, p. 27), as experiências opressoras são modeladoras e marcam as identidades dos sujeitos, [...] “as posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladoras por e durante a interação das estruturas repetida vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob forma de identidade”.

As formas de opressão no período da gestação, parto e pós-parto se caracterizam por violência obstétrica, que podem ser de diferentes tipos e infringidos pela equipe de saúde. Abaixo, segue uma tabela que correlaciona os tipos de violência apresentadas por Browser e Hill (2010), complementada com as esferas de reconhecimento e formas de desrespeito de Honneth (2003). Esta análise é o ponto de partida para identificar a extensão possível de danos que a violência obstétrica pode causar em uma mulher. Os exemplos foram coletados das transcrições dos relatos das mulheres que sofreram violência obstétrica na Região de Porto Seguro, contidas no vídeo apresentado no II Fórum da RC, produzido localmente com as mulheres que sofreram violência obstétrica, pelo coletivo de mulheres Parto Seguro.

Quadro 4 - Tipos de violência obstétrica e esferas de reconhecimento feridas

| <b>Tipos de violência obstétrica</b>                        | <b>Esferas de reconhecimento feridas</b> | <b>Formas de desrespeito</b>   | <b>Autorrelação Afetada</b>                  | <b>Exemplo</b>   |
|---|--|--|--|--|
| Abuso Físico  | Amor<br>Direito                          | Maus tratos físicos e violação<br>Privação de direitos e exclusão                        | Autoconfiança<br>Autorrespeito               | “Aí toda hora elas vêm e faz um toque, faz um toque, toda hora um toque. Cada toque doía na alma”.   |
| Imposição de intervenções não consentidas.                  | Amor<br>Direito                          | Maus tratos físicos e violação<br>Privação de direitos e exclusão                        | Autoconfiança<br>Autorrespeito               | “Hoje a gestante não tem espaço para opinar ou fazer perguntas dos procedimentos que serão realizados e das coisas as quais serão submetidas”. |
| Cuidado não confidencial ou privativo.                      | Amor<br>Direito<br>Solidariedade         | Maus tratos físicos e violação<br>Privação de direitos e exclusão<br>Degradação e ofensa | Autoconfiança<br>Autorrespeito<br>Autoestima | “Não vi só o parto dela, vi o de várias mulheres que é uma coisa absurda. Estava agoniada para sair de lá, não aguentava mais ver sofrimento”. |
| Empecilho ou restrição ao apoio, vigilância e solidariedade | Direito<br>Amor                          | Privação de direitos e exclusão<br>Maus tratos físicos e violação                        | Autorrespeito<br>Autoconfiança               | “[...] fora que meu esposo tentou entrar e eles não deixaram”.   |
| Cuidado indigno e abuso verbal.                             | Direito e Solidariedade                  | Privação de direitos e exclusão<br>Degradação e ofensa                                   | Autorrespeito<br>Autoestima                  | “Uma enfermeira que deu risada e disse assim: ‘com dedinho você tá sentindo dor,   |

| <b>Tipos de violência obstétrica</b>            | <b>Esferas de reconhecimento feridas</b> | <b>Formas de desrespeito</b>                           | <b>Autorrelação Afetada</b> | <b>Exemplo</b>  |
|---|--|--|-----------------------------|---|
|   |  |  |                             | mas na hora de fazer você não sentiu”.  |
| Discriminação baseada em certos atributos.      | Direito e Solidariedade                  | Privação de direitos e exclusão<br>Degradação e ofensa | Autorrespeito<br>Autoestima | “[...] essa aí não vai aguentar o parto, olha o tamanho dela, olha a idade dela. Corre perigo as duas, a filha e a mãe de morrer na hora do parto”. |
| Abandono, negligência ou recusa de assistência. | Direito                                  | Privação de direitos e exclusão                        | Autorrespeito               | “Minha bolsa estourou e quem me ajudou foi a acompanhante de uma grávida. Sem minha mãe, sem ninguém, literalmente sozinha, com 17 anos”.           |

Fonte: Elaboração própria.

As experiências de violência obstétrica podem produzir feridas não apenas físicas, mas também morais, porque atentam contra a integridade pessoal das mulheres afetadas. Por esse motivo, as emoções associadas a esse tipo de situação podem ser consideradas emoções morais, como estados emocionais derivados da percepção de situações de injustiça. Na próxima seção, serão descritas algumas dessas emoções.

#### **4.4 Emoções associadas à violência obstétrica**

As emoções humanas são alvos de interesses de várias áreas de conhecimento, como as neurociências, a filosofia, a sociologia, a antropologia e a psicologia. A herança

cartesiana que fundamentou a ideia da construção do conhecimento válido, separou a razão e as emoções, considerando as mesmas fontes de engano que deveriam ser submetidas ao domínio e controle da razão. Sob essa perspectiva dominante, o estudo da subjetividade e das emoções foi longamente negligenciado durante grande parte da modernidade. Mesmo quando foram objeto de pesquisa, foram consideradas fenômenos individuais e internos, desprezando-se a sua dimensão cultural e social.

As duas últimas décadas marcaram uma mudança no estudo das emoções, o que ficou conhecido como Virada Afetiva, caracterizada por um esforço interdisciplinar para compreender o seu funcionamento e o seu papel na vida social, cultural e subjetiva. Embora este trabalho não tenha por objeto percorrer de modo exaustivo as pesquisas contemporâneas sobre emoções<sup>4</sup>, as experiências de violência obstétrica possuem uma dimensão emocional central que não pode ser negligenciada. Nos depoimentos das entrevistadas, as emoções provocadas pelas experiências de desrespeito vividas marcaram a gestação e o parto, interferindo a trajetória de vida dessas mulheres, as suas decisões, os comportamentos e os engajamentos políticos.

Clarke, Hoggett e Thompson (2006) discordam da dualidade razão/emoção e enfatiza que é importante compreender o lugar da emoção na razão, já que esta tem um papel fundamental na vida humana, condicionando nossas decisões e ações. Os autores assentem que existem emoções universais, mas elas são sempre mediadas por contextos sociais particulares. As emoções constituem nossos desejos e satisfações, permeando nossas ideias, identidades e interesses, como complementa Jasper (1998).

Segundo Cantillo e Canal (2017, p. 51), Aristóteles reconhecia a dimensão física da emoção, mas a associava também a crenças e juízos: *“la creencia de que hemos sido objeto de un agravio inmerecido, por ejemplo, excita nuestra ira (Aristóteles, 1990: 1378a30)”*. Aristóteles reconhece, assim, a importância das emoções na compreensão moral, como o despertar do sentimento de compaixão ao nos depararmos com o sofrimento alheio de uma dor sem merecimento.

As abordagens contemporâneas questionam a ideia de que as emoções são apenas processos individuais, pertencentes à esfera privada, mas enfatizam a sua dimensão social porque são dirigidas, construídas e configuradas em relação com os outros. Nesse sentido:

---

<sup>4</sup> Para quem deseja aprofundar no tema, sugerem-se os livros de Clarke, Hoggett e Thompson (2006), e Jasper (1998), vide referências.

As emoções e os afetos são o lado da ação carregado de energia no qual se entende que essa energia implica, simultaneamente, cognição, afeto, avaliação, motivação e o corpo. Longe de serem pré-sociais ou pré-culturais, os afetos são significados sociais e relações sociais inseparavelmente comprimidos e essa é a explicação que lhes confere sua capacidade de energizar a ação. (ILLOUZ, 2011, p. 9).

Uma das teorias contemporâneas que amplia a compreensão das emoções, segundo Cantillo e Canal (2017), é a teoria cognitiva avaliadora de Nussbaum, que toma como base a relevância das crenças para as emoções de Aristóteles e as considera como elementos constitutivos das emoções, uma vez que são condições necessárias e suficientes para que estas se desenvolvam. A autora defende que entre “a ativação fisiológica e a emoção se dá a mediação de um processo de avaliação cognitiva e que a percepção do objeto está acompanhada de uma valoração que deve entender como juízo sentido, imediato, intuitivo” (CANTILLO; CANAL, 2017, p. 53). Nussbaum complementa afirmando que o objeto da emoção é visto como importante porque desempenha algum papel na própria vida da pessoa.

De acordo com Thompson (2006, p. 27), “experimentar uma emoção negativa não é apenas fazer um julgamento moral: é também descobrir algo sobre as circunstâncias em que encontro Eu mesmo. Se eu cuidar da raiva que sinto, posso obter informações valiosas sobre a minha situação”. As emoções podem se alterar se ocorre uma mudança nas formas de se avaliar um objeto, pois são maneiras de olhar as coisas carregadas de valor. (CANTILLO; CANAL, 2017)

Por esse motivo, as emoções possuem um papel ativo na construção dos significados, integrando-se com outros processos cognitivos. A partir desses entendimentos, o presente estudo analisou as emoções geradas após a intervenção obstétrica violenta.

A gestação é um evento carregado de emoções ligadas à história de vida da mulher, à formação da nova família com o novo membro, aos novos papéis sociais e às responsabilidades, assim como às mudanças fisiológicas que ocorrem no seu corpo. O terceiro trimestre da gestação é marcado por sentimentos e emoções relacionadas às expectativas do nascimento do bebê e à mudança do papel da mulher. Por essa razão, sentimentos como ansiedade e medo são comuns nesse período, e podem ser ampliados por experiências passadas de partos vividas como negativas (PEDREIRA; LEAL, 2015). São inúmeras as fantasias que provocam ansiedade, principalmente nas primigestas: receio de não identificar os primeiros sinais de trabalho de parto e colocar em risco a vida

do bebê, de não ter capacidade de adaptação às transformações na vida após o parto; de ter prejudicado o desenvolvimento do bebê ao longo da gravidez por algum tipo de comportamento inapropriado, da dor do parto, do vazio interno após o parto, da própria morte, dentre outros (BRAZELTON; CRAMER, 2004; PEDREIRA; LEAL, 2015; TOSTES; SEIDL, 2016).

As experiências dos partos, sendo elas positivas ou negativas, deixam marcas emocionais na vida das mulheres e constituem lembranças que as acompanham por um longo período, às vezes por toda a vida, visto que esse é um evento de significância psicológica incontestável (LOPES, 2005). Nesse sentido, assim relata a entrevistada Ipirá:

Fiquei frustrada, arrasada, tomei pavor a parir, estava decidida a não ter outro filho, não queria passar por isso. O pós-operatório foi muito ruim, tremi muito de frio, eles me deram um anestésico que eu tremia de frio. Não tive reação para amamentar logo depois, só na hora da visita que o pai pode entrar. Com isso falei que não ia ter outro filho.

A experiência de violência obstétrica pode ser influenciada por vários fatores, como as experiências prévias de partos, o acompanhamento do pré-natal, a forma de acolhimento e assistência durante o processo de parto e pós-parto. Os atendimentos prestados durante a gestação, parto e nascimento, se acontecem como previsto na atenção humanizada, reduzem a ansiedade, aumentam a autoestima da mulher, aumentam a confiança na própria capacidade de ser mãe, contribuem para uma experiência positiva do parto e favorecem a relação mãe-bebê (LOPES, 2005; PEDREIRA; LEAL, 2015).

Contrariando o preconizado na Diretrizes Nacionais de Assistência Ao Parto Normal (BRASIL, 2017b), alguns profissionais da saúde materno-infantil ao invés de proporcionar uma experiência tranquila e humanizada durante a gestação e parto, promovem através da violência obstétrica a intensificação de emoções negativas como medo, ansiedade e tristeza.

Durante as entrevistas, os sentimentos/emoções relatados em relação aos partos foram tristeza, medo, desespero, revolta, impacto, vergonha, abandono, vulnerabilidade, exaustão, susto, frustração, submissão, desencorajamento, fragilização, angústia, desvalorização e exposição. Esses sentimentos, além de marcarem negativamente a história de vida das mulheres, podem causar traumas significativos, atrapalhar o trabalho de parto e influenciar a relação mãe/bebê (ROCHA; GRISI, 2017).

Dentre os sentimentos que mais se repetiram no relato das entrevistas, estão a tristeza e o medo durante a internação para o parto. Esses sentimentos, apesar de serem

comuns diante da presença do ambiente hospitalar, que para muitos já traz a associação com a doença e a morte, somado à proximidade do novo, com o nascimento do bebê, nestes casos, foram intensificados através do cerceamento de acompanhante, deixando a mulher sem uma pessoa de referência em um momento de fragilidade, em que foram proferidas falas desrespeitosas e/ou ameaçadoras proferidas por profissionais de saúde, como relata Gandu: “Dr.<sup>a</sup> S me recebeu com muita braveza [...] Foi em 2000, entrei sozinha, fiquei com muito medo, as enfermeiras também não eram nada receptivas na época”.

Segundo Ahmed (2014), o medo é um sintoma da vida moderna, ele funciona para conter corpos no espaço. Diz a autora: “*El miedo se entiende como un instrumento de poder más seguro que el amor, dado su vínculo con el castigo*” (AHMED, 2014, p. 118). O ambiente hospitalar é um espaço hierárquico no qual a equipe de saúde exerce o poder. Os corpos devem ser contidos e submissos para que não afetem a ordem estabelecida. A gestante que não cumpre o que lhe foi determinado ou que questiona o fazer desta equipe é tida como problemática, irresponsável ou insubordinada. A autora coloca, ainda, que todos os corpos temem, mas os mais assustados são os mais vulneráveis.

Na análise das narrativas, aparece que a capacidade de responder a uma violência obstétrica, como a ameaça, por exemplo, que intensifica a linguagem do medo, depende das singularidades de cada pessoa diante da situação de vulnerabilidade e com a intensidade do medo de que a sua reação gere alguma represália que interfira na sua saúde ou do bebê, principalmente se já houve história pregressa de violência. Abaixo tem-se duas reações distintas das entrevistadas frente à ameaça:

E lá eu sofri muito, foi um pesadelo. Entrei, fiquei dois dias, minha família não tinha notícias de mim, a enfermeira disse “você não pode gritar, não pode beber água, não pode comer”. Eu podia nada, ficava em cima do leito, me virando de um lado para outro. Perguntei se podia andar, não podia, tinha que ficar na cama, sentindo muita dor.” (Gandu)

“Olha eu quero que faça a ausculta, porque eu quero saber se o bebê está bem”. Aí ele disse: “O médico aqui sou eu!”. Aí eu falei: “Mas você não é o meu médico, então saí daqui!”. Comecei a chutar o homem, comecei a causar, eu sabia que o meu médico estava lá em cima ajudando outra médica” (Rio de janeiro 2).

O medo institivamente é um mecanismo de defesa do ser humano diante de uma ameaça, que pode provocar fuga ou paralisção. Segundo Ahmed (2014), o medo antecipa o dano do futuro, mas pressiona o corpo no presente. É o medo que preserva a vida e faz



anunciar a possibilidade da morte. O pré-parto e o parto são os momentos de maior vulnerabilidade da mulher, pois neles não estão em jogo somente o seu corpo e a sua vida, mas a capacidade de preservar a vida do bebê, de cumprir a função feminina instituída socialmente, de dar à luz a um ser saudável. Com isso, é muito frequente que a reação das mulheres diante do medo seja de paralisação, de submissão às ordens dos profissionais de saúde e à exposição à violência obstétrica. Estumano et al. (2017) coloca que a ausência de queixas das mulheres das práticas realizadas na parturição pode ser atribuída ao medo de serem hostilizadas, violentadas e tratadas como escandalosas nos serviços de saúde.

É esperado que o momento do nascimento da criança seja repleto de boas emoções, onde a alegria de conhecer o filho real, fora do corpo, prevaleça à ansiedade e o medo, porém, a tristeza foi o sentimento mais enfatizado pelas entrevistadas ao recordar dos seus partos: “[...] por muito tempo quando eu falava disso eu chorava, eu ficava triste [...]” (Ipirá); “[...] eu comecei a chorar, a chorar, por que eu sabia que se tivessem feito alguma coisa à noite, não estaria daquela forma [...]” (Rio de Janeiro 2); e “[...] ela falou isso e saiu, eu entrei em pânico, fui para o banheiro e chorei. A moça que estava em outro leito ficou me consolando dizendo que eu não ia morrer. Liguei para minha mãe, comecei a chorar, disse que a médica me disse que eu ia morrer” (Gandu).

Nos relatos acima, observam-se que as ofensas e provocações dos profissionais de saúde contribuíram para o aumento da intensidade de emoções negativas que interferem no bom percurso do parto e podem deixar marcas psíquicas duradouras.

A pesquisa de Schwab, Marth e Bergant (2012) constatou que 60% das participantes que passaram por uma história de parto traumático, apresentaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o evento, confirmando a associação direta entre a depressão pós-parto e a violência obstétrica causada em grande parte pela falta de humanização dos profissionais nos serviços de saúde. Entende-se aqui o termo humanização como “valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2004).

De acordo com Schwab, Marth e Bergant (2012, p. 62), “é um fato aceito que trauma grave ou com risco de vida representa fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, incluindo transtorno de estresse pós traumático e depressão”. Apesar de um grande número de violências obstétricas ocorrerem durante o trabalho de parto, ela também se verifica durante o período gestacional, pós-parto e em situações de abortamento, como relata Gandu:

[...] fui na enfermeira e disse: “você tem que me ajudar, eu não posso ter esse bebê, estava em estado de choque”. Ela levantou e chamou a polícia para mim, começou a me chamar de assassina, foi uma cena que não dá para descrever. Eu tremia, entrei em depressão, não tocava na minha barriga, não conversava com o bebê [...].

#### 4.4.1 O papel das emoções na ação social contra a violência obstétrica

Jasper (1998) ressalta que apesar do medo ter o possível efeito de paralisar em um primeiro momento, ele pode se converter em indignação posteriormente, sendo uma emoção reativa que pode ser relevante e motivadora de ações sociais e protestos. Os sentimentos de frustração pela destruição do parto sonhado, seguido pela revolta de ter sido submetida a procedimentos não consentidos ou de não ter seus direitos e desejos respeitados, aparecem nas entrevistas como sentimentos que impulsionaram as mulheres para o engajamento em movimentos sociais e/ou ações que protejam outras mulheres de passar pelas mesmas situações de constrangimento e agressão: “[...] hoje em dia eu me fortaleci com a militância, com o estudo. Com essa situação de me colocar na posição de militante, ao lembrar essa situação, hoje já compreendo o que tudo isso significou” (Ipirá). No mesmo sentido:

[...] o pós operatório do meu filho foi triste, eu quase morri no parto, eles me deram uma dose de anestésico muito alta, tive uma hipotensão que apaguei, eu não vi a hora que meu filho nasceu, não vi o choro, nada. Quando eu acordei, já estava na enfermaria, não participei de absolutamente nada, isso é uma frustração muito grande. (Ipirá)

[...] pra mim o mais triste foi a violência que, quando eu lembro, que me entristece, foi a falta de sensibilidade do profissional na hora de tratar você, né? E assim, naquela ocasião eu percebi o valor que tem uma doula, por exemplo, ou uma acompanhante que esteja atenta por você. (Rio de Janeiro 1)

Sim, com certeza a marca sempre fica, né? Não resta dúvidas, mas assim, eu vejo também essas marcas da violência como oportunidade da gente elaborar de alguma maneira e fazer com que isso se torne alguma coisa positiva e sempre o que eu conservo com as mulheres, quando elas fazem o relato de violência, eu falo “olha, é importante denunciar porque possa ser que você não queira ter outro filho, mas você pode impedir que outra pessoa passe por isso”. (Rio de Janeiro 1)

Jasper (1998, p. 2) enfatiza que “as emoções impregnam toda a vida social, inclusive a dos movimentos sociais, não haveria movimento social sem respostas emocionais”. As emoções e sentimentos ligados a violência sofrida, frequentemente, são

confusos, misturados, difíceis de se nomear ou compreender no pós-parto imediato. Algumas vezes a compreensão das emoções se torna mais clara quando compartilhada em grupos ou movimentos sociais com pessoas que passaram pela mesma experiência. Jasper (1998) afirma que “algumas emoções se formam ou se fortalecem dentro da mesma ação coletiva, podendo inclusive se dividir em emoções compartilhadas e recíprocas (que sentem um pelo outro)”. Gandu relata que foi somente em um grupo de mulheres que pôde falar sobre as violências que sofreu e lidar com essas emoções:

[...] a primeira vez que falei sobre isso foi no grupo de doulas, foi como se eu tivesse me libertado. Aquilo pesava sobre mim, trazia muita dor. Quando conseguir falar, elas me escutaram e veio aquele abraço coletivo, ali respirei um pouco. Essa luta me trouxe o alívio da dor, uma libertação, é como se você estivesse acorrentado e vem alguém e tira a corrente de você.

As feridas produzidas pela experiência de violência obstétrica não são apenas físicas, mas também de caráter emocional. Cada uma das experiências de desrespeito e suas características emocionais se constituem como um dano moral “quando são consequência da percepção de injustiças que atingem a integridade pessoal, como podem acontecer no caso de privação de direitos, tortura, ofensas ou formas de desrespeito associadas à classe social, gênero, raça etc.” (PATIÑO; FARIAS, 2020, p. 132). Por esse motivo, essas emoções podem ser motivadoras da ação social, como a participação do Fórum da RC ou em coletivos de controle social feministas, para os casos das gestantes e/ou puérperas vítimas de violência obstétrica.

#### **4.5 O Fórum da Rede Cegonha como espaço de luta contra a violência obstétrica**

Os Fóruns da Rede Cegonha visam organizar os fluxos de cuidado da rede materno-infantil, favorecer o diálogo e alinhamento dos pontos de atenção (Atenção Básica, especializada, hospitalar e regulação), ser um espaço de educação permanente para os profissionais de saúde e multiplicador das práticas humanizadas na obstetrícia. Além dessas funções já definidas em seu propósito inicial, o Fórum tem ampliado as suas significações para as participantes que foram vítimas de violência obstétrica.

##### **4.5.1 O Fórum da Rede Cegonha como lugar de fala**

Compreendendo o papel do Fórum e a sua importância na estruturação e organização da rede de cuidado materno-infantil e que os fatores estruturais e organizacionais podem favorecer a violência obstétrica, pode-se inferir que um bom funcionamento do Fórum (frequência regular, representações distintas e a presença ativa do controle social) tenha um papel relevante na redução da violência obstétrica da região de saúde.

Entre os avanços na rede de cuidado materno-infantil na região de saúde de Porto Seguro após a constituição do Fórum Regional, as entrevistadas apontaram: a criação do ambulatório de alto risco regional, melhoria na assistência ao recém-nascido no hospital de referência para alto risco, abertura da gestão do hospital para ouvir o controle social e se disponibilizar para algumas mudanças, aumento de contratação de enfermeiras obstetras, aumento da autonomia da enfermagem no hospital, a implantação da classificação de risco do HDLEM, pautas no conselho de saúde sobre implantação da casa de parto e repercussões nas práticas dos profissionais e da gestão devido a visibilidade no Fórum.

[...] a gente vê que Eunápolis e Porto Seguro são as vitrines, são os assuntos mais abordados, mais cobrados e faz com que a equipe que esteja na ponta e na gestão se cobre para exibir no Fórum um trabalho melhor. Quando não é visto, não é lembrado. Se não tivesse Fórum, as temáticas não iam aparecer e as evidências do que é bom ou é ruim também não iam aparecer, então, cada um ia ficar no seu quadrado sendo bom ou ruim. O Fórum faz isso, é uma vitrine para mostrar o que tá sendo feito de bom e para cobrar o que está ruim e que tem que melhorar. (Rio de Janeiro 2)

Apesar do tema explícito da violência obstétrica não aparecer como tema central, ele surge em vários Fóruns, geralmente trazido pelo controle social como forma de denúncia ou por meio de propostas para reduzir, controlar ou evitar a violência obstétrica, à exemplo do estímulo de rodas de conversa sobre a temática nos grupos de gestante da Atenção Básica, a criação/implantação do plano de parto e criação de sistema de avaliação de qualidade do atendimento obstétrico, para que cheguem as denúncias de violência. Questionada sobre porque as demandas de violência obstétrica chegam até o Fórum com certa regularidade, uma das entrevistadas responde:

Eu acho que a temática vem à tona porque a gente ficou muito tempo calada. É um basta, não adianta mais a gente se calar. Como a gente sabe, com a institucionalização do parto, não que antes não tivesse situações nos partos domiciliares, mas a gente sabe que com a institucionalização isso degringolou. O profissional se apoderou desse parto e, durante muitos anos, as mulheres

taparam os olhos para o que estava sendo feito com seus corpos, com seus partos e com suas histórias. (Rio de Janeiro 2)

Embora as entrevistadas tenham apontado a importância do Fórum na prevenção da violência obstétrica, elas sinalizaram também os entraves que reduzem o seu alcance ou a sua efetividade, como a ausência do Ministério Público, do controle social organizado de todos os municípios envolvidos e de gestores que tenham realmente a capacidade de decisão, como prefeitos e secretários de saúde. A maioria dos gestores são coordenadores ou diretores de saúde, ou então os profissionais de saúde contratados, com vínculos precários que não se mantêm.

Ipirá coloca que frente a essas limitações “[...] há um sentimento de frustração, mas também que a gente pode usar esse espaço para buscar força para enfrentar na direção de melhoria de atendimento dessas mulheres”. Foi enfatizada também a necessidade de uma maior participação das gestantes, puérperas e companheiros nos Fóruns, para que sejam escutadas, possibilitando uma avaliação mais real acerca dos impactos das mudanças para quem está na ponta.

Com os avanços obtidos no Fórum e/ou em seus desdobramentos, as entrevistadas relataram sentimentos de alegria, empoderamento e fortalecimento, tornando mais suave a marca da violência obstétrica que continuará a fazer parte de suas histórias de vida. Elas apontaram como uma das maiores qualidades do Fórum, o fato dele se constituir como um espaço de fala para os gestores que tinham dificuldade de conversar com outros gestores de outras instituições e municípios, para os profissionais que lutam por condições de trabalho e para as mulheres da sociedade civil organizada que encontram nele um lugar de escuta de suas dores e de propostas a partir de quem utiliza o serviço de saúde.

Esse lugar de fala e escuta gera empoderamento, que é fundamental na luta contra a violência obstétrica, como se observa no relato: “[...] você pensa, nossa, a gente é pequeno, mas a gente consegue ampliar, reverberar e o negócio chega em outro lugar, então isso é muito maravilhoso” (Rio de Janeiro1). E também nas falas a seguir:

[...] olha, esse espaço é uma grande conquista para Porto Seguro, para as mulheres, para minha participação. A gente consegue falar, consegue levar as demandas, alguém ouve. A gente sabe das dificuldades, que não é tão fácil, não vamos romantizar também, mas pelo menos hoje em dia temos um espaço para falar. Não posso dizer que as coisas não mudaram, mudaram sim, hoje eu consigo entrar no HDLEM, consigo ir num Fórum como mulher negra da comunidade e consigo falar e ser ouvida por todos e ser respeitada, sem ser julgada. (Gandu)

O profissional que se propõe a participar, ele também quer um serviço de melhor qualidade, com condições de trabalho adequada, de ambiente, recursos humanos, materiais. O Fórum também tem esse papel de instigar os municípios a melhorarem, a fazer acontecer. (Ipiáú)

#### 4.5.2 Motivações e Significações do Fórum da Rede Cegonha

O que leva as mulheres da pesquisa a participarem do Fórum e/ou se engajarem num movimento social, aparece nos discursos entrelaçados com os significados que o Fórum da RC representa para elas e com as suas emoções. “Para Nussbaum as emoções são juízos, que devido a seu conteúdo avaliativo possui uma íntima conexão com a motivação” (CANTILLO; CANAL, 2017, p. 57). As emoções advindas da experiência de menosprezo aparecem como molas propulsoras que levam a buscar espaços de transformação da realidade social, ao mesmo tempo que contribuem para a ressignificação dessas emoções, transformando sentimentos negativos em energia para luta.

Todas as entrevistadas apontaram que o desejo de que outras mulheres não passem pelo que elas passaram é o maior motivador da participação no Fórum, em demais movimentos feministas e até mesmo das suas atuações como enfermeira obstetra ou gestora, de modo que a vida profissional e ativista ganha um sentido compartilhado, permitindo a realização de ações de luta contra a violência obstétrica.

Essa participação em ações sociais está associada às emoções provocadas pela violência obstétrica, constituindo a dimensão moral e política da experiência emocional. A respeito disso, Jasper (1998) coloca que “as emoções não são somente parte de nossas respostas aos acontecimentos, mas também (sob a forma de profundas adesões afetivas) lhes dão forma aos objetivos de nossas ações. Sem elas não haveria ação social em absoluto”. Nesse sentido, as falas a seguir:

[...] eu já tinha amor pela causa, mas quando você sofre, aquilo multiplica, faz que você não queira isso para ninguém. Eu já era, mas quando se tem um espaço para ser militante, isso facilita. Ter um espaço é importante, se você faz no ambiente de trabalho, pode ser mandado embora; num ambiente de casa, na internet, também pode tornar uma repressão. Quando se tem um espaço como o Fórum, onde você pode mostrar sua militância, mostrar sua posição com clareza e sabe que não vai ser prejudicada por isso, é importante demais. (Rio de Janeiro 2)

Na verdade, o que me mobiliza desde que eu fiz enfermagem para estar nesse espaço. Foi uma escolha lá atrás, quando decidi trabalhar com enfermagem, eu busquei e busco fazer a minha parte, contribuir da melhor maneira que posso, então, isso é o que me motiva, fazer o trabalho que faço hoje, entendendo a participação de todos no Fórum, mas é claro que quando você passa por uma situação dessa, você quer que outras pessoas não passem. (Ipiaú)

O que me motivou foi ocupar esses espaços para levar essas discussões para a comunidade e trazer essas mulheres para ocupar esses espaços. A militância sempre esteve presente em mim, comigo, sempre fiz parte de conselho, de alguma comissão. No Instituto, sempre faço parte de algum movimento, porque luta e resistência é o nosso motivador, pelo menos o meu é, eu preciso desses espaços de discussão. (Ipirá)

Os significados construídos a respeito do Fórum, apesar de diversificados, são atravessados pela reinterpretação da experiência da violência obstétrica, empoderamento das mulheres e de luta pela causa da humanização do cuidado materno-infantil. Esses significados (assim como na motivação) apareceram independentemente da função ou do papel que as entrevistadas ocupam no Fórum:

Participar disso dá um empoderamento muito grande, você se sente muito mais fortalecida como mulher para outras lutas, outras bandeiras que a gente enfrenta, porque cada movimento que você faz, vai se fortalecendo para outros que ainda vai travar. A gente não luta só uma luta, são várias lutas em espaços diversos, vai construindo esse fortalecimento enquanto mulher, enquanto mãe e vai também construindo em mim, pelo menos, uma mulher mais sensível a outras dores, causas, a diversidade de mulheres que somos. Passamos a olhar essas mulheres em espaços diferentes com mais respeito, mais admiração[...]. (Ipirá)

Sem dúvida a militância me fortalece para superar um pouco esse trauma, esse sofrimento, e ajudar e não permitir que outras mulheres tenham essa sensação, porque é muito ruim ter essa memória. O compromisso é esse que as mulheres tenham essa vivência, tenha essa memória e isso me fortaleceu muito, muito mesmo. A militância mais ainda do que a academia. (Ipirá)

[...] quando a gente fala de algo que a gente viveu, o importante é o que aquilo ali faz na minha vida, me incomoda ao ponto de me paralisar? Vou viver a vida me vitimizandando ou vou partir para ação? Junto, claro que não sozinha, daí a importância dos profissionais, dos gestores. Aconteceu sim, mas o que posso fazer? Aí a importância do Fórum para que busque ressignificar. Não foi bom, mas o que pode ser melhor daqui para frente para outras mulheres? Comigo não foi, mas outras podem ter. Quem pode fazer isso? Qualquer mulher. (Ipiaú)

A esse respeito, Honneth (2003, p. 198) afirma claramente que “a tolerância ao subprivilégio jurídico conduz a um sentimento paralisante de vergonha social, do qual só o protesto ativo e a resistência poderiam libertar”. Em outras palavras, a participação em ações coletivas favorece a superação das feridas morais produzidas pelas experiências de

menosprezo. O autor, no entanto, lembra que tal movimento não depende apenas de um desejo individual, mas só se dá quando os meios de articulação social e política estão disponíveis em cada contexto. Nesses casos, as experiências de desrespeito e, concretamente, as vivências de violência obstétrica, podem se tornar motivadoras de ações de resistência política:

[...] saber que a gente tem o Fórum que está lutando pelo direito dessas mulheres, está lutando contra a violência obstétrica é uma conquista nesse Brasil. Tem que persistir, a gente tem que falar, falar, é uma reconstrução, uma libertação, uma grande vitória, uma independência que a gente conseguiu. O Fórum, é assim que eu vejo, sou grata por poder participa. Esse espaço é muito importante para mim, essas discussões sobre o que pode ser feito é uma vitória.  
(Gandu)

O Fórum também foi visto pelas entrevistadas como um espaço político de luta pelos direitos das mulheres, onde os atores trazem e discutem os entraves que dificultam o cuidado humanizado e se propõem estratégias e pactuações para a melhoria da rede de cuidado materno-infantil da região. Isso se percebe nas respostas dadas por elas ao questionário, quando perguntadas a respeito do significado do Fórum: “apoio a mudanças na luta a favor dos direitos das mulheres e às violências e melhorias na assistência às mulheres” (Gandu), “uma oportunidade de dar visibilidade a causa da mulher no parto” (Rio de Janeiro 1), bem como:

O Fórum é um espaço de discussão para a implantação da Rede cegonha na região, a qual deve ofertar cuidados assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (IPIRÁ)

Espaço democrático de discussão e engajamento dos principais atores da gestão, profissionais de saúde, representantes da UFSB e controle social com o objetivo de melhorar e qualificar a assistência materno-infantil da região, fortalecendo as ações e estratégias da Rede Cegonha, como diminuição da mortalidade materna e infantil, melhoria dos indicadores obstétricos e perinatais, fim da violência obstétrica. (RIO DE JANEIRO 2)

A cada avanço do Fórum, as entrevistadas relataram emoções positivas que as fortaleceram enquanto cidadãs, produzindo efeitos positivos na autoestima, autoconfiança e autorrespeito. Ainda que a marca da violência obstétrica não desapareça, ela fica mais leve, possível de se conviver.



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: PARA QUE NENHUMA MULHER MAIS PASSE POR ISSO**

Apesar das esferas de reconhecimento intersubjetivo – amor, direito e solidariedade – serem categorias analíticas separadas, na prática, elas formam uma tessitura complexa. Por isso, na violência obstétrica, elas estão geralmente relacionadas. As formas de desrespeito e menosprezo atravessam a mulher ameaçando sua integridade pessoal e a relação consigo mesma, afetando sua autoestima, como no caso das abordagens corporais (toque vaginal excessivo, manobra de Kristeller e episiotomia) consideradas como maus tratos pelas gestantes; seu autorrespeito, como quando seus direitos são negados, como relataram as participantes que foram privadas do direito de estarem acompanhadas no parto ou as que tiveram seu direito ao cuidado à saúde negligenciado; e sua autoestima, quando os seus modos de vida, características raciais ou pertencimentos identitários são degradados, à exemplo dos relatos das indígenas da região, que se percebem ignoradas ou são alvos de ofensas verbais pelos profissionais de saúde. Essas marcas podem afetar a mulher não apenas nos momentos da gestação e do parto, mas por longos períodos, muitas vezes para toda a vida.

Povos tradicionais que não foram atravessados pelas marcas da modernidade ocidental, ensinam o respeito ao ritmo da natureza, à hora da mulher e da criança de vir ao mundo, à realização dos ritos de passagem para marcar as importantes mudanças de papel social e à figura da parteira como apoio à mulher no momento do parto, trazendo à tona o ciclo natural da vida, integrando a mulher à vida animal, evidenciando o empoderamento da mulher no gestar e parir, sem violências externas.

A disseminação da ideia do parto como risco, na sociedade ocidental, fez com que o parto fosse tratado no âmbito médico de forma similar aos estados de doença ou enfermidade, afastando o ato de parir do processo natural do ser humano. A hospitalização do parto, a separação das etapas do processo de parir e o excesso de intervenções da equipe de saúde constroem uma desnaturalização do parto, bem como contribuem para o desempoderamento da mulher no seu processo de parir, deixando-a mais susceptível a sofrer violências. Olhar para as práticas tradicionais favorece o questionamento da tecnologização do parto e do enfrentamento das violências obstétricas.

O imaginário da maternidade, do parto, do nascimento de um filho/a como um momento de felicidade é afetado e atravessado pelas experiências de violência obstétrica.

As mulheres que descrevem situações de violência dessa natureza não o fazem apenas porque o parto implica dor ou certa ansiedade associada ao desconhecido e ao novo, mas sim porque percebem no tratamento dos profissionais de saúde a intenção de produzir um dano, ao contrário de cuidar, como seria o esperado nesse cenário de vulnerabilidade que demanda apoio e assistência.

Esses danos podem ser predominantemente associados ao maltrato físico e ao sofrimento do corpo, que perde atentando contra a autonomia pessoal, assim como também podem envolver a privação de direitos ou as ofensas pessoais. Todas essas distintas formas de desrespeito ferem a integridade pessoal, provocando emoções negativas de tristeza, medo, frustração, revolta, dentre outras. Esses sentimentos são disparados pela negação do reconhecimento que lhe é devido, sendo assim, são também uma evidência de injustiça (THOMPSON, 2006). Tais experiências emocionais negativas podem fornecer a base motivacional para o envolvimento em ações coletivas de luta para prevenção da violência obstétrica, podendo, ainda, promover a partir desta participação a ressignificação dessas emoções.

O Fórum é um dos espaços onde ocorrem essas “batalhas” em busca de um cuidado humanizado à gestante, ao bebê e à puérpera. As emoções políticas sempre podem fomentar nos indivíduos e na sociedade a ideia de que sempre é tempo e ocasião para defender a dignidade humana, os direitos, a justiça e a igualdade (CANTILLO; CANAL, 2017, p. 69).

Luta, empoderamento, militância e fortalecimento são as palavras que mais surgem no discurso das participantes com relação a participação no Fórum, em contraposição ao medo, à tristeza e à submissão presentes nas recordações sobre a violência obstétrica, levando a confirmação de que as vivências de menosprezo podem ser ressignificadas através do engajamento em ações sociais, como o Fórum da RC, que oportuniza, dentre outras coisas, a percepção de que essas emoções e vivências não são individuais, mas atingem coletivos de mulheres que ocupam as mesmas posicionalidades.

Thompson (2006) faz uma crítica à teoria de reconhecimento de Honneth no que tange a ligação direta do desrespeito aos sentimentos que levem às mobilizações políticas, já que “o fato de alguém estar sendo maltratado pode não estar acompanhado de consciência subjetiva desse maltrato. Em outras palavras, ser injustamente tratado não leva necessariamente a sentimentos de raiva” (THOMPSON, 2006, p. 136). Muitas mulheres sofrem violência obstétrica e não se dão conta desta por desconhecimento, gerando angústias e traumas que são difíceis de serem ressignificados, já que não são

nomeados e reconhecidos, provocando posições de subalternidade que não necessariamente se transformam em ações políticas. Por isso, a importância de levar o conhecimento dos direitos sexuais, reprodutivos e do que é a violência obstétrica para todas as mulheres.

Com relação à violência obstétrica e à discriminação, os resultados da pesquisa coadunam com trabalhos recentes (LEAL et al., 2017; LANSKY et al., 2019) que afirmam que apesar de ela ocorrer em todas as classes sociais e raças, as mulheres negras e de baixa renda sofrem mais tipos de violências, incluindo a discriminação baseada em atributos raciais e sociais. Esse tipo de violência provoca marcas profundas, sendo apontadas pela entrevistada nessa condição como a que mais lhe causou danos emocionais.

Sabe-se que essas mulheres vivem repetidamente interações negativas de desrespeito e menosprezo (AKOTIRENE, 2019) que interferem negativamente na construção de uma autoestima e autorrespeito. Quando essa vivência de desrespeito é reforçada por aqueles que deviam cuidar e acolher a todos com equidade, esse dano pode ser mais profundo.

No trabalho de campo, a única entrevistada que se autodeclarou negra e também não possui nível superior, foi a que sofreu todos os tipos de violência, com maior intensidade e por integrantes diferentes da instituição de saúde, desde o maqueiro até os médicos da obstetrícia. As demais entrevistadas, que são enfermeiras, relataram que ser da área de saúde e, em um dos casos, pertencer a equipe de trabalho, não as isentou de serem desrespeitadas, tendo comentado, ainda, que sabem que as mulheres que não têm a mesmas condições sociais, educacionais e raciais sofrem violências mais intensas e frequentes.

A interseccionalidade é uma abordagem potente e necessária que pode orientar pesquisas futuras, já que essa metodologia permite analisar “a heterogeneidade de opressões conectadas pela modernidade” (AKOTIRENE, 2019 p. 28). O tipo de violência obstétrica, discriminação baseada em certos atributos, aponta claramente no Brasil para atributos tipificados e que se interceptam, precisando ser enfrentados através de uma identidade política contra a matriz de opressão.

Os relatos desses tipos de violência mostram o quanto os profissionais de saúde se deixam levar por preconceitos e julgamentos morais durante a assistência à saúde, reproduzindo interações sociais excludentes. Nesse sentido, é fundamental não somente um investimento em educação permanente, mas também a criação de estratégias de

intervenção que promovam a autopercepção e reflexão dos comportamentos violentos e preconceituosos pelos profissionais, visando promover uma mudança de conduta, que valorize as mulheres, incentivem o seu protagonismo, respeite as diferenças étnicas, raciais, sociais e sexuais e valorize positivamente outras formas de gestar e parir que se contraponham a tecnologização do parto.

O investimento na transformação da formação médica é fundamental para uma nova construção do *habitus* médico. Essa formação deve permitir a reflexividade moderna, que consiste “no fato de que as práticas sociais são frequentemente examinadas a luz de informações renovadas sobre essas práticas, podendo alterar sempre seu caráter (SETTON, 2002, p. 68). Essa correlação e aprofundamento entre o *habitus* e as resistências à mudança no fazer clínico da área de saúde, mesmo quando a mudança é normatizada, é um campo fértil para pesquisas futuras.

Contudo, para prevenir a violência obstétrica não basta somente a mudança dos profissionais de saúde, se fazendo necessária a adequação das estruturas institucionais e organização dos serviços de saúde, proporcionando para a equipe condições de trabalho adequadas para a promoção de um bom acolhimento e assistência obstétrica humanizada. O Fórum da RC proporciona o encontro e o diálogo de diferentes atores que buscam detectar e enfrentar os fatores que impedem um funcionamento adequado da rede de cuidado materno-infantil. Ressaltando-se, dentre estes, a importância das mulheres da sociedade civil organizada que evidenciam, na região de saúde de Porto Seguro, os problemas enfrentados pelas mulheres durante a assistência à gestante e/ou parturiente.

O Fórum aparece como um importante lugar de fala e de empoderamento dessas mulheres e como espaço de luta para a implementação do cuidado humanizado, previsto na Rede Cegonha. Contudo, não foi possível neste trabalho avaliar efetivamente a contribuição dele para a redução da violência obstétrica, já que seria necessária uma pesquisa de campo voltada para esse objetivo. Porém, salienta-se esse é um importante campo que pode ser investigado em futuros trabalhos.

A principal motivação das entrevistadas para participar dos Fóruns, independentemente do lugar que ocupam nele, foi o desejo de que outras mulheres não passem pela experiência de violência obstétrica, não vivenciem a sensação de impotência, submissão, humilhação e os sentimentos de tristeza e medo que elas viveram, como coloca Ipirá: “nenhuma mulher merece isso”.

Este trabalho mostra que as gestantes e puérperas que viveram as situações de desrespeito, dirigidas a elas por um membro da equipe de saúde com a intenção de causar

um dano, sofreram uma violência obstétrica capaz de atingir a sua integridade como sujeito, prejudicando a sua autoconfiança, o seu autorrespeito e a sua autoestima. Essas afetações possuem efeitos imediatos que interferem no bom andamento do parto, porque faz com que a mulher não se sinta capacitada para dar à luz, assim como também deixa marcas duradoras que afetam a sua subjetividade como mulher, podendo interferir na relação mãe/bebê, no desejo de ter outro parto e no seu movimentar pelo mundo, sendo assim caracterizadas, segundo a teoria de Honneth, como formas de menosprezo.

Finalmente, as reações de cada mulher diante das experiências de violência encontram-se condicionadas por experiências prévias, redes de apoio e também pelos recursos interpretativos próprios de distintos universos simbólicos. Por esse motivo, a presente análise não defende explicações deterministas e unidirecionais dos efeitos da violência obstétrica, apostando-se em possibilidades ligadas a casos particulares e experiência subjetivas.

A forma como foi constituída a subjetividade ao longo da vida pode instrumentalizar para o enfrentamento ou tornar mais vulnerável as mulheres diante das violências obstétricas. Dentre as formas possíveis de ressignificação dessa experiência de violência, Honneth (2003) aponta o envolvimento em lutas sociais. Entendendo luta social como “esforços concentrados e coletivos para mudar algum aspecto da sociedade”, como define Jasper (1998). O Fórum pode ser uma possibilidade de ressignificação de si e do seu lugar no mundo, construindo, ao mesmo tempo, a efetivação do direito ao parto humanizado e livre de violências para outras mulheres.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, S. **The Cultural Politics of Emotion**, 2. Ed. Edimburgo: Edinburgh University Press, 2014.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**, São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- AMARAL, R. D. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p.1-10, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt\\_1414-8145-ean-23-01-e20180218.pdf](https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180218.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.
- ANDRADE, B. P; AGGIO, C. M. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2014, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- ANDRADE, P. O. N. et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil [online]**, v. 16, n. 1, p. 29-37, 2016.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAHIA. Serviço Público Estadual. **Resolução CIB nº 22**, de 22 de março de 2016. Institui o Regimento Interno dos Fóruns Perinatais da Bahia. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2016/RES\\_CIB\\_N\\_022.2016.pdf](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2016/RES_CIB_N_022.2016.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BAUTISTA, N. P. **Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones**. Bogotá: Manual Moderno, 2011.
- BOURDIEU, P. Gostos de Classe e Estilo de Vida. In: ORTIZ, R. (Org.). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ed. Olho d'água, 2003.
- BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Boston: USAID-Traction Project; Harvard School of Public Health, 2010.
- BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. **Journal of International Women's Studies**, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004. Disponível em <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1543&context=jiws>. Acesso em: 27 fev.2021.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html). Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 13 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017a. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce**. Lisboa: Terramar, 2004.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX.. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, abr.-jun. 1991.

CANTILLO, I. P.; CANAL, J. Y. Las emociones y la vida moral: una lectura desde la teoría cognitivo-avaliadora de Martha Nussbaum. **Veritas**, n. 36, p. 47-72, 2017.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 17, n. 44, p. 49-59, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

CHIZOTTI, A. A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: Evolução e Desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n. 2, 2003.

CLARKE, S.; HOGGETT, P.; THOMPSON, S. **Emotion, Politics and Society**. Londres: Palgrave Macmillan, 2006.

\_\_\_\_\_. The study of emotion: an introduction. In: \_\_\_\_\_. **Emotion, Politics and Society**. Londres: Palgrave Macmillan, 2006.

COLLINS, P. H. **Pensamento Feminista Negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.672**, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências. Disponível em:

[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1672\\_2003.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2003/1672_2003.pdf).

Acesso em: 30 jul. 2020.

CRESWELL, J. W et al. Qualitative research designs: selection and implementation.

**The Counseling Psychologist**, v. 35, n. 2, p. 236-264, 2007. Disponível em:

<https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/qualitative-research-designs-selection-and-implementation>. Acesso em: 31 jul. 2020.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.

**J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt\\_19.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921/21998>.

Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3 p. 627-637, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2020.

\_\_\_\_\_. Os muitos sentidos da humanização. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO**, 2010, Santos.

D'OLIVEIRA, A. F., DINIZ, S. G., SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, mai. 2002. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673602085926>. Acesso em: 30 jul. 2020.

ESTUMANO, V. K. C. et al. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Deixar de fazer Manobra de Kristeller:** por que e como?. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>. Acesso em: 30 jul. 2020.

FLICK, U. **El diseño de Investigación Cualitativa**. Madrid, España: Ediciones Morata, 2015.

FLOYD, D. R. **Birth as an american rite of passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

\_\_\_\_\_. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. **Social science & medicine**, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GAMA, A. de S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 dez. 2020.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HONNETH, A. **Luta por reconhecimento:** a gramática moral dos conflitos morais. São Paulo: Editora 34, 2003.

\_\_\_\_\_. **Reconocimiento y menosprecio:** sobre la fundamentación normativa de una teoría social. Buenos Aires: Katz, 2010.

ILLOUZ, E. **O amor em tempos de capitalismo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

JASPER, J. The emotions of protests: affective and reactive emotion in and around social movements. **Sociological Forum**, v. 13, n. 3, p. 397-424, set. 1998.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 1-17, 2017.

\_\_\_\_\_. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 17-32, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

LOPES, R. et al. O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/prc/v18n2/27476.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

MIRANDA, C. M. **Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil**. NEIM/UFRGS, 2009. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas\\_cyntia.pdf](http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas_cyntia.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica**. 2019. Disponível em: [https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A\\_74\\_137-ES.pdf](https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PATIÑO, R. A.; FARIA, L. Práticas de exclusão social: reflexões teórico-epistemológicas em torno de um campo de estudos. **Revista Colombiana de Ciências Sociais**, v. 10, n. 2, p. 426-444, jul.-dez. 2019.

PATIÑO, R. A.; FARIAS, F. R. de. A dimensão emocional dos movimentos sociais e dos protestos: desencanto da modernidade e lutas por reconhecimento. In: CARMO, B. B. da S. (Org.). **Tessituras entre estado e sociedade: panoramas da pesquisa em ciências humanas e sociais no sul da Bahia**. São Paulo: Pimenta Cultural, 2020. p. 123-139.

PEDREIRA, M.; LEAL, I. Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 254-266, set. 2015. Disponível em [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862015000200010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 dez. 2020.

PESSOA, S. M. A. Fórum Rede Cegonha PIAUÍ: Análise da produção de um coletivo de políticas públicas de saúde. 2017. 92f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

ROCHA, M. J.; GRISI, E. Violência Obstétrica e suas Influências na Vida de Mulheres que Vivenciaram essa Realidade. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 11, n. 38, p. 623-635, 2017.

SANTOS, L. L. dos. Deve a economia feminista ser pós-colonial? Colonialidade económica, género e epistemologias do Sul. **Revista Crítica de Ciências Sociais [online]**, n. 114, p. 161-186, 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/6797>. Acesso em: 30 jul. 2020.

SANTOS, R. P. S. dos. **Violência obstétrica no Brasil: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas**. 2016. 140f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte Mossoró, Mossoró, 2016.

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A. M. Post-traumatic stress disorder post partum: the impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 72, n. 1, p. 56-63, 2012.

SENA, L. M; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Revista interface: comunicação, saúde e educação**, n. 21, p. 209-220, 2017.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista brasileira de Educação**, n. 20, p. 60-70, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

SILVA, L. B. R. A. de A. **A vocalização dos direitos das mulheres e o modelo de atenção ao parto e nascimento: narrativas de mulheres sobre o Fórum Perinatal**. 2017. 125f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

STAKE, R. **Investigación com estudio de casos**. Madrid: Editora Morata, 1999.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 30 jul. 2020.

THOMPSON, S. Anger and the Struggle for Justice. In: CLARKE, S.; HOGGETT, P.; THOMPSON, S. **Emotion, Politics and Society**. Londres: Palgrave Macmillan, 2006.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 13 dez. 2020.

VANDERSTOEP, S. W.; JOHNSTON, D. D. **Research methods for everyday life: blending qualitative and quantitative approaches**. São Francisco: Jossey-Bass, 2008.

VENTURINI, G.; GODINHO, T. (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2013.

ZANARDO, G. L. P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

**ANEXO A – Carta de apresentação**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Campus Sosígenes Costa  
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – IHAC

**Carta de Apresentação**

Porto Seguro, dezembro de 2019.

Prezado Senhor Responsável Institucional

Informamos que o estudante EDUARDA MOTTA SANTOS, RG 0515128155, encontra-se regularmente matriculado no programa de Mestrado junto ao Programa de Pós-graduação em Estado e Sociedade, do Campus Sosígenes Costa da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), e propõe a realizar um projeto com o título – O Fórum da Rede Cegonha da Região de Saúde de Porto Seguro – lugar de significações e transformações. Assim, venho através desta solicitar a contribuição de vossa senhoria com nosso estudante, no sentido de fornecer dados e informações porventura considerados relevantes para a pesquisa em comento.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição para outros esclarecimentos, se necessário.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rafael Patino

Rodrigo Kuada Soares

Professor Adjunto da UFSB / (email:)

Coordenador NRS Extremo Sul

## **ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE

BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do Projeto de Pesquisa intitulado “O Fórum da Rede Cegonha da Região de Saúde de Porto Seguro – lugar de significações e transformações”, sob a coordenação do Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Essa pesquisa tem como objetivo compreender os significados sobre o Fórum da Rede Cegonha da Região de Saúde de Porto Seguro, construídos por mulheres que sofreram violência obstétrica e são membros do mesmo, a partir das suas experiências de participação. Espera-se que o conhecimento produzido nesta pesquisa permita aprimorar o conhecimento sobre as possibilidades de significações e potencialidade do Fórum da Rede Cegonha para mulheres que sofreram violência obstétrica.

Solicita-se sua participação em uma entrevista semi estruturada, que será gravada, armazenada pela pesquisadora e deletada após transcorrido o período de 5 anos. Todas as informações serão mantidas em absoluto sigilo, de modo que somente os pesquisadores terão acesso a elas, e sua identidade e privacidade serão totalmente preservadas, uma vez que você não precisará se identificar em nenhum momento.

Sua participação é voluntária. A temática abordada poderá gerar algum tipo de desconforto, mas, para minimizar qualquer incômodo, você terá plena liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta. Além disso, mesmo aceitando participar da pesquisa, você pode recusar a continuar em qualquer fase da investigação, sem qualquer prejuízo pessoal. Para resguardar sua integridade e evitar qualquer dano por ocasião da participação na pesquisa, se sentir afetado emocionalmente de alguma forma, contará com a possibilidade de ser encaminhado para atendimento nos serviços das redes de assistência social e de saúde disponíveis no município de Porto Seguro. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos acadêmicos e publicados em revistas científicas nacionais e/ou internacionais. Por ocasião da publicação dos resultados, sua identidade será mantida em sigilo absoluto.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação e será ressarcido, caso tenha alguma despesa referente à sua participação. O coordenador está à sua disposição para qualquer esclarecimento

que considere necessário em qualquer momento da pesquisa. O contato poderá ser feito com Rafael Andrés Patiño, e-mail de contato institucional: rafaelpatino@ufsb.edu.br, celular (73)99926-5708. Por fim, informa-se que a pesquisa foi submetida ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), localizado na Praça Joana Angélica nº250, Bairro São José, Teixeira de Freitas, Estado da Bahia, e-mail cep@ufsb.edu.br e telefone (73) 3291-2089. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Eu (participante) \_\_\_\_\_ declaro estar ciente de que entendo os objetivos, procedimentos e possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa - O Fórum da Rede Cegonha da Região de Saúde de Porto Seguro – lugar de significações e transformações e aceito nela participar.

Porto Seguro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do participante ou responsável legal / CPF

---

Assinatura do Pesquisador

## ANEXO C – Modelo de Declaração do Pesquisados



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Campus Sosígenes Costa  
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências – IHAC

### Declaração de Pesquisador

**Título do projeto** - O Fórum da Rede Cegonha da Região de Saúde de Porto Seguro – lugar de significações e transformações.

**Equipe da pesquisa:** Rafael Andrés Patiño e Eduarda Motta Santos

Os pesquisadores do projeto de pesquisa acima identificados assumem o compromisso de:

1. Preservar as informações dos participantes cujos dados serão coletados;
2. Que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução de projeto de pesquisa científica aprovadas pela Plataforma Brasil;
3. Que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa;
4. Que serão respeitadas todas as normas da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares na execução deste projeto.

---

Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño

---

Mestranda Eduarda Motta Santos



## ANEXO D – Questionário

### 1- Dados sociodemográficos

#### 1.1 Qual o seu nome?

#### 1.2 Qual sua idade?

- 18- 28
- 29- 39
- 39-49
- 50-59
- 60-69
- 70-79 ou mais

#### 1.3 Qual a sua raça/cor

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Outras

#### 1.4 Escolaridade

- Sem escolaridade
- Até 4ª série
- 5 à 8 série
- Médio
- Superior ou +

#### 1.5 Qual a renda familiar em salário mínimo?

- 0 – 1
- 1-2
- 2-3
- 3-4
- Acima de 4

#### 1.6 Quantos filhos possui?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

#### 1.7 Quais tipos de parto já teve?

- Normal
- Cesáreo

- Ambos

### 1.8 Local do parto

- Pública
- Privada
- Ambas
- Domiciliar

## 2. Violência obstétrica

2.1. Você considera ter sofrido violência obstétrica em alguma dessas gestações ou partos?

- Não
- Sim
- Talvez

### 2.2. Que tipo de Violência?

- Abuso físico
- Imposição de intervenção não consentida
- Cuidado não confidencial ou privativo
- Cuidado indigno e abuso verbal
- Discriminação baseada em certos atributos
- Abandono, negligência ou recusa de assistência
- Empecilho ou restrição de acompanhante no parto ou pós-parto

## 3 Sobre o Fórum da RC

3.1 Qual sua representatividade no Fórum da Rede Cegonha da região de saúde de Porto Seguro?

- Gestora estadual
- Gestora municipal
- Controle Social
- Universidade
- Profissional de saúde
- 

3.2 De quantos Fóruns já participou?

- 0-3
- 4-7
- 8-10
- 11-14
- 15-16

3.3 Qual impacto o Fórum da Rede Cegonha tem na organização do cuidado materno-infantil regional?

- pouco impacto
- médio impacto
- alto impacto
- nenhum impacto

3.4 O que significa o Fórum da Rede Cegonha para você?

3.5 Deseja acrescentar mais alguma informação sobre sua participação no Fórum da Rede Cegonha?

**ANEXO E – Roteiro de entrevista**

- O que te trouxe a Porto Seguro?
- Fale um pouco sobre você (trabalho, família...).
- Me conte sobre suas gestações e partos?
- Fale sobre sua experiência de violência obstétrica (tipo, quem realizou, como reagiu, como se sentiu, que impacto teve em sua vida).
- Como conheceu o Fórum da rede cegonha e o que te motiva a continuar participando?
- Qual o significado do Fórum para você?
- O Fórum contribui de alguma forma para organização da rede e/ou da redução da violência obstétrica na região?

**ANEXO F – Roteiro de observação participante**

- Aparecimento do tema de violência obstétrica
- Quem traz o tema?
- O que se fala do tema?
- Quais emoções surgem?
- Qual a relação do tema com a organização ou estruturação da Rede de cuidado?
- Qual a repercussão do tema no grupo?