

**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**

Caroline Castanho Duarte

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL:**  
estudo de caso de um coletivo de mulheres no Sul da Bahia

Orientador: Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Coorientadora: Dra. Lina Rodrigues de Faria

PORTO SEGURO – BA  
JULHO – 2023

Caroline Castanho Duarte

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL:**  
estudo de caso de um coletivo de mulheres no Sul da Bahia

Tese apresentada à Universidade Federal do Sul da Bahia e ao Centro de Formação em Ciências Humanas e Sociais como requisito para obtenção do título de Doutora no Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade.

Orientador: Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Coorientadora: Dra. Lina Rodrigues de Faria

PORTO SEGURO – BA  
JULHO – 2023

**Catálogo na Publicação (CIP)**  
**Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)**  
**Sistema de Bibliotecas (SIBI)**

D812v Duarte, Caroline Castanho, 1982 -  
Violência obstétrica e participação social: estudo de caso de um coletivo de  
mulheres no Sul da Bahia. / Caroline Castanho Duarte. – Porto Seguro, 2023.  
223 f.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos  
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Sul da Bahia. Centro de  
Formação em Ciências Humanas e Sociais. Programa de Pós-Graduação em  
Estado e Sociedade. Campus Sosígenes Costa.

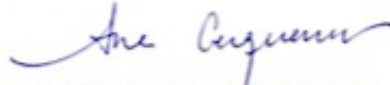
1. Violência Obstétrica. 2. Participação Social. 3. Políticas Públicas. 4. Direitos  
Reprodutivos. 5. Saúde Materno-Infantil. I. Santos, Luiz Antonio de Castro. II.  
Título.

CDD – 364.142

Elaborado por Lucas Sousa Carvalho - CRB-5/1883

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**  
estudo de caso de um coletivo de mulheres no Sul da Bahia

Banca examinadora:



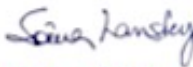
Prof.ª Dra. Ana Carneiro Cerqueira  
(UFSB / PPGES) *Membro/a interno/a*



Prof. Dr. Rafael Andrés Patiño Orozco  
(UFSB/PPGES) *Membro interno*



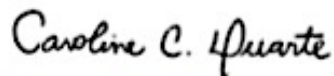
Prof. Dr. Álvaro Pimentel  
(UFSB/PPGES) *Membro interno*



Prof.ª Dra. Sonia Lansky  
(UFMG) *Membra externa*

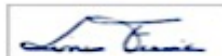


Prof.ª Dra. Rocio Elizabeth Chavez Alvarez  
(UFSB) *Membra externa*



Caroline Castanho Duarte  
*Doutoranda*

Webconferência, 29 de julho de 2022.



---

Prof.ª Dra. Lina Rodrigues de Faria (UFSB)  
*Presidente da banca*

*Dedico este trabalho à minha amiga Caína e às mulheres que, como ela, tiveram a coragem de vocalizar sua dor em prol do amor.*

*Tiê amado,  
eu agradeço o seu chamado.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Luiz Antonio, por ter acreditado em mim e me guiado nos caminhos interdisciplinares da Sociologia. À minha orientadora Lina Faria, por ter se dedicado de maneira tão generosa e compreensiva, permitindo que eu aprendesse no meu tempo.

Às doutoras e doutores que compuseram minhas bancas: Sônia Lansky, Álamo Pimentel, Cristiano Longo, Ana Carneiro, Rócio Alvarez e Rafael Patiño, agradeço pelas gentis e sábias contribuições que me possibilitaram corrigir trajetórias até o final desta escrita.

Aos docentes e discentes do PPGES-UFSB, pelas ricas trocas e incentivo mútuo, sinto orgulho de fazer parte da primeira turma deste programa. Um agradecimento especial às minhas amigas discentes que foram gestantes comigo, Naira e Nara, com as quais dividi angústias maternas, femininas e científicas e onde encontrei forças para não desistir.

Às mulheres que se dedicam ao SUS na região Sul da Bahia, atuantes na gestão, nos serviços de saúde, nas instituições de ensino e nas organizações sociais, por terem escutado o chamado das ativistas e se colocado como parceiras nesta jornada.

Ao Jardim Ciranda, minha comunidade de aprendizagem, especialmente, às minhas amigas-irmãs Caína, Ilana e Antonella que, com suas famílias, vidas e talentos, possibilitaram meu ingresso no doutorado quando meus filhos ainda eram pequenos, tornando possível a construção da escola dos nossos sonhos.

À Patricia Azevedo, por ter sido minha fiel companheira no Coletivo de Mulheres: sem você eu não teria conseguido. Às doulas maravilhosas que conheci nessa caminhada, especialmente, Rita, Kiane, Ísis, Carmen, Lila e Lucía: admiro muito o trabalho de vocês. À Joana Moncau, que tanto me incentivou neste doutorado e tanto enriqueceu a experiência do Coletivo, assim como Alessandra, Adelita, Zélia, Jean, Sandra, Juliana, Júlia, Vitória, Érica, Ludmilla, Marina e Heli, dentre outras, que somaram a potência de suas iniciativas à essa luta.

Às amigas Léia, Naira, Indi, Camila e Tereca, por terem me acolhido em suas casas para que eu pudesse ter um escritório, me ajudando a superar as dificuldades de conciliar a maternidade tripla com a vida de pesquisadora.

À minha mãe, minhas avós (*in memoriam*), e todas as mulheres da família que me antecederam e que, de muitas maneiras, cuidaram de mim. À minha irmã Afrânica, por ter me apoiado em todas as etapas, sendo uma especial ledora da minha tese e me acolhendo no momento em que eu não conseguia dar nenhum um passo à frente. Ao meu irmão Ítalo, pela sua alegria radiante e otimista que tanto me apoia e ao meu pai, pelo apoio que recebi em todos os momentos que precisei.

Por fim, meu imenso agradecimento a quem esteve comigo do início ao fim e em todas as situações: Léo, meu amor, você tem sido um companheiro de muitas jornadas e só posso agradecer por ter apoiado minhas escolhas maternas, profissionais e acadêmicas. Aos nossos filhos, Clarice, Francisco e João, gratidão pelo amor infinito.

## RESUMO

A violência obstétrica é um tipo de violência de gênero contra a mulher. Trata-se de um fenômeno atual, polêmico e mundial que ocorre no âmbito dos serviços que prestam assistência à saúde reprodutiva, obstétrica e neonatal para as mulheres. Na esfera pública brasileira, a organização das mulheres em movimentos sociais tem sido uma via importante de enfrentamento a este tipo de violência desde a década de 1990. Apesar da grande resistência das entidades médicas, a mobilização social vem favorecendo a visibilidade da violência obstétrica como um problema de saúde pública. A pesquisa social apresentada nesta tese analisou o fenômeno da violência obstétrica e seu enfrentamento em municípios da região Sul do estado da Bahia, a fim de compreender como a participação social de um movimento de mulheres nas políticas públicas pode favorecer transformações locais na atenção à saúde materno-infantil. O estudo se vale de uma experiência local e recente de ação política protagonizada por um coletivo de mulheres, incluindo a pesquisadora, que foi criado para lutar pelo fim da violência obstétrica nos hospitais da região de Porto Seguro-BA. Os fundamentos científicos para analisar a história do Coletivo e as experiências das mulheres situam-se no campo da pesquisa participativa do tipo Estudo de Caso e foi orientada por três métodos: Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), História Oral Temática e Classificação de Maus-tratos no Nascimento de Bohren *et al* (2015). O recorte temporal para coleta dos dados contemplou os anos de 2017 a 2020 a partir das seguintes técnicas: análise documental, diário de campo, entrevistas semiestruturadas e questionário *online*. Participaram do estudo 22 ativistas do Coletivo de Mulheres e quatro interlocutoras representantes de serviços de saúde e instituições de gestão pública nos espaços de participação social onde atuou o Coletivo de Mulheres. Os resultados confirmaram parcialmente as hipóteses iniciais, pois os espaços de participação social definidos pelas políticas públicas federais favoreceram o diálogo entre as mulheres e os serviços de saúde em âmbito local e, conseqüentemente, a visibilidade da violência obstétrica como problemática a ser solucionada. Entretanto, como o diálogo nesses espaços de participação aconteceu, principalmente, com gestores hierarquicamente intermediários e, basicamente, com profissionais de saúde da enfermagem, a pesquisa constatou que a ausência de atores sociais como secretários/as de saúde, prefeitos/as, promotores públicos e médicos/as obstetras nestes espaços, tornaram muitas das decisões coletivas impraticáveis, evidenciando a baixa governabilidade que a participação social tem em promover uma transição paradigmática do modelo de atenção à saúde obstétrica na região. Assim, apesar do esforço voluntário do Coletivo e das interlocutoras durante os anos estudados, os resultados ressaltaram a manutenção do modelo centrado no parto hospitalar com altas taxas de cesárea e a continuidade dos relatos de violência obstétrica, trazendo poucos avanços em meio a muitos retrocessos percebidos, principalmente, durante a pandemia de covid-19. Neste cenário, destacaram-se dois achados sobre o papel do movimento social na transição paradigmática da saúde obstétrica: o acolhimento realizado pelo Coletivo para mulheres que sofreram violência obstétrica, que aponta uma necessidade de cuidado que não está sendo garantida pelos serviços de saúde; e a lacuna do aborto nos registros do Coletivo de Mulheres, que revela como a linguagem do movimento social também pode incorrer na prática de invisibilização deste tema no universo da saúde obstétrica. Conclui-se que, embora o Coletivo de Mulheres tenha contribuído para vocalizar a violência obstétrica na região, a não adoção de práticas de acolhimento e notificação pós-parto e pós-abortamento pelos serviços de saúde com profissionais capacitados favorece que a violência obstétrica se mantenha impune na região.

Palavras-chave: violência obstétrica, participação social, políticas públicas, direitos reprodutivos, saúde materno-infantil.

## ABSTRACT

Obstetric violence is a type of gender-based violence against women. It is a current, controversial, and worldwide phenomenon that occurs in the context of services that provide reproductive, obstetric, and neonatal health care to women. In the Brazilian public sphere, the organization of women in social movements has been an important means of confronting this type of violence since the 1990s. Despite the great resistance of medical entities, social mobilization has favored the visibility of obstetric violence as a public health problem. The social research presented in this thesis analyzed the phenomenon of obstetric violence and its confrontation in municipalities in the southern region of the state of Bahia, in order to understand how the social participation of a women's movement in public policies can favor local transformations in maternal and child health care. The study draws on a local and recent experience of political action led by a collective of women, including the researcher, which was created to fight for the end of obstetric violence in hospitals in the Porto Seguro-BA region. The scientific foundations for analyzing the history of the Collective and the experiences of women are in the field of participatory research of the Case Study type and was guided by three methods: Grounded Theory, Thematic Oral History and Classification of Maltreatment at Birth by Bohren *et al* (2015). The time frame for data collection covered the years 2017 to 2020 using the following techniques: documentary analysis, field diary, semi-structured interviews, and online questionnaire. The study included 22 activists from the Women's Collective and four interlocutors representing health services and public management institutions in the social participation spaces where the Women's Collective worked. The results partially confirmed the initial hypotheses, since the social participation spaces defined by federal public policies favored dialogue between women and health services at the local level and, consequently, the visibility of obstetric violence as a problem to be solved. However, as the dialog in these spaces of participation took place mainly with hierarchically intermediate managers and basically with nursing health professionals, the research found that the absence of social actors such as health secretaries, mayors, public prosecutors and obstetricians in these spaces made many of the collective decisions impracticable, evidencing the low governability that social participation has in promoting a paradigmatic transition of the obstetric health care model in the region. Thus, despite the voluntary effort of the Collective and the interlocutors during the years studied, the results highlighted the maintenance of the model centered on hospital delivery with high rates of cesarean section and the continuity of reports of obstetric violence, bringing few advances amid many setbacks perceived, especially during the covid-19 pandemic. In this scenario, two findings on the role of the social movement in the paradigmatic transition of obstetric health stand out: the reception provided by the Collective for women who have suffered obstetric violence, which points to a need for care that is not being guaranteed by health services; and the gap in abortion in the records of the Women's Collective, which reveals how the language of the social movement can also incur in the practice of invisibilizing this issue in the universe of obstetric health. It is concluded that, although the Women's Collective has contributed to vocalize obstetric violence in the region, the non-adoption of welcoming practices and postpartum and post-abortion notification by health services with trained professionals favors that obstetric violence remains unpunished in the region.

Keywords: obstetric violence, social participation, public policies, reproductive rights, maternal and child health.



## RESUMEN

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género contra las mujeres. Es un fenómeno actual, controvertido y global que ocurre en el contexto de los servicios que prestan atención a la salud reproductiva, obstétrica y neonatal de las mujeres. En la esfera pública brasileña, la organización de las mujeres en movimientos sociales ha sido un medio importante para hacer frente a este tipo de violencia desde la década de 1990. A pesar de la gran resistencia de las entidades médicas, la movilización social ha favorecido la visibilidad de la violencia obstétrica como problema de salud pública. La investigación social presentada en esta tesis analizó el fenómeno de la violencia obstétrica y su enfrentamiento en municipios de la región sur del estado de Bahía, para comprender cómo la participación social de un movimiento de mujeres en las políticas públicas puede favorecer transformaciones locales en la atención a la salud materno-infantil. El estudio se basa en una experiencia local reciente de acción política liderada por un colectivo de mujeres, entre las que se encuentra la investigadora, que se creó para luchar por el fin de la violencia obstétrica en los hospitales de la región de Porto Seguro-BA. Los fundamentos científicos para analizar la historia del Colectivo y las experiencias de las mujeres se ubican en el campo de la investigación participativa del tipo Estudio de Caso y se guió por tres métodos: Teoría Fundamentada, Historia Oral Temática y Clasificación del Maltrato en el Nacimiento de Bohren *et al* (2015). El marco temporal de recogida de datos abarcó los años 2017 a 2020 utilizando las siguientes técnicas: análisis documental, diario de campo, entrevistas semiestructuradas y cuestionario online. En el estudio participaron 22 activistas del Colectivo de Mujeres y cuatro interlocutores representantes de servicios de salud e instituciones de gestión pública de los espacios de participación social en los que trabajó el Colectivo de Mujeres. Los resultados confirmaron parcialmente las hipótesis iniciales, ya que los espacios de participación social definidos por las políticas públicas federales favorecieron el diálogo entre las mujeres y los servicios de salud a nivel local y, en consecuencia, la visibilidad de la violencia obstétrica como un problema a resolver. Sin embargo, como la interlocución en esos espacios de participación se dio principalmente con gestores jerárquicamente intermedios y básicamente con profesionales de la salud enfermeros, la investigación constató que la ausencia de actores sociales como secretarios de salud, alcaldes, fiscales y obstetras en esos espacios tornó impracticables muchas de las decisiones colectivas, evidenciando la baja gobernabilidad que la participación social tiene para promover una transición paradigmática del modelo de atención a la salud obstétrica en la región. Así, a pesar de los esfuerzos voluntarios del Colectivo y de los interlocutores durante los años estudiados, los resultados destacaron el mantenimiento del modelo centrado en el parto hospitalario con altas tasas de cesárea y la continuidad de denuncias de violencia obstétrica, trayendo pocos avances en medio de muchos retrocesos percibidos, especialmente durante la pandemia del covid-19. En ese escenario, se destacan dos constataciones sobre el papel del movimiento social en la transición paradigmática de la salud obstétrica: la acogida del Colectivo a las mujeres que sufrieron violencia obstétrica, que apunta a una necesidad de atención que no está siendo garantizada por los servicios de salud; y la laguna del aborto en los registros del Colectivo de Mujeres, que revela cómo el lenguaje del movimiento social también puede incurrir en la práctica de invisibilizar esa cuestión en el universo de la salud obstétrica. Se concluye que, aunque el Colectivo de Mujeres haya contribuido a la visibilización de la violencia obstétrica en la región, la falta de adopción por parte de los servicios de salud de prácticas de recepción y notificación posparto y posaborto con profesionales capacitados favorece que la violencia obstétrica permanezca impune.

Palabras clave: violencia obstétrica, participación social, políticas públicas, derechos reproductivos, salud materno-infantil.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - População, PIB <i>per capita</i> e classificação hierárquica das áreas de estudo.....	28
<b>Quadro 2</b> - Lista dos documentos analisados a partir do arquivo documental do Coletivo de Mulheres segundo seu formato de disponibilização.....	31
<b>Quadro 3</b> - Tipo de violência obstétrica segundo direito atingido e tipo de autorrelação psicossocial ferida.....	78
<b>Quadro 4</b> - Relação de ativistas participantes da coleta de dados conforme codinome, cor/etnia, escolaridade, profissão, ocupação, número de gestações, desfecho e local de atendimento obstétrico, ano do último parto e se sofreu violência obstétrica. Ano 2020.....	116
<b>Quadro 5</b> - Distribuição das ativistas conforme experiências obstétricas sinalizadas no questionário online.....	119
<b>Quadro 6</b> - Violências obstétricas vivenciadas pelas ativistas em seus partos agrupadas conforme a classificação de Borhen <i>et al</i> (2015).....	121
<b>Quadro 7</b> - Percentual de nascidos vivos por cesárea por local de ocorrência nos anos de 2015 e 2020 nos municípios Porto Seguro, Eunápolis, Itagimirim e Teixeira de Freitas.....	180

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Fundamentação teórico-metodológica .....</b>	<b>19</b>
1.1.1 Pesquisa Social .....	19
1.1.2 Pesquisa participante .....	21
1.1.3 Teoria Fundamentada nos Dados ( <i>Grounded Theory</i> ) .....	22
1.1.4 História Oral .....	24
1.1.5 Classificação de Bohren et al (2015).....	26
<b>1.2 Caracterização do campo e das etapas do estudo.....</b>	<b>27</b>
1.2.1 Participantes da pesquisa .....	29
1.2.2 Etapas da pesquisa .....	30
<b>2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CONTEXTO DE DESIGUALDADES NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 As políticas públicas e o desafio das desigualdades sociais.....</b>	<b>46</b>
<b>2.3 A participação social das mulheres nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva.....</b>	<b>54</b>
<b>2.4 O controle social como forma de participação nas políticas públicas de saúde.....</b>	<b>60</b>
<b>2.5 A participação social na política pública “Rede Cegonha” .....</b>	<b>66</b>
<b>3 A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Os tipos de violências obstétricas .....</b>	<b>76</b>
<b>3.2 O conflito paradigmático .....</b>	<b>79</b>
<b>3.3 O conflito com a Medicina .....</b>	<b>89</b>
<b>4 O COLETIVO DE MULHERES .....</b>	<b>93</b>
<b>4.1 História da criação do Coletivo de Mulheres: uma narrativa de acontecimentos..</b>	<b>93</b>
<b>4.2 O perfil das ativistas do Coletivo de Mulheres no ano de 2020.....</b>	<b>111</b>
4.2.1 Caracterização sociodemográfica das ativistas do Coletivo de Mulheres.....	112
4.2.2 Histórico obstétrico das ativistas do Coletivo de Mulheres .....	114
<b>4.3 A violência obstétrica na experiência pessoal das ativistas.....</b>	<b>119</b>
<b>4.4 Classificação das violências obstétricas registradas pelo Coletivo de Mulheres na região.....</b>	<b>122</b>
4.4.1 Categoria de Condições e Restrições do Sistema de Saúde .....	123
4.4.2 Categoria de Abusos Verbais .....	129
4.4.3 Categoria de Estigma e Discriminação.....	130
4.4.5 Mau relacionamento entre profissionais de saúde e gestantes .....	137
<b>4.5 Consequências das violências obstétricas para a vida das mulheres .....</b>	<b>142</b>
<b>5 AS AÇÕES DO COLETIVO DE MULHERES .....</b>	<b>147</b>

<b>5.1 A organização do Coletivo de Mulheres .....</b>	<b>148</b>
<b>5.2 As ações do Coletivo de Mulheres entre os anos 2017 e 2020 .....</b>	<b>153</b>
5.2.1 Principais ações desenvolvidas no ano de 2017 .....	153
5.2.2 Principais ações desenvolvidas no ano de 2018 .....	155
5.2.3 Principais ações desenvolvidas no ano de 2019 .....	166
5.2.4 Principais ações desenvolvidas no ano de 2020 durante a pandemia de covid-19	169
<b>5.3 Resultados alcançados pelo movimento social: um caminho de avanços e retrocessos .....</b>	<b>178</b>
<b>5.4 O acolhimento como contribuição do Coletivo de Mulheres .....</b>	<b>182</b>
<b>6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E ABORTO .....</b>	<b>189</b>
<b>6.1 Lacunas nas informações sobre violência obstétrica durante os abortamentos ...</b>	<b>189</b>
<b>6.2 O aborto nos EUA: uma experiência de medicalização e silêncio.....</b>	<b>194</b>
<b>6.3 O aborto no Brasil: uma experiência de medicalização, criminalização e silêncio .....</b>	<b>198</b>
<b>6.4 O Coletivo de Mulheres e a lacuna do aborto na luta contra a violência obstétrica .....</b>	<b>201</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>206</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>211</b>

## INTRODUÇÃO

As violências fragilizam as relações interpessoais e fazem parte de um contexto generalizado que envolve injustiças e sofrimento humano, especialmente em países pobres da região das Américas, onde persiste um cenário crônico de desigualdades e iniquidades sociais que favorece o processo de naturalização das violações (PATIÑO; FARIA, 2020).

No campo da saúde, tais desigualdades são produzidas e sustentadas por vários fatores relacionados às assimetrias sociais decorrentes de crescentes exclusões e ausência de ações públicas de saúde qualificadas. As violências que atingem as mulheres, por sua vez, são marcadas pela desigualdade de gênero e pelo racismo presente nas sociedades (PATIÑO; FARIA, 2020).

No âmbito dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, as violências contra as mulheres manifestam-se como maus-tratos e colocam em risco seus direitos à saúde, integridade física, intimidade, autonomia e de não sofrer discriminações (ONU, 2019). Para a ONU, este tipo de maus-tratos decorre de um amplo contexto patriarcal de desigualdades e discriminações, sendo também consequência do modelo de educação e treinamento dos profissionais que atuam na saúde:

Mulheres e meninas sofrem esse tipo de violência quando solicitam outras formas de assistência à saúde sexual e reprodutiva, como exames ginecológicos, aborto, fertilidade e tratamentos contraceptivos e em outros contextos de saúde sexual e reprodutiva (ONU, 2019, p. 6, tradução nossa).

Há, contudo, uma forma específica de violência que tem sido relacionada ao modelo de assistência em saúde oferecido no momento do parto e nascimento e demais fases do ciclo gravídico-puerperal<sup>1</sup>: a violência obstétrica. De acordo com o dossiê brasileiro “Violência Obstétrica: Parirás com dor”<sup>2</sup>, devem ser caracterizados como violência obstétrica “atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 60).

<sup>1</sup> O ciclo gravídico-puerperal envolve gestação, parto, aborto e puerpério (período pós-parto).

<sup>2</sup> Elaborado pela “Rede Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa” (apresentado à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres-CPMI criada pelo Congresso Nacional Brasileiro no ano de 2012).

<sup>3</sup> Epitáfio publicado pela Rede Parto do Princípio e Obstétrico em Rede pela Maternidade Ativa” (apresentado à Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres-CPMI criada pelo Congresso Nacional Brasileiro no ano de 2012).

Segundo a revisão de literatura realizada por Zanardo e colaboradoras (2017), os tipos de violência obstétrica mais citados nos estudos são: negligência/omissão de atendimento à gestante; violência física, sexual e psicológica durante a assistência em saúde; uso excessivo de medicamentos e intervenções, como anestésicos e episiotomia<sup>3</sup>; manipulação de informações sobre o estado de saúde para induzir cesárea; negação de informações sobre a condição de saúde da mulher e sobre os procedimentos necessários; e imposição de práticas consideradas dolorosas ou desagradáveis e sem evidências científicas.

Em pesquisa realizada por Lansky (2019), dentre os relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica predominaram as intervenções não consentidas em seus corpos; as práticas de cuidado indigno envolvendo discriminações, abuso verbal e abusos físicos; e as práticas de cuidado não confidenciais/privativas. Os resultados da referida pesquisa evidenciam um tipo de comunicação profissional utilizado na obstetrícia moderna que não dá acesso à mulher às devidas informações sobre o seu estado de saúde, procedimentos e prescrições realizadas por parte da equipe.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), parte das violências que ocorrem contra a mulher durante a assistência ao parto resultam de intervenções médicas não recomendáveis ao cuidado à gestante e parturiente<sup>4</sup>. Embora não utilize o termo ‘violência obstétrica’ em suas publicações, a instituição tem se dedicado à prevenção deste tipo de violência desde a década de 1980 até hoje, período do qual destacam-se algumas publicações.

No ano de 1996, por exemplo, a OMS lançou um guia prático para orientar a assistência ao parto normal<sup>5</sup>, listando quais práticas obstétricas são consideradas prejudiciais e ineficazes e explicitando que violências são vivenciadas pelas mulheres nos serviços de saúde (WHO, 1996). Em 2014, a instituição publicou uma declaração convocando os governos e a sociedade civil de todo o mundo a dedicarem-se à “prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014, p. 1).

No ano de 2018, na mesma perspectiva, a OMS lançou o documento intitulado *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience* em que reforça as diretrizes para a assistência ao parto de mulheres saudáveis, apontando as práticas recomendáveis e os procedimentos obstétricos que consideram obsoletos. Neste documento, destaca-se a ênfase dada ao aspecto comunicacional do cuidado em saúde, evidenciando a necessidade de a equipe desenvolver um melhor relacionamento com a mulher durante todo o

---

<sup>3</sup> Episiotomia: procedimento médico cirúrgico obstétrico que consiste em cortar o períneo da mulher para “facilitar a passagem do bebê” no parto vaginal. Utilizado amplamente nos hospitais.

<sup>4</sup> Parturiente é a gestante em trabalho de parto.

<sup>5</sup> Convencionou-se chamar de parto normal o parto vaginal hospitalar.

processo de assistência e reiterando que os profissionais não devem interferir no trabalho de parto fisiológico a fim de acelerá-lo, a menos que existam verdadeiros riscos de complicações (WHO, 2018).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), a violência obstétrica é um fenômeno sistêmico e generalizado que despertou interesse mundial porque têm sido numerosos os depoimentos de mulheres publicados nas redes e mídias sociais da internet neste século XXI. Com relação ao termo, a ONU (2019) reconhece que a expressão “violência obstétrica” é amplamente utilizada na América do Sul e que corresponde às mesmas “violências contra a mulher durante a atenção ao parto” já internacionalmente reconhecidas.

Para Katz e colaboradoras (2020), o conceito “violência obstétrica” surgiu de maneira difusa na América Latina e na Espanha, tendo sido elaborado em torno dos anos 2000, partindo dos diálogos instaurados pelos movimentos sociais pela humanização do parto. Estudos recentes, incluindo revisões de literatura, reiteram que ainda não há consenso sobre o conceito (SANTOS; SOUZA, 2015; ZANARDO *et al*, 2017).

Esse processo de nomeação dos maus-tratos como violência obstétrica, embora não se limite a países da América do Sul, está intrinsecamente relacionado à participação social das mulheres nas políticas públicas desenvolvidas no Brasil e essa ligação decorre do histórico entre políticas públicas de saúde da mulher com os movimentos feministas. A saúde da mulher incorporada às políticas nacionais desde o início do século XX mostrava-se limitada à gravidez e ao parto, e “o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas” (BRASIL, 2004, p. 15).

Com esse processo histórico, para a saúde materno-infantil destacou-se o “Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento” que, ao vocalizar demandas de mulheres e profissionais de saúde no Brasil, tornou-se um movimento social que conta, desde a década de 1990, com forte protagonismo de feministas e profissionais de saúde da América Latina (DINIZ, 2005).

Importante destacar que, desde o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher lançado em 1984, o Ministério da Saúde passou a implementar políticas voltadas à mudança do modelo de assistência à saúde materno-infantil com foco na humanização, a saber: Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (2000); Política Nacional de Humanização; Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e da Mortalidade Infantil (2004); e Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (2005) (MAIA, 2010).

Após esse período, houve a aprovação de duas importantes leis federais que tocam este tema: a “lei do acompanhante”, aprovada em 2005 para garantir que toda mulher tenha ao seu lado uma companhia de sua escolha; e a “lei da vinculação”, aprovada em 2007 para garantir que toda gestante seja vinculada ao local de parto ainda durante a gestação, visando evitar a peregrinação materna em busca de hospital para parir (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

Entretanto, foi com a aprovação da lei venezuelana em 2007 que o termo violência obstétrica foi cunhado nos debates jurídicos e acadêmicos com maior visibilidade, tendo como marco acadêmico a publicação de um editorial médico sobre o tema no ano de 2010 na Venezuela (D’GREGORIO, 2010). Neste mesmo período, além da Venezuela, outros países latino-americanos aprovaram suas leis nacionais, como Argentina e México (KATZ *et al*, 2020).

No Brasil, com a ausência de uma lei federal, tem-se visto a criação de “leis obstétricas” estaduais e municipais. São leis que se referem à violência obstétrica e/ou à humanização do parto e algumas legislam sobre a presença de doulas e especificam quais são os direitos das mulheres durante o atendimento de seu ciclo gravídico-puerperal nos serviços de saúde. Essas legislações, entretanto, segundo Kondo e Werner (2013), deixam lacunas ao não definirem os mecanismos punitivos.

De acordo com Diniz e colaboradoras (2015), desde a década de 1980 a violência obstétrica tem sido negligenciada no Brasil, mesmo quando já era pauta dos movimentos feministas e das políticas de saúde. Essa relativa negligência, entretanto, durou até quando a mídia nacional passou a dar importância ao tema, o que aconteceu, segundo as autoras, a partir da primeira pesquisa nacional realizada (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2010) que revelou que um quarto das mulheres pesquisadas sofreram violências na assistência ao parto e que metade das participantes sofreu violências durante o abortamento.

Ou seja, apesar de décadas de investimento político, social, governamental e científico, a humanização da assistência e a eliminação da violência obstétrica no cuidado em saúde ainda não é realidade para as mulheres brasileiras. O mesmo acontece na região Sul do estado da Bahia, onde se insere a Universidade Federal do Sul da Bahia-UFSB, aqui encontrei dezenas de mulheres que sofreram violências obstétricas e queriam transformar essa situação.

Segundo Santos e Faria (2020), as violências que afetam a saúde e a vida das pessoas precisam ser reconhecidas em sua complexidade e pluricausalidade por meio de estudos de territórios, memórias e subjetividades em diferentes realidades (SANTOS; FARIA, 2020). Em função disso, optei por pesquisar a violência obstétrica desde o meu território de vida,



partindo da experiência de um coletivo de mulheres que criamos no ano de 2017 para lutar pelo fim da violência obstétrica em Porto Seguro e na região Sul da Bahia. Para tanto, desenvolvi uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória utilizando a metodologia de Estudo de Caso<sup>6</sup>.

O estudo de caso tem sido um recurso metodológico bastante explorado na área da saúde pois, permite a ampliação e o aprofundamento do conhecimento sobre um fenômeno singular dentro de seu exato contexto, “especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32). Neste caso, o Coletivo de mulheres criou-se em um contexto de relatos de violência obstétrica e negação de direitos, os quais serviram para organizar uma luta de enfrentamento à violência obstétrica no contexto regional.

Assim, propus-me a analisar a experiência do Coletivo de Mulheres desenvolvida entre os anos de 2017 e 2020 no campo da participação social para responder a seguinte pergunta de pesquisa: como a participação social de um coletivo de mulheres nas políticas públicas pode contribuir para a eliminação das violências obstétricas nos serviços de saúde?

Para tanto, formulei os seguintes objetivos específicos:

- Descrever o histórico de criação e ação do Coletivo de Mulheres para analisar o contexto regional de violências obstétricas;
- Identificar as ações de enfrentamento à violência obstétrica a partir da experiência do Coletivo e sua participação social nas políticas públicas na região;
- Analisar a percepção de ativistas do próprio Coletivo e de interlocutoras da gestão para entender como a participação social na esfera pública pode favorecer o enfrentamento à violência obstétrica;
- Investigar a lacuna do aborto dentre os relatos de violência obstétrica acolhidos pelo Coletivo de Mulheres para compreender suas causas.

Assim, com o objetivo de analisar a experiência da violência obstétrica e seu enfrentamento por um coletivo de mulheres no território Sul da Bahia, a pesquisa de campo foi desenvolvida combinando as seguintes técnicas de coleta de dados: análise documental do arquivo do Coletivo sobre os anos de 2017 a 2020; do diário de campo da pesquisadora diário de campo da ativista-pesquisadora; questionário estruturado *online* respondido por 22 mulheres do Coletivo no ano de 2020; entrevistas realizadas individualmente em ambiente

---

<sup>6</sup> O estudo contou com financiamento público da CAPES e do CNPq, concedido por meio de bolsa.

online ou presencial<sup>7</sup>, com roteiro de questões semiestruturadas, sendo nove entrevistas com mulheres integrantes do Coletivo e quatro entrevistas com interlocutoras de instituições com as quais o Coletivo se relaciona no contexto regional de participação social na política de saúde; uma entrevista focalizada com uma das cofundadoras do Coletivo, sobre a história inicial do grupo; uma entrevista em profundidade sobre história de vida, com foco especial nos relatos de violências obstétricas, de uma das ativistas do Coletivo.

Para cada uma destas etapas foram tomadas as precauções éticas previstas para pesquisa com seres humanos, sendo que este projeto foi aprovado e orientado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia através da Plataforma Brasil<sup>8</sup>. Os termos de consentimento e demais documentos de referência desse trâmite também se encontram anexados.

A perspectiva epistemológica do estudo advém da pesquisa situada, na qual a minha familiaridade com o tema e com o próprio campo favoreceu o desenvolvimento de um estudo de caso que, partindo da percepção das próprias mulheres envolvidas, busca oferecer conhecimentos sobre as relações cotidianas tecidas entre Estado e Sociedade no campo dos direitos e das práticas de saúde reprodutivas no Brasil do século XXI e, mais especificamente, na região Sul da Bahia.

Portanto, com esse esforço teórico-metodológico, analiso como a participação social de um coletivo de mulheres acontece nas políticas públicas e quais são seus efeitos para a agenda de enfrentamento à violência obstétrica nos serviços de saúde, partindo de duas hipóteses iniciais: 1) O Sistema Único de Saúde garante espaços de participação nas políticas públicas que possibilitam a interlocução política entre o movimento de mulheres e os gestores e profissionais dos serviços de saúde do território; 2) A participação social de um coletivo de mulheres na esfera local das políticas públicas de saúde para dar visibilidade aos casos de violência obstétrica estimula a adoção de práticas respeitadas por parte dos gestores e profissionais dos serviços de saúde.

Por conseguinte, para apresentar os resultados do estudo de caso organizei a tese da seguinte forma: três capítulos iniciais que trazem o estudo teórico que sustentou a metodologia da pesquisa e outros três capítulos que registram os produtos do estudo que envolvem, diretamente, a análise dos dados coletados no campo.

---

<sup>7</sup> As entrevistas realizadas face-a-face ocorreram antes ou depois do período de isolamento decretado a partir da pandemia covid-19. As demais, durante a pandemia, ocorreram em ambiente online.

<sup>8</sup> Parecer CEP número: 4.912.312

## 1 O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO DE CASO

O tema da pesquisa vem do campo da saúde e se mostra claramente interdisciplinar, relacionando conhecimentos específicos de Enfermagem, Saúde Coletiva e Gestão Pública com as Ciências Sociais. A pretensão nesses campos científicos, e a própria relação com a interdisciplinaridade, tem origem na minha trajetória de formação e atuação no campo das políticas públicas e dos movimentos sociais desde 2001.

A escolha da violência obstétrica e da participação social como problemas de pesquisa, por sua vez, ligou-se diretamente à minha participação como “nativa” do próprio coletivo de mulheres. Dessa maneira houve, no mínimo, uma dupla inserção que me acompanhou nesta pesquisa social: a de mulher feminista, implicada com a luta das mulheres; e a de ativista política, comprometida com a participação social como meio para fortalecer a democratização das políticas públicas de saúde.

Minha história com o campo começou no ano de 2013, quando me mudei grávida para Arraial d’Ajuda<sup>9</sup> e me deparei com um cenário de negação dos direitos das gestantes nos serviços de saúde, públicos e privados, da região. Desde então, tive três partos domiciliares em Arraial d’Ajuda, pois essa foi a forma que encontrei de fugir da violência obstétrica presente nos hospitais. Meu último filho nasceu durante esta pesquisa, em meio à pandemia de covid-19.

Portanto, esse tema uniu-me a outras mulheres com quem compartilhei um viver, sofrer e lutar cotidiano em favor dos nossos direitos. Assim, ao longo deste estudo fui também ativista de minha própria causa. Ora mais pesquisadora, ora gestante, sendo tomada pela necessidade de parir com segurança, apoiar as amigas e fazer mais pelas mulheres da região por meio do Coletivo.

Esta investigação afasta-se, portanto, das correntes tradicionais que cultivam a neutralidade científica, para assumir um compromisso intrinsecamente político de aliar conhecimento e mudança social (DEMO, 2009). Segundo Merhy (2004), o desafio da implicação está em produzir auto-interrogação de si mesmo no próprio agir para, assim, conseguir posicionar-se de maneira ética na ação política.

Dessa forma, sendo a pesquisadora responsável e uma das cofundadoras do Coletivo, procurei compartilhar meu exercício de análise e autoanálise crítica ao longo de todas as etapas da pesquisa participante. Assim, vivi uma espécie de “mergulho de cabeça” no campo

---

<sup>9</sup> Distrito do litoral sul de Porto Seguro-BA.

de estudo e atuei, ao mesmo tempo, como observadora e como sujeito participante, exercendo influência sobre o mundo da pesquisa como uma pesquisadora implicada (FLICK, 2009). Nesse caminho, me apoiei em algumas teses de doutorado metodologicamente semelhantes, das quais destaco um estudo que combinou a Pesquisa Participante com a Teoria Fundamentada nos Dados. Trata-se da tese de doutorado da enfermeira obstetra Míriam Rêgo de Castro Leão, defendida na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) no ano de 2014.

Leão (2014) discutiu como a participação de mulheres grávidas em movimentos sociais pela humanização do parto pode influenciar suas próprias experiências de gestação, parto e puerpério, sendo que ela mesma participava ativamente desses movimentos. Em seu estudo de campo entrevistou 15 mulheres, analisou relatos de parto e, na posição de pesquisadora e também ativista, realizou a observação participante. Com base em seus achados, Castro elaborou um modelo teórico explicativo da experiência de gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto (LEÃO, 2014).

Assim como a pesquisa de Leão, esta tese tem sua origem em minha inserção política em um movimento social pela humanização do parto, trazendo, portanto, desde o desenho do estudo, um forte viés “político-crítico-ativista-reivindicatório” (HARAWAY, 1995) para oferecer à comunidade uma pesquisa participante que, do início ao fim, fosse construída para servir ela própria de recurso para a luta das mulheres pela transformação social.

A seguir, são apresentados os principais aspectos teóricos que apoiaram o percurso da pesquisa: Pesquisa Social, com ênfase no Interacionismo Simbólico; Pesquisa Participante; Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*). História Oral e Classificação de Bohren *et al* (2015). Após os aspectos teóricos, são descritos os aspectos práticos do campo de estudo, incluindo a apresentação das participantes, municípios e instituições envolvidas, bem como das técnicas de pesquisa da maneira como foram aplicadas.

## **1.1 Fundamentação teórico-metodológica**

### **1.1.1 Pesquisa Social**

Como a pesquisa social lida com seres humanos, valores, sentimentos e emoções (DESLANDES, 1997), foi importante assumir tarefas características ao longo do estudo, como: reconhecer a coincidência entre sujeito e objeto; acolher as dúvidas e interrogações que

recaíam sobre a pesquisadora e seu grupo; e, permitir que o objeto de pesquisa fosse transformado pelo próprio produto da pesquisa em produção (CANO, 2012).

No que tange à pesquisa social:

Concebemos campo de pesquisa como o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação [...] Além do recorte espacial, em se tratando de pesquisa social, o lugar primordial é ocupado pelas pessoas e grupos convivendo numa dinâmica de interação social. Essas pessoas e esses grupos são os sujeitos de uma determinada história a ser investigada, sendo necessária uma construção teórica para transformá-los em objetos de estudo (CRUZ NETO, 1994, p. 53-54).

Segundo Flick (2009), a pesquisa com abordagem qualitativa mostra-se pertinente aos estudos das relações sociais que envolvem complexidades e pluralidades de estilos de vida, pois garante maior sensibilidade empírica no campo. Essa sensibilidade dá-se pela maior proximidade do pesquisador com a interpretação/construção de narrativas “locais, temporais e situacionais” (FLICK, 2009, p. 21). Frente a essa pluralidade/diversidade, as grandes teorias dão lugar aos saberes e às práticas locais, de maneira a serem levados para o campo de estudo apenas os “conceitos sensibilizantes” (FLICK, 2009, p. 21) das principais teorias pertinentes.

O desenvolvimento do pensamento construtivista, no início do século XX, por meio dos estudos epistemológicos e do desenvolvimento de novas teorias sociais, passou a expandir-se e, em diferentes linhas, criar uma diversidade de abordagens qualitativas da pesquisa social e psicológica. Segundo Flick (2009), é possível distinguir basicamente três posturas teórico-metodológicas dos estudos qualitativos: o tradicional enfoque do interacionismo simbólico, a etnometodologia e o estruturalismo. Interessa aqui uma breve apresentação da primeira, por ter relação com a Teoria Fundamentada nos Dados.

O Interacionismo Simbólico interpreta a realidade partindo dos significados subjetivos que os sujeitos atribuem às atividades e ambientes e tem como autores de referência sociólogos como Anselm Strauss, Barney Glaser, Norman K. Denzin, Howard Becker e Blumer (FLICK, 2009). Nessa linha, “os pesquisadores precisam enxergar o mundo pelo ângulo dos sujeitos que estudam” (STRYKER, 1976, p. 259 *apud* FLICK, 2009, p. 69). Segundo Castro (2014), esta corrente de pensamento entende que a interação humana é social e simbólica ao mesmo tempo e interfere diretamente na manutenção da cultura e na produção de mudanças na sociedade.

Para Blumer (1969) (*apud* FLICK, 2009), o interacionismo simbólico explica-se em três premissas básicas: os sujeitos interagem com as coisas de acordo com o significado que

essas coisas têm para eles; os significados dessas coisas orientam a interação do sujeito com as demais pessoas; esses significados são mantidos e modificados através das interpretações que o sujeito usa para lidar com as coisas que aparecem. Por coisas pode-se compreender eventos, objetos e experiências.

No caso desta pesquisa, a compreensão do interacionismo simbólico contribuiu particularmente para a análise dos dados, nos quais as mulheres atribuem significados às próprias experiências de assistência obstétrica, de pertencimento ao Coletivo, de participação social e de enfrentamento à violência obstétrica e sobre como elas, ativistas e interlocutoras, interpretam o processo de mudança na assistência obstétrica.

Enquanto a Teoria Fundamentada nos Dados teve sua influência durante o planejamento da pesquisa e sobre minha própria postura investigativa no campo de estudo, na fase de análise dos dados outros referenciais teórico-metodológicos apresentaram-se como pertinentes ao tratamento dos resultados, como a História Oral e a terminologia de maus-tratos no nascimento criada por Bohren e colaboradores (2015).

### 1.1.2 Pesquisa participante

Segundo Peruzzo (2017), apesar da perspectiva participante ser antiga ao campo científico, haja vista a tradição da observação etnográfica que tanto contribuiu com o amadurecimento da antropologia e da sociologia no século XIX, foi a partir da década de 1980 que pesquisadores brasileiros passaram a incorporar e desenvolver investigações que permitiam e valorizavam um maior envolvimento do pesquisador junto ao campo estudado. Entretanto, segundo a autora, trata-se de “um tipo de investigação controversa: prestigiada por uns e vista com desdém por outros. Ambas as posições se relacionam à própria visão que se tem sobre o papel da pesquisa e do que se considera como sendo conhecimento científico” (PERUZZO, 2017, p. 162).

Essa perspectiva se difere muito das abordagens quantitativas que, tradicionalmente, buscam reduzir ao máximo a influência das opiniões e de outras subjetividades do pesquisador ou indivíduos pesquisados. Para as tradicionais metodologias quantitativas, que estão na humanidade desde a origem das ciências, tendo como base o modelo de construção do conhecimento das ciências naturais, o positivismo é a grande escola que, através da difusão do pensamento do cientista Descartes, firma a perspectiva de ser sempre possível e desejável medir e quantificar a realidade a partir da identificação de alguns padrões ou teorias que sejam gerais (FLICK, 2009).

Quando o pensamento positivista extrapola as ciências naturais e se estende às ciências sociais e à psicologia, olhando para fenômenos humanos e culturais, surge um efeito de generalização que possibilita muitas vezes tornar natural e único o que seria melhor descrito como cultural e diverso (FLICK, 2009). Nesse contexto, percebe-se que os resultados das ciências sociais são raramente valorizados na vida cotidiana e que “as descobertas científicas não são incorporadas às práticas políticas e institucionais tanto quanto se esperava que fosse” (FLICK, 2009, p. 22).

Com a pesquisa qualitativa, entretanto, não são procurados enunciados gerais que se aplicam ao todo, e sim enunciados relacionados a sujeitos e situações, articulados a conceitos sociologicamente fundamentados e alcançados por meio de estratégias indutivas. Assim, diferentemente das pesquisas quantitativas controladas, a pesquisa social reconhece e até incorpora a subjetividade da pesquisadora e dos pesquisados na interpretação da realidade. Ou seja, os sentimentos, as reflexões e as impressões passam a serem levados em conta como parte do processo da pesquisa. As perspectivas dos participantes em sua diversidade representam um aspecto incluído da pesquisa qualitativa, pois parte-se da idéia de que cada ator possui sua visão, contexto e prática e, justamente por serem diferentes, vale a pena serem consideradas (FLICK, 2009).

Para Demo (2009), a Pesquisa Participante propicia a gestação do “intelectual orgânico” em um contexto de “ciência a serviço da emancipação social” (DEMO, 2009, p. 240), o que se mostra coerente com o processo obtido ao longo deste estudo de caso. Isso porque o cotidiano desta pesquisa proporcionou um autodiagnóstico coletivo sobre a realidade da violência obstétrica na região, valorizando a percepção das mulheres diretamente envolvidas no seu enfrentamento.

### 1.1.3 Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*)

Na tradição da pesquisa qualitativa trabalha-se com o universo dos significados, das emoções, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes como parte da realidade social, na qual destacam-se a fenomenologia e a etnografia como importantes metodologias consolidadas pelas ciências sociais. Ao lado dessas possibilidades metodológicas, amplamente utilizadas, encontra-se uma terceira tradição, mais recente, conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados ou *Grounded Theory*, criada em em 1965 pelos sociólogos norte-americanos Anselm Strauss e Barney Glaser.

Seus referenciais teóricos e epistemológicos encontram-se, principalmente, na filosofia do pragmatismo e da fenomenologia, mas também no paradigma sociológico do interacionismo simbólico (TAROZZI, 2011). Para Castro (2014, p. 31), “o pesquisador necessita compreender as ações a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa, as interpretações que eles fazem nas situações de interação e os significados que eles atribuem às ações”. Esta metodologia combina abordagens indutivas e dedutivas para explicar um fenômeno, e as hipóteses resultam da interpretação dos processos que acontecem na realidade social a partir da percepção dos próprios sujeitos envolvidos. Por isso, o método orienta que a coleta e a análise dos dados sejam realizadas de maneira paralela, sendo interligadas e influenciando-se ao longo do estudo (CASTRO, 2014).

Segundo Tarozzi (2011), a força desta metodologia consiste em seu “enraizamento vivido nas vísceras da realidade” (TAROZZI, 2011, p. 20), pois enfatiza com êxito a ligação entre pesquisa teórica e pesquisa empírica. Para este autor, existem sete características importantes no método, as quais enumeramos e resumimos a seguir (TAROZZI, 2011):

- i. O foco consiste em explorar um processo, sem limitar-se ao recorte da linguagem e/ou dos significados;
- ii. A amostragem não pode ser definida a priori, pois é a teoria emergente que indicará as lacunas que devam ser supridas com sujeitos e contextos que sustentem a conformação das categorias de análise;
- iii. A análise dos dados acontece de maneira simultânea à coleta dos dados, de maneira a permitir uma reflexão analítica constante onde campo e categorias se retroalimentam para compor uma nova teoria;
- iv. Ao longo da análise e coleta dos dados são realizadas constantes comparações, entre os dados em si, entre as categorias iniciais e os dados, permitindo que o exercício de formulação de perguntas seja constante para a conformação de conceitos a partir dos fenômenos estudados;
- v. A formulação de conceitos teóricos é fortemente enraizada na experiência do processo que está sendo explorado, ou seja, nos dados empíricos, o que deve acontecer de forma lenta e progressiva;
- vi. A formulação de conceitos teóricos vinculados à realidade estudada ultrapassa o processo de descrição sistemática e detalhada da realidade;
- vii. A utilização de memorandos, mapas conceituais e diagramas ao longo do processo de coleta, análise e comparação dos dados e das categorias analíticas



facilita o processo intuitivo de formulação teórica, mesmo que não venham a compor o trabalho final.

Essas características permitem que a Teoria Fundamentada em Dados seja, de fato, dinâmica. Em sua funcionalidade encontra-se a essência da aplicação desta metodologia:

A alta capacidade de explicação e densidade conceitual são funcionais à possibilidade de emprego prático da teoria em favor de quem trabalha no campo. Uma teoria *grounded* não pode ignorar as necessidades dos operadores e é chamada a produzir êxitos significativamente relevantes e, portanto, aplicáveis. (...) funciona porque explica efetivamente, de modo completo e sistemático, aquilo que acontece em uma determinada área substantiva, e seus êxitos resultam ser claros e, sobretudo, transformáveis em processos de *decision making*, compreensíveis por parte de quem trabalha na área pesquisada (TAROZZI, 2011, p. 31).

De fato, ao longo da pesquisa orientada pela Teoria Fundamentada em Dados, foi possível participar e ver acontecer desdobramentos úteis ao Coletivo de Mulheres estudado. Foram resultados produzidos durante a própria investigação, a partir do compartilhamento de conhecimentos que eram aplicados em ato, produzindo assim a possibilidade de sínteses entre teoria e prática que influenciaram na tomada de decisões. Se houve resultados aproveitados durante o próprio processo de análise da intervenção do Coletivo, as dificuldades enfrentadas no percurso da pesquisa também foram proveitosas e pedagógicas.

As dificuldades principais foram relacionadas ao contexto da pandemia de covid-19 paralelo a processo de gestação, parto e puerpério da pesquisadora, cuja licença-maternidade foi gozada entre outubro de 2020 a fevereiro de 2021. Essas duas condições impuseram limites e restrições. Outras dificuldades da ordem metodológica serão descritas a seguir no percurso prático da pesquisa.

#### 1.1.4 História Oral

Segundo Meihy e Holanda (2017), por História Oral entende-se um conjunto de procedimentos utilizado como um recurso moderno para registrar a experiência social de pessoas ou grupos. “Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 17). No caso deste estudo e, mais especificamente, buscando responder a um dos objetivos específicos desta pesquisa, a História Oral aqui utilizada diz respeito a “estudos de memória, construção de identidade e formulação de consciência comunitária” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 24) que geralmente acontecem em torno de desafios da própria comunidade, no intuito de “não deixar morrer determinadas experiências” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 25).

Segundo os mesmos autores, a História oral tem servido aos movimentos de mulheres e outras minorias para validar e dar sentido às experiências que foram vividas coletivamente.

Em história oral, o “grupal”, “social” ou “coletivo” não corresponde à soma dos particulares. O que garante unidade e coerência às entrevistas enfileiradas em um mesmo conjunto é a repetição de certos fatores que, por fim, caracteriza a memória coletiva. (...) Nesse sentido, a história oral é sempre social. Social, sobretudo porque o indivíduo só se explica na vida comunitárias (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 28).

Para Branco (2020, p. 9), esta metodologia possibilita a “reconstrução de acontecimentos e, também, a construção de narrativas a partir da memória de pessoas que presenciaram tais eventos” e esses acontecimentos, por sua vez, podem ser do passado e/ou do presente. Para Delgado (2003), as temporalidades têm papel central na História e podem ser observadas em dois aspectos: o de sucessão linear e o da simultaneidade social. “A abordagem sucessiva é o que distingue a História da Sociologia. A consideração da simultaneidade é o que as aproxima” (DELGADO, 2003, p. 12). Para a autora,

a complexidade integrante à noção de tempo refere-se às temporalidades múltiplas que se enlaçam, uma vez que as experiências vividas e a História em transformação são conformadas por processos e acontecimentos. A História como manifestação do fazer coletivo incorpora vivências individuais e, por decorrência, no mínimo duas dimensões: temporal coletiva e temporal individual. Dimensões que, acopladas, conformam experiências únicas, através de uma dinâmica que reconstrói o passado ao tecer sua representação no presente, plasmando em um único enredo a trama das vivências coletivas (DELGADO, 2003, p. 12-13).

Segundo Branco (2020), na literatura são identificados três tipos de História Oral, tratando-se de História Oral de Vida, História Oral Temática e Tradição Oral. Em resumo, a primeira busca captar as transformações sociais no modo de vidas das pessoas ou em um grupo, coletando narrativas amplas sem interferência ou contestação por parte do entrevistador. A História Oral Temática concentra a entrevista em um assunto específico preestabelecido, vinculando a narrativa do entrevistado ao evento, nesse caso o pesquisador desempenha um papel mais ativo, “sendo a ele possibilitada a contestação” (BRANCO, 2020, p. 13). Na Tradição Oral, por sua vez, busca construir uma narrativa coletiva de tradições e folclores transmitidos de geração a geração.

Dentre os tipos de História Oral aplicadas, aqui a pertinência foi para a História Oral Temática aplicada a estudo de caso. Ainda que muitas entrevistas tenham trazidos aspectos bastante pessoais da história de vida das mulheres entrevistadas, elas foram referentes à temática previamente definida e devidamente informada na etapa de planejamento das

entrevistas. Além disso, fez-se o uso de um particular formato da História Oral, a que utiliza o anonimato dos entrevistados (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A justificativa do anonimato e do uso de uma codificação específica para identificar as mulheres nas narrativas que contam a história da criação do Coletivo visa evitar constrangimentos para as envolvidas, cumprindo assim com a condição de anonimato presente no Termo de consentimento livre e esclarecido que todas assinaram. Como esta produção será entregue ao Coletivo, em forma de devolutiva e aproveitamento da pesquisa, a narrativa costurada para esta tese poderá servir de base para que narrativas públicas possam ser geradas pelo próprio Coletivo. O Coletivo, por sua vez, terá a oportunidade de solicitar às entrevistadas, mediadas pela pesquisadora, a autorização para publicação das informações referentes à tal feita, etapa concebida como um desdobramento a ser realizado posteriormente a esta pesquisa e tese.

Outra opção metodológica feita especificamente a respeito dessa narrativa histórica sobre a origem do Coletivo, foi submeter o texto narrativo às respectivas mulheres citadas, a fim de encontrar um reconhecimento por parte delas e, dentro do possível, perceber lacunas ou percepções da pesquisadora que pudessem estar equivocadas. Essa etapa também foi importante para confirmar a validação do texto da pesquisa por essas participantes que, até o momento de finalização desta tese, não apresentaram nenhum contraponto.

#### 1.1.5 Classificação de Bohren et al (2015)

Nas pesquisas sobre violência obstétrica, a categorização dos atos violentos presentes em relatos de mulheres tem sido realizada a partir de diferentes terminologias. Para analisar os relatos das participantes deste estudo, optou-se pela terminologia de Bohren *et al* (2015), por ser a mais atual e reconhecida pelos organismos internacionais (LEITE *et al*, 2022).

Bohren *et al* (2015) diferencia os maus-tratos relacionados ao nascimento em sete tipos de violência, a saber: 1) abuso físico; 2) abuso sexual; 3) abuso verbal; 4) estigma e discriminação; 5) descumprimento de padrões profissionais; 6) mau relacionamento entre mulheres e profissionais de saúde; e, 7) condições e restrições do sistema de saúde.

Esta classificação foi utilizada tendo em vista seu reconhecimento internacional e a possibilidade que ela trouxe de unir os diferentes tipos de violações descritos na literatura numa mesma terminologia sem, contudo, limitar-se ao que acontece no âmbito restrito da assistência profissional individualizada (LEITE *et al*, 2022).

Assim, à medida em que a análise dos relatos de violência obstétrica ocorridos na região foi apresentando-se como um caminho pertinente à formulação de um diagnóstico coletivo da realidade referente à saúde materno-infantil, a classificação de Bohren *et al*, (2015) com seus sete tipos de maus-tratos possibilitou que as violências estruturais e institucionais pudessem ganhar destaque tanto quanto as demais formas.

A seguir, para descrever o campo de estudo, são apresentados os componentes, as participantes e as etapas envolvidas na pesquisa.

## **1.2 Caracterização do campo e das etapas do estudo**

O Coletivo que motivou este estudo de caso tem sua história de criação e atuação desenvolvida em um contexto de vazio assistencial e morosidade do poder público para a implementação da política materno-infantil, em específico, a Rede Cegonha<sup>10</sup>. Este Coletivo tem servido como exemplo de participação social na região (BATISTA; GARCIA, 2019; SANTOS, 2021; CARNEIRO; DUARTE; SILVA, 2022) mas, ao longo desta tese, será identificado simplesmente como Coletivo de Mulheres, para contribuir para a preservação da identidade das participantes.

Para delimitar a região de estudo, a fim de analisar alguns dados demográficos e indicadores de saúde de maneira complementar, utilizei como critério de inclusão os municípios que foram citados nas entrevistas pela participantes, sendo todos localizados na região Sul da Bahia.

Ainda que a maioria das ativistas do Coletivo sejam moradoras de Porto Seguro, a atuação de parte delas como enfermeiras obstetras, doulas e estudantes da UFSB, bem como a inserção do Coletivo como membro participante no Fórum Regional da Rede Cegonha, contribuiu para que a atuação do movimento social alcançasse uma relativa abrangência regional, de maneira que durante o estudo de caso tenham sido diretamente citados nas entrevistas seis municípios dessa região: Porto Seguro, Eunápolis, Santa Cruz Cabrália, Belmonte, Itagimirim e Teixeira de Freitas<sup>11</sup>.

As regiões de saúde que envolvem os municípios de Porto Seguro e Teixeira de Freitas como pólos, estão localizadas no Sul da Bahia e, entre elas, encontram-se os eria seis municípios que foram citados pelas participantes entrevistadas neste estudo. Entretanto, vale ressaltar, grande parte dos dados e relatos referem-se diretamente ao município de Porto

---

<sup>10</sup> Esta política encontra-se detalhada mais adiante.

<sup>11</sup> Esta ordem de citação dos municípios reflete diretamente a ordem de quantidade de citação nas entrevistas, sendo Porto Seguro o mais citado e Teixeira de Freitas o menos citado.

Seguro, local de origem do Coletivo de Mulheres, e ao Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães - HRDLEM, hospital geral, público e estadual, com gestão privada, que é a principal referência de saúde obstétrica para as mulheres que vivem na região de Porto Seguro.

Os dados destes municípios são relacionados, portanto, às narrativas que trazem experiências que foram vivenciadas ou acolhidas durante o período de 2017 a 2020, sejam nos serviços de saúde, no Coletivo de Mulheres ou nos canais de diálogo e participação social da política de saúde materno-infantil, como reuniões de Fóruns Regionais e Grupos de Trabalho instituídos pelas secretarias de saúde.

No quadro 1 pode-se ler os valores populacionais e econômicos oficiais, o tipo de classificação hierárquica dada pelo IBGE e, ainda, uma visão dos serviços públicos que são referências para parto e nascimento de cada um dos municípios citados.

**Quadro 1** - População, PIB *per capita* e classificação hierárquica das áreas de estudo

Município	População <sup>1</sup>	PIB <i>per capita</i> <sup>2</sup>	Classificação hierárquica <sup>3</sup>	Serviços públicos de atenção ao parto(4)
Porto Seguro	126.929	R\$ 22.727,56	Centro Sub-regional A	Hospital Geral Estadual
Eunápolis	100.196	R\$ 27.730,51	Capital Regional C	Hospital Geral Municipal
Santa Cruz Cabrália	26.264	R\$ 15.484,19	Centro Local	Hospital Geral Municipal
Belmonte	21.798	R\$ 13.649,32	Centro Local	Hospital Geral Municipal
Itagimirim	63.069	R\$ 14.814,35	Centro Sub-regional B	Hospital Geral Municipal
Teixeira de Freitas	138.341	R\$ 16.541,88	Centro Sub-regional A	Maternidade Municipal

Fontes: <sup>1</sup> Censo 2010, IBGE (2010); <sup>2</sup> PIB *per capita*, IBGE (2019); <sup>3</sup> REGIC, IBGE (2018); 4. Estabelecimentos de Saúde, DATASUS (2020).

Nota: Elaborado pela pesquisadora.

Os municípios Porto Seguro, Eunápolis e Teixeira de Freitas possuem mais de 100 mil habitantes. Eunápolis e Porto Seguro possuem os maiores PIB *per capita*. O município Teixeira de Freitas é o terceiro maior na classe, mas é o de maior população entre os cinco, sendo classificado como “*centro sub-regional A*”, igualmente ao município de Porto Seguro.

Os municípios Santa Cruz Cabrália, Belmonte e Itagimirim são os de menor quantitativo populacional, sendo que Belmonte apresenta os menores valores de população e PIB *per capita*.

A região retomou em 2017 o processo de implementação da política de saúde materno-infantil sob orientação da Rede Cegonha, tendo como marco a criação de seus Fóruns Regionais Perinatais no ano de 2018 e 2019. Esses Fóruns foram previstos pela

política federal para serem espaços de gestão compartilhada da saúde materno-infantil, para que incluíssem gestores, trabalhadores, usuárias, comunidade acadêmica, instituições e organizações pertinentes à temática. Os Fóruns serão identificados no texto como Fórum I, referente ao Fórum Regional de Porto Seguro e Fórum II, referente ao Fórum de Teixeira de Freitas, conforme cronologia de criação.

Nesta região ainda predomina o modelo hospitalar de atenção ao parto. Apesar do município Teixeira de Freitas apresentar uma maternidade municipal, até o final da coletas de dados desta pesquisa não houve qualquer registro de que essa maternidade segue o que orientam os protocolos da humanização da assistência ao parto em sua completude. Trata-se de uma maternidade que também é referência regional para pediatria e, como toda a região, sofre com a escassez de médicos obstetras.

Com exceção de Porto Seguro, todos os demais municípios possuem seus próprios serviços de saúde para partos. Os municípios Santa Cruz Cabrália, Belmonte e Itagimirim, no entanto, são de menor porte e completam sua assistência para o parto referenciando suas gestantes para outros hospitais gerais da região. No caso de Itagimirim, além de referenciar parte de suas gestantes aos municípios vizinhos, principalmente para cesáreas, o hospital municipal também atende gestantes de outros municípios da região.

Particulares são os casos de Porto Seguro, que conta apenas com a assistência do Hospital Geral Estadual para atender toda a sua demanda de partos, e de Santa Cruz Cabrália, que realiza apenas uma ínfima parcela dos partos de suas munições em seu hospital. Os municípios Porto Seguro, Eunápolis, Itagimirim e Teixeira de Freitas, por sua vez, são os que recebem gestantes de outros municípios para assistência ao parto, funcionando portanto como hospitais regionais na prática.

### 1.2.1 Participantes da pesquisa

São quatro tipos de participantes: 1) as vinte e duas (22) ativistas que responderam ao questionário online; 2) as dez ativistas que foram entrevistadas após a participação no questionário online; 3) as quatro interlocutoras que foram entrevistadas e 4) as mulheres que encaminharam seus relatos ao Coletivo na forma de texto, áudio ou vídeo, autorizando que o mesmo fizesse uso para denúncia e proposição de ações junto ao poder público. Os conteúdos dessas participantes são utilizados em diferentes momentos da tese, em diferentes combinações.

Para resguardar a identidade das mulheres participantes e também dar fluidez para o texto da tese, de maneira a contemplar a diversidade de vozes aqui registradas, foram escolhidos quatro grupos de codinomes, para cada tipo diferente de participação na pesquisa. Para as 12 (doze) mulheres membros do Coletivo que participaram apenas do questionário online, foi dado o codinome ATIVISTA acompanhada do número de 01 a 12.

Para as ativistas que foram entrevistadas após o questionário online, foram escolhidos codinomes inspirados na ervas e na fitoterapia culturalmente utilizadas pelas mulheres e pela sabedoria ancestral no cuidado perinatal, por isso foram batizadas nesta tese como: Algodão, Aroeira, Cajueiro, Camomila, Canela, Gengibre, Hortelã, Lavanda, Pimenta Rosa e Prímula.

Para as mulheres interlocutoras, que ocupam diferentes papéis na gestão da saúde regional, foram utilizadas palavras que pudessem identificar a unidade de registro mais presente em seus discursos durante a entrevista, evocando o lugar de fala profissional/institucional que foi de onde essas mulheres realizaram a maior parte da interlocução e do diálogo com o Coletivo de Mulheres. São interlocutoras que atuam na gestão municipal de Porto Seguro e Eunápolis e na gestão estadual da Bahia, tendo suas funções mais relacionadas à atenção básica, rede cegonha e atenção hospitalar. No texto, as interlocutoras estão assim denominadas: Interlocutora de Porto Seguro, Interlocutora do Hospital, Interlocutora de Eunápolis e Interlocutora Estadual.

Para identificar as mulheres acolhidas pelo Coletivo que, em geral, não são membros e narraram pontualmente seus próprios casos de violência obstétrica, será utilizada a denominação MULHER ACOLHIDA e uma numeração para diferenciá-las.

Mais adiante, no capítulo quatro, o perfil das ativistas será apresentado conforme os achados do questionário online e algumas características importantes das interlocutoras também virão a ser apresentada no fluxo das informações. Todas as participantes foram diretamente abordadas e entrevistadas por mim e todas me conheciam como ativista e pesquisadora.

### 1.2.2 Etapas da pesquisa

O Coletivo possui um acervo de materiais produzidos ao longo dos anos de 2017 a 2020, que contém, entre outros documentos: textos públicos que foram enviados às instituições de saúde; fotografias obtidas em atividades realizadas pelo Coletivo; áudios e vídeos com depoimentos de violência obstétrica de mulheres que foram acolhidas pelo

Coletivo; *e-mails* de comunicação entre o Coletivo e as ouvidorias públicas de saúde e relatórios de reuniões.

Na pesquisa foram utilizados documentos provenientes dos arquivos físico e digital do Coletivo. O arquivo documental do Coletivo não apresentava uma organização prévia e o próprio processo de pesquisa participante possibilitou uma contribuição para sua catalogação. A seguir, apresenta-se no quadro 2 com os principais tipos de documentos encontrados no estudo de caso:

**Quadro 2** - Lista dos documentos analisados a partir do arquivo documental do Coletivo de Mulheres segundo seu formato de disponibilização

<b>Conteúdo</b>	<b>Formato</b>
Depoimentos de mulheres que sofreram violência obstétrica	Áudio, vídeo e texto
Vídeos do Coletivo disponibilizados em canal online	Vídeos curta duração
Relatórios de Conferências Públicas	Texto
Cartas públicas às instituições de saúde	Texto
Plano de Parto adaptado pelo Coletivo	Texto
“10 passos para um Bom Parto” adaptado pelo Coletivo	Banner
Projetos Doulas voluntárias e Memorial do parto na escola	Texto
Logo do Coletivo	Imagem
Convites digitais para as atividades do Coletivo	Imagens
Fotografias das rodas, reuniões e atividades realizadas	Imagens
Dados e indicadores da assistência obstétrica na região	Planilhas e anotações
Comunicação com canais de Ouvidoria do SUS sobre denúncias de violência obstétrica recebidas pelo Coletivo	Textos
Comunicações com conselhos, câmara de vereadores, secretarias, Ministério Público e outras instituições	Texto
Homenagem ao trabalho das mulheres do Coletivo pela Secretaria Municipal de Assistência Social de um município da região	Certificado
Trabalhos de ativistas apresentados em eventos acadêmicos	slides e textos
Atas de reuniões com a gestão pública	Texto
Planos de políticas públicas aprovados	Texto

Fonte: elaborado pela autora.

Esses documentos foram classificados em três grupos diferentes: a) depoimentos fornecidos por mulheres que relataram violência obstétrica para uso do Coletivo junto às instituições; b) materiais formulados pelo Coletivo, a partir desses relatos-denúncias e do diagnóstico da rede de atenção, para atuação junto aos serviços de saúde, visando enfrentar e prevenir a violência obstétrica; e, c) documentos, que foram formulados por organizações públicas e que contaram com a participação do Coletivo como parte da elaboração.

A análise dos documentos possibilitou acesso a informações sobre os tipos de relatos de violência obstétrica acolhidos, as ações realizadas pelo Coletivo, o discurso do Coletivo e o fluxo de comunicações estabelecidas pelo Coletivo com as instituições interlocutoras e a sociedade.



Para trabalhar na pesquisa com esses três tipos de materiais alguns cuidados éticos foram necessários. Além da obtenção do consentimento livre e esclarecido para os dados individuais, foram obtidas cartas de anuência das principais instituições envolvidas. Para analisar os textos públicos e demais materiais produzidos pelo Coletivo foi solicitada uma autorização para o grupo que indicou uma representante para assinar o termo.

Vale ressaltar que o Coletivo não possui natureza jurídica. Embora alguns documentos sejam considerados públicos, por terem sido direcionados e divulgados junto à rede local do SUS, a maioria deles não se encontram disponíveis na internet para qualquer cidadã acessar e somente a pesquisadora pode fazê-lo mediante esta autorização coletiva.

Para caracterizar o grupo de mulheres que participa e atua no Coletivo, foi utilizada a técnica de aplicação de questionário online com perguntas fechadas e abertas. Construído em plataforma gratuita disponibilizada pela Google®, o formulário incluiu informações sobre: naturalidade; idade; identidade de gênero; estado civil; raça/etnia; renda familiar; número de filhos; número de gestações, partos e abortos; local de moradia; escolaridade; profissão; ocupação atual; e, acesso à saúde. Para convidar as mulheres do Coletivo a responderem ao questionário foi utilizado um grupo de *WhatsApp*, por ser esse o principal meio de interatividade virtual utilizado pelo Coletivo de Mulheres. O Coletivo criou seu próprio grupo de conversas online no referido aplicativo no ano de 2017 e utilizou essa ferramenta para organizar suas atividades até o fechamento desta pesquisa.

A aplicação do questionário *online* gerou alta adesão das participantes. A relação dialógica com as ativistas, desenvolvida internamente no Coletivo, e a permeabilidade do tema e das reflexões da pesquisa presentes na minha comunicação com o grupo, favoreceu que o questionário tivesse esta alta adesão, alcançando 22 das 24 mulheres que estavam como integrantes do Coletivo no momento da coleta. Todos os questionários foram preenchidos no decorrer de uma semana, com exceção de uma participante que respondeu posteriormente. Além de ter permitido uma compreensão do perfil sociodemográfico das ativistas, o questionário possibilitou conhecer parte da experiência obstétrica dessas mulheres, incluindo relatos de violência obstétrica.

No planejamento metodológico, para definir o critério de inclusão das entrevistas, houve dúvidas a respeito de que sujeitos seriam priorizados. A riqueza do processo estudado apontava para a possibilidade de compreender a percepção de diferentes atores sociais a saber: mulheres que vivenciaram e denunciaram violência obstétrica ao Coletivo; mulheres que criaram e atuavam em nome do Coletivo; parteiras e doulas que atuavam de maneira autônoma na região; profissionais de saúde que atuavam nos serviços públicos de saúde

reprodutiva e obstétrica da região estudada; e, trabalhadores da gestão que fossem responsáveis pela condução das políticas públicas pertinentes ao tema.

À medida que a participação social nas políticas públicas de saúde se configurou como um dos principais recortes da pesquisa, parecia necessário decidir entre a escuta das mulheres usuárias/beneficiárias destas políticas ou dos trabalhadores que atuam na execução desses serviços públicos. Com o avançar da pesquisa de campo e desenrolar dos acontecimentos no campo, foi possível integrar, com diferentes tipos de entrevistas, 14 mulheres, sendo dez ativistas e quatro das principais interlocutoras no âmbito da gestão pública.

Para as entrevistas semiestruturadas *online* com as mulheres que compõem o Coletivo, foi utilizado como critério de inclusão a participação em espaços de representação junto às políticas públicas. Portanto, foram convidadas para entrevistas as ativistas que tomavam mais iniciativa e decisões nas ações. Essas mulheres puderam ser identificadas pelo próprio resultado do questionário online que mapeou os diferentes tipos de atividades em que cada mulher membro do Coletivo se envolveu.

A maioria das entrevistas aconteceu de maneira remota, por meio de ferramentas de internet, respeitando todas as orientações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa sobre as pesquisas em ambientes virtuais (OFÍCIO CIRCULAR n. 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Isso aconteceu devido o contexto de isolamento imposto pela pandemia de covid-19. Apesar de não ser o modelo ideal de entrevistas face-a-face, o processo dialógico estabelecido ao longo da pesquisa participante colocou a pesquisadora frente a mulheres já conhecidas e com as quais muitos daqueles temas já haviam sido tratados no cotidiano da interação local desenvolvida.

Talvez alguma dificuldade possa ter sido vivenciada pelas interlocutoras, não pelo modelo ter sido remoto, mas pela ambiguidade de ter sido entrevistada por uma pesquisadora-ativista sobre o próprio Coletivo. Entretanto, nenhuma das interlocutoras entrevistadas relatou desconforto, nem antes, nem durante ou após as entrevistas.

Tendo em vista que houve por parte de algumas interlocutoras o apontamento de conteúdos referentes a conflitos e contradições sobre a ação do Coletivo, a metodologia parece ter conseguido abarcar a percepção dessas mulheres, ao menos em parte, pois, de acordo com o que se define sobre a técnica de entrevista em profundidade, ela permite “mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, (...) em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados” (DUARTE, 2004, p. 215).

O processo de codificação das entrevistas foi realizado em três rodadas, além da própria análise espontânea que se deu no ato das entrevistas, quando registrei, em forma de tópicos, os primeiros conteúdos sobressalentes. Na primeira rodada de análise do conteúdo, as entrevistas foram novamente ouvidas e assistidas e, de maneira ainda livre, foram sendo conformados mapas mentais com os principais enunciados captados, também foram realizados os primeiros destaques de trechos e a separação de entrevistas mais densas que precisariam ser mais bem exploradas.

O segundo processo de aproximação foi realizado a partir de uma nova escuta das gravações das entrevistas, dessa vez ouvindo e lendo as transcrições das mesmas. Esse processo possibilitou o primeiro exercício de categorização que, ainda sem técnica rigorosa, possibilitou serem destacados alguns elementos narrativos e discursivos das entrevistas, do perfil das ativistas e dos documentos do Coletivo que apontavam para núcleos importantes da tese.

Por fim, foi realizada uma terceira e última análise das entrevistas, desta vez apenas com o material transcrito e seguindo os principais passos da técnica da Teoria Fundamentada nos Dados. Foi realizado um processo de codificação das mais de dez horas de entrevistas de maneira completa. Desta vez sem ouvir ou assistir, num processo manual com tiras de papel e fita adesiva, montei um grande quadro de identificação das categorias a partir dos trechos codificados e os movimentei em busca de coerência e unidade com os objetivos da pesquisa e a fundamentação nos dados.

Enquanto as primeiras rodadas de categorização serviram para gerar uma maior destreza para interpretar os dados, foi a terceira que, mediante técnica e análise, possibilitou um maior grau de estranhamento e afastamento possível à produção desta tese. Entre todas essas rodadas foram necessários períodos de distanciamento, bem como a aplicação dos ensinamentos sobre a Epistemologia.

Como técnicas de ruptura em um processo de vigilância epistemológica, Bourdieu sugere: a) relacionar-se com a definição prévia do objeto como “provisória”; b) romper fronteiras da perspectiva para permitir que o novo sobressaia ao aparente e familiar; c) criticar a lógica de noções aparentes para afastar o senso comum erudito manifestado na linguagem; d) contestar decisões e métodos que flutuam como certos na aparência superficial dos primeiros olhares; e) aplicar testes de comprovação estatísticas para afastar evidências falsas (BOURDIEU, 2000). Se no início da pesquisa essas orientações pareciam quase impraticáveis, foi no fazer da análise dos dados que se mostraram totalmente pertinentes, tendo sido um exercício com grande valor de uso na seleção dos resultados.

Os dados obtidos com as técnicas de observação participante, análise documental, questionário online e entrevistas semiestruturadas, coletados com os limites dos objetivos deste estudo de caso, foram codificados, fragmentados e categorizados em unidades de significação que, ao serem interpretadas e articuladas entre si, visam explicar o universo estudado. As entrevistas tiveram o papel principal nesta fase, servindo de “epicentro da pesquisa” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 72).

No desenvolver da análise dos dados e exploração do campo, o aparecimento de relatos de violência obstétrica das próprias participantes mostrou a necessidade de descrever e categorizar o que dizem as mulheres sobre os tipos de violência obstétrica que vivenciaram. O tema específico, a princípio, não era objetivo do estudo, mas a diversidade de relatos que apareceram na análise documental, nas entrevistas das ativistas, no questionário online das ativistas e também para algumas das interlocutoras, favoreceu que este tema pudesse ser relacionado com a bibliografia. Dessa maneira também não foi incluído nos objetivos o foco no aborto, entretanto este apareceu em forma de lacuna, o que, por sua vez, será tratado como um importante achado nesta tese.

Esse processo de encontrar lacunas e oportunidades temáticas nos dados foi possível pelas constantes comparações entre as categorias iniciais e os dados, e pela constante formulação de perguntas frente aos dados e as parciais conclusões (TAROZZI, 2011).

A técnica de participação utilizada nesta pesquisa sob orientação da Teoria Fundamentada nos dados proporcionou que a coleta e a análise dos dados acontecessem de maneira integrada e perene durante toda a pesquisa. Desse processo resultaram inúmeros memorandos, sínteses, diagramas e mapas mentais para orientar a compreensão e interpretação do campo, alguns feitos junto com mulheres do Coletivo e outros apresentados durante o processo de orientação acadêmica.

As análises dos dados, bem como a conjugação destes com teorias e achados da literatura retroalimentaram minha própria participação como ativista e pesquisadora. Por ser este um grupo de mulheres que desenvolve uma relação muito próxima com a Universidade, tanto com docentes como discentes, as reflexões teóricas que influenciaram a prática do grupo vinham desse universo acadêmico comprometido com a mudança da realidade local.

A seguir, os capítulos dois e três apresentam a revisão de literatura sobre participação social e violência obstétrica realizada durante a pesquisa.

## **2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS E O CONTEXTO DE DESIGUALDADES NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Este capítulo procura relacionar distintos conhecimentos do campo da saúde coletiva e das ciências sociais para explicar fatores considerados importantes à compreensão da participação social como estratégia de enfrentamento à violência obstétrica observada no campo. Para tanto, serão apresentadas as abordagens das ciências sociais para o tema da participação social e política, destacando as principais referências teóricas que lidam com esta problemática, a fim de destacar como o tema das desigualdades sociais torna-se fundamental em qualquer objeto que venha a ser analisado no campo da saúde e da participação social em políticas públicas.

Além disso, aborda-se os principais aspectos da cultura política que marcam as políticas públicas sociais no Estado brasileiro, para problematizar o papel que a participação social assume neste contexto institucional democrático. Essa discussão visa contextualizar o tema do controle social no âmbito do sistema público de saúde, destacando-se as características do modelo de gestão pública adotado no Brasil e sua relação com o direito à saúde.

Para debater o papel das mulheres nas políticas públicas que se relacionam aos direitos sexuais e reprodutivos, serão apresentadas reflexões teóricas que revelam o papel dos movimentos sociais e do feminismo no processo de transição paradigmática de assistência à saúde reprodutiva. Esse debate busca contextualizar como foi possível colocar na agenda brasileira uma política pública como a Rede Cegonha, que trouxe em seu bojo uma arquitetura específica de participação social, sobre a qual este estudo de caso traz análises.

### **2.1. Abordagens das ciências sociais sobre participação social**

Nas ciências sociais existem diversas abordagens sobre a participação social, com distintos paradigmas teórico-metodológicos. Para abordá-los, daremos prioridade aos trabalhos da socióloga brasileira Maria da Glória Gohn. Segundo Gohn (2019b), o conceito de participação vem sendo trabalhado como tema sociológico desde as formulações clássicas da teoria da ação social de Max Weber e Talcott Parsons. Segundo a autora, as teorias da ação social influenciaram a pesquisa latino-americana até os anos de 1960, quando a ênfase dos estudos era dada aos tipos de “participação comunitária”. Entretanto, continua a autora, com a

instauração dos regimes ditatoriais nos países latinos durante a década de 1970, a participação passou a ser teorizada na perspectiva da “participação popular” da sociedade civil.

Por outro lado, na ciência política, o tema da participação social vem sendo estudado desde os anos de 1960 como um processo de “participação política”, sendo diretamente articulado ao tema da democracia e suas formas de representatividade, com destaque para a participação por meio do voto e das atividades partidárias (GOHN, 2019b). Mas, a partir da década de 1980, frente a ocorrência sistemática de manifestações de rua, protestos, marchas e ocupações de espaços públicos, os teóricos da ciência política passaram a incorporar reflexões sobre o pluralismo resultante das novas formas e canais de participação social (GOHN, 2019b).

Segundo Gohn, para compreender a participação nos dias de hoje sob a perspectiva do pluralismo torna-se necessário integrar as análises da ciência política e da sociologia:

Os partidos políticos não são os únicos atores importantes, pois há de se considerar, também, os movimentos sociais e os agentes de organização da participação social, os quais são múltiplos. Uma gama variada de experiências associativas é considerada relevante no processo participativo, como grupos de jovens, de idosos, de moradores de bairros, etc. (...) Os entes principais que compõem os processos participativos são vistos como “sujeitos sociais”. Não se trata, portanto, de indivíduos isolados nem de indivíduos membros somente de uma dada classe social. A participação tem caráter plural em termos de classes, camadas sociais e perfis político-ideológicos (GOHN, 2019b, p. 67).

Assim, a partir do final da década de 1980 a ‘participação’ passou a ser considerada um fator de integração; segundo Gohn (2019b, p. 66) “aprendendo a participar, um indivíduo pode ser integrado”. Esse período marca um contexto de profundas transformações estruturais, políticas e econômicas na América Latina, que experimentou, a partir do final dos anos de 1980, “um processo de transição à democracia, (...) com o predomínio da ideologia liberal e os efeitos deletérios dos governos militares e do endividamento externo sobre a economia e sobre a qualidade de vida da população” (FLEURY, 1994, p. 197).

Deste contexto e debate teórico emergiu a condição de “cidadania” como contraponto à exclusão social, trazendo o tema das desigualdades sociais como a justificativa mais comum para participar. Assim, para Gohn (2019a), as desigualdades sociais podem ser percebidas como as principais propulsoras das demandas sociais, dos movimentos e das políticas públicas no Brasil e na América Latina desde o final do século XX.

Sobre o entendimento da categoria “movimentos sociais”, Gohn (2011, p. 335) define como “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas”. Na prática, continua a

autora, os movimentos sociais podem tomar diferentes formas e estratégias “que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações etc.) até as pressões indiretas” (GOHN, 2011, p. 336).

Em trabalhos mais recentes, Gohn (2019a; 2019b) reúne e descreve as abordagens explicativas das ciências sociais mais recorrentes nas pesquisas sobre participação social e política, sinalizando que estas abordagens geram diferentes narrativas a respeito do engajamento, o que ela traduz na pergunta: “como e por quê as pessoas participam ou se engajam em ações coletivas, tanto da sociedade civil como nas formas de participação institucionalizadas na sociedade política?” (GOHN, 2019a, p. 36).

A autora classifica e divide as abordagens teóricas em dez tipos. Apesar de didaticamente separadas, são perceptíveis sobreposições em alguns aspectos. Para essa pesquisa de caráter exploratório que se estrutura com base nos pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados, não se tratou de escolher uma das dez abordagens, e sim dialogar com as possibilidades sobre como abordar e enunciar os achados no campo a partir do campo das ciências sociais.

Segundo Gohn (2019b), a primeira abordagem traz ênfase ao cálculo racional, mostrando um tipo de engajamento que depende da análise dos custos e benefícios. Ou seja, o indivíduo escolhe participar ou não mediante este cálculo racional. No Brasil, essa abordagem foi utilizada em estudos sobre a participação social em sindicatos na década de 1970 e, recentemente, na década de 2010, foi retomada para analisar as organizações movimentalistas contemporâneas, especialmente inspiradas em ideais neoliberais e conservadores, como o Movimento Brasil Livre-MBL (GOHN, 2019a).

A segunda abordagem amplia a perspectiva economicista racional da primeira, valorizando a posição social do indivíduo que participa. Mostra que ter acesso a alguns centros de poder e tomada de decisão interfere diretamente na opção dos indivíduos por participar ou não. Para esta abordagem, algumas características e atributos sociais podem delimitar a posição social do sujeito que participa, como: etnia, sexo, escolaridade, renda, cultura, profissão e idade. Para autores mais recentes, além dos atributos sociais, devem ser consideradas as trajetórias pessoais, familiares e escolares como principais espaços de socialização política que podem promover ou não práticas de engajamento. São ainda citadas as redes de compartilhamento e solidariedade e o sistema de retribuições pessoais como fatores condicionantes da participação social (GOHN, 2019b).

Segundo Gohn (2019a), a contribuição do sociólogo francês Pierre Bourdieu pode ser colocada nesta segunda abordagem, “para ele as disposições para o engajamento político estão ligadas às desigualdades das condições de origem e dos capitais sociais, econômicos, culturais e políticos dos agentes sociais” (GOHN, 2019a p. 38). Ou seja, no pensamento de Bourdieu segundo Gohn, a posição de classe de origem e também o resultado da socialização familiar e escolar, predispõe ou não o sujeito ao engajamento. Além disso, nessa perspectiva, o próprio engajamento surge como forma de acesso aos capitais sociais inalcançáveis.

As demais abordagens continuam em oposição à primeira, considerada limitada, e aprofundam aspectos próprios. A terceira abordagem, critica o cálculo racional para evidenciar outros fatores influentes no engajamento social. Segundo Gohn (2019a), o sociólogo, cientista político e historiador norte-americano Charles Tilly pode ser considerado o principal teórico dessa perspectiva pois, evidencia que as oportunidades e os constrangimentos à participação social são criados no contexto das organizações e instituições que geram “redes de articulações que suportam e criam as estruturas de oportunidades. Para ele, as ações estatais ao impactarem o nível local geram resistências, legitimando ou deslegitimando o repertório das disputas” (GOHN, 2019a, p. 39).

O foco dos estudos desta abordagem denominada institucionalista inclui uma atenção especial aos repertórios dos grupos e indivíduos mobilizados, relacionando-os às oportunidades e aos constrangimentos políticos que possibilitam maior visibilidade para suas demandas sociais. Esta abordagem tem sido utilizada por muitos pesquisadores na América Latina e no Brasil, com destaque para a interpretação do papel do ativista institucional como “aquele indivíduo que poderá atuar dentro ou fora das instituições, como funcionário ou não, como fomentador da ação coletiva” (GOHN, 2019b, p. 69). Esta vertente foi predominante nos estudos sobre os mecanismos institucionais de participação social nas políticas públicas criadas após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (GOHN, 2019a).

A quarta abordagem refere-se à identidade coletiva dos “novos movimentos sociais”. Ela destacou-se no Brasil, principalmente, nas décadas de 2000 e 2010, a partir da análise da mobilização política das mulheres, dos negros/as e das pessoas homoafetivas. Sob esta perspectiva, as questões de gênero e raça, dentre outras, são utilizadas para questionar as desigualdades que se dão por diferenças e discriminações sociais. Assim, o foco dado por essa linha procura evidenciar a identidade, as redes de pertencimento, solidariedade e compartilhamento de valores e o engajamento militante dos indivíduos e dos grupos que se mobilizam dentro ou fora das instituições (GOHN, 2019b).



Conforme aponta Gohn (2019b, p. 70), para esta abordagem, “a identidade é relacional e construída, no tempo e no espaço. Ela representa a identificação do 'nós' e do 'outro', e, dentro de um conflito social, permite se auto identificar e identificar o inimigo”. Nessa linha, “um movimento social é a combinação de um conflito com um adversário social organizado e da referência comum dos dois adversários a um mecanismo cultural sem o qual os adversários não se enfrentariam (...)” (TOURAINÉ, 2006 *apud* GOHN, 2007, p. 43).

A quinta corrente é a da justiça social. Esta linha de pesquisa analisa a participação política sob a ótica do reconhecimento de direitos sociais em contexto de discriminação por diferenças/diversidades ou de injustiça na ordem da distribuição de bens e direitos aos cidadãos. Da teoria crítica destaca-se a contribuição do filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas, para quem a democracia não pode ser restrita às esferas formais, conforme sinaliza Gohn:

Ao definir o que seria processo democrático e o conceito de democracia deliberativa, Habermas preconiza a ampliação da participação da sociedade em processos decisórios para o desenvolvimento da cultura democrática, propondo um modelo político de mediação entre as esferas informais – que ele denomina como mundo da vida –, e as esferas formais – de decisão institucional. Para ele, no processo de formação da opinião e da vontade política, devem-se considerar as relações intersubjetivas do mundo da vida e conteúdos normativos do Estado democrático. A participação – tanto nas esferas públicas informais como nas institucionalizadas – é, portanto, um elo importante na formação da própria opinião pública, campo fundamental de atuação das redes e mídias sociais (GOHN, 2019b, p. 70-71)

Nesta abordagem da justiça social, Gohn destaca também a contribuição do sociólogo alemão Axel Honneth, que além de influenciar a quarta abordagem anteriormente descrita, recebe grande importância no estudo dos “novos movimentos sociais”. Em sua obra, Honneth relaciona o sentimento de injustiça com problemas de não reconhecimento e defende que a solução só pode decorrer de articulação, movimento e luta política, pois “só com o movimento social o sentimento de injustiça passa a ter relevância política” (GOHN, 2014, p. 48). Gohn ressalta o conceito de “gramática moral” em Honneth que, aplicado aos conflitos sociais, representa como o sistema de linguagem expressa o que é justo e quais são os direitos de determinado grupo.

A autora considera que Honneth supera a “teoria da justiça” de John Rawls, filósofo político estadunidense influente no século XX, ao compreender que o reconhecimento não vem das instituições políticas. Também argumenta que Honneth supera a visão utilitarista do raciocínio custo-benefício como motivador das lutas sociais. Para Gohn, a teoria da luta por reconhecimento de Honneth evidencia que os sentimentos de pertencimento compartilhados

unificam as pessoas que se sentem não reconhecidas em seus aspectos intersubjetivos (GOHN, 2014).

Assim, na teoria da luta por reconhecimento de Honneth, são as experiências morais de desrespeito e privação de direitos que motivam o envolvimento nas lutas sociais. Esse processo de menosprezo das necessidades e direitos básicos das pessoas cria fraturas morais na sociedade. Gohn, sobre a obra de Honneth, conclui que a participação social nos conflitos sociais prove, portanto, das experiências morais de injustiça, além da intrínseca influência resultante das relações de poder, dos interesses divergentes e da ordem social (GOHN, 2014). Nas palavras do próprio Honneth,

o hùmus dessas formas coletivas de resistênciã é preparado por semânticas subculturas em que se encontra para o sentimento de injustiça uma linguagem comum, remetendo, por mais indiretamente que seja, às possibilidades de uma ampliação das relações de reconhecimento (HONNETH, 2009, p. 267).

Preocupado em dar sequência e aprimorar a teoria do reconhecimento a partir dos pensamentos clássicos do filósofo alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel e do filósofo norte-americano George Herbert Mead (expoente da corrente teórica do pragmatismo), que compreendiam que os sujeitos na sociedade moderna precisam desenvolver sua própria autonomia, Honneth trabalha com a noção de moral e ética, entrelaçadas ao direito e aos pactos coletivos da sociedade, para demonstrar a importância de se considerar as condições intersubjetivas, necessárias à liberdade de autorrealização do sujeito humano, nas estruturas que se pretendem universais (HONNETH, 2009).

A sexta abordagem é a do engajamento militante ou neomarxista, que tende a analisar a participação social articulada à luta de classes, como parte do processo histórico de busca dos subordinados do sistema econômico pela transformação da realidade social. Entretanto, há uma divisão nesta abordagem: de um lado a base do interacionismo simbólico e de outro a base marxista que, necessariamente, articula o conceito de participação às categorias lutas de classes e movimentos sociais. Para a autora, a abordagem neomarxista é uma das poucas que dá importância ao aspecto econômico, considerando tanto as forças do mercado, quanto o poder do sistema financeiro como “elementos fundamentais para se compreenderem os níveis de desigualdade socioeconômica na sociedade brasileira, assim como em outros países capitalistas” (GOHN, 2019b, p. 71).

Com relação à influência do interacionismo simbólico nesta sexta abordagem, Nunes (2013) destaca a visão de “comportamento coletivo” do sociólogo estadunidense Herbert Blumer e a teoria do *frame* da ação coletiva do sociólogo canadense Erving Goffman ou,

como traduzida para o português, a teoria do enquadramento. Blumer, segundo Nunes (2013), diferencia três tipos de movimentos sociais, os gerais, os específicos e os expressivos e, para todos, o autor afirma que um “estado de inquietude social” compartilhado entre os indivíduos serve como base e o movimento acontece direcionado à geração de mudanças sociais (NUNES, 2013, p. 259).

Na teoria do enquadramento ou *framing*, por sua vez, Goffman apresenta o quadro/*frame* como um conceito que representa um artifício utilizado pelo movimento social para selecionar “o que” e “como” a realidade será percebida, condicionando a comunicação e a experiência no seu interior (NUNES, 2013). São componentes deste frame, três tipos de enquadramentos:

o enquadramento diagnóstico, onde se apresenta uma nova interpretação dos assuntos ou eventos, com a intenção de mobilizar à ação; o enquadramento prognóstico, apresentando uma solução ao problema diagnosticado; o enquadramento motivacional, em que se tenta prover uma razão ou motivo para agir conjuntamente. Vários estudos empíricos subsequentes identificaram e analisaram vários tipos de enquadramento prognóstico que movimentos sociais específicos construíram e efetivaram, concluindo que, em geral, os movimentos tendem a identificar vítimas de uma tipo de injustiça e amplificar simbolicamente essa vitimização (NUNES, 2013, p. 264-5)

A sétima linha acadêmica aborda o decolonialismo e o pós-colonialismo, atualizando a tradição crítica do pensamento latino-americano. O pós-colonialismo reúne estudos literários e culturais que deram início a uma nova onda acadêmica nas ciências sociais, que chegou tardiamente no Brasil, fazendo uma crítica nova às bases da modernidade que estava no auge de seu projeto de globalização: “não existe modernidade sem colonialidade e não existe colonialidade sem exploração e opressão” (BALESTRIN, 2013 p. 90). Esta abordagem compreende que, frente ao jeito eurocêntrico de contar e registrar a história da modernidade, torna-se necessário um “giro descolonizador”, permitindo que a inclusão dos “outros” da história descolonize a narrativa imperialista do mundo e seu projeto de globalização, que teve início com a dominação das Américas e trouxe consigo o padrão de controle da natureza, dos corpos, das raças, dos sexos, das economias e das culturas.

O “giro descolonizador” ou “giro decolonial” permite perceber na modernidade o papel obscuro do universalismo, do sexismo e do racismo como estruturais, “padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado, estabelecido a partir da América” (QUIJANO, 2005, p. 9). Para o sociólogo peruano Aníbal Quijano (2005), a modernização não é para todos e a colonialidade é sua condição permanente. A partir dessas linhas de pensamentos iniciais o grupo se inspirou também nas teorias críticas da modernidade,

produzidas na Europa e nos EUA, nos estudos subalternos asiáticos, no feminismo chicano, na teoria pós-colonial e na filosofia africana, para alimentar uma permanente reflexão ou, como coloca o antropólogo colombiano Escobar, servir como um “programa de investigação (...) sobre realidade cultural e política latino-americana, incluindo o conhecimento subalternizado dos grupos explorados e oprimidos” (ESCOBAR apud BALESTRIN, 2013 p. 99).

A oitava abordagem foca nas questões relacionais e no ativismo via internet, o cyberativismo. “Na atualidade, os principais movimentos sociais atuam por meio de redes sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais ou transnacionais, e utilizam-se muito dos novos meios de comunicação e informação, como a internet” (GOHN, 2011, p. 336). Segundo Gohn (2019b), ainda que possua suas bases teóricas centradas no interacionismo simbólico e na teoria da ação comunicativa de Habermas, a participação pela internet transformou completamente o modo de se relacionar, trazendo o destaque para as microrrelações, sem descuidar dos fatores macroestruturais.

O poder das mídias e das redes de comunicação aguçou o interesse pelo entendimento das relações pessoais entre os indivíduos e grupos, as relações cotidianas, para muito além de relações profissionais, de solidariedade classista, ou outras no plano macroestrutural. Nas interações e na subjetividade, estudando a dinâmica interna das diversas redes, identificam-se inter-relações que podem atribuir força, dinamismo e intensidade às ações de um grupo. Os movimentos sociais constituem redes, e eles também modificam sua estrutura e funcionamento (GOHN, 2019b, p. 73).

No contexto desta abordagem do século XXI, a dimensão microrrelacional passa a ser encarada como fundamental aos movimentos sociais, tanto para motivar a participação, quanto para combater a exclusão social. Isso porque compreende-se que não será a posição na economia que dará aos indivíduos o status de participante na cidadania: “ter apenas um emprego não resolve o problema da participação, (...) eles precisam estar articulados às redes societárias, desenvolver interações frequentes e contínuas com seus pares” (STASSEN *apud* GOHN, 2019b, p. 74). Nesta linha, Gohn destaca as contribuições sobre o papel das emoções nos processos de mobilização social, como as formulações do sociólogo estadunidense James Jasper e do sociólogo espanhol Manuel Castells, influenciado pelas contribuições do neurobiólogo chileno Humberto Maturana, que trazem uma perspectiva de abordagem cultural para a participação social e que demonstram que tipos diferentes de emoções criadas a partir dos laços afetivos também devem ser consideradas na abordagem do engajamento (GOHN, 2019a).

A nona abordagem, por sua vez, supera as lutas identitárias ao trazer o foco para a categoria gênero e, assim, reafirmar novos sujeitos políticos e históricos que foram criados a partir da luta social feminista. Para Gohn, o movimento social das mulheres foi um dos que mais avançou no combate às desigualdades sociais, pois o fez de maneira atrelada à exigência de respeito às diversidades culturais. Organizada a partir dos grupos de mulheres feministas,

a participação das mulheres não se resumiu à entrada nas universidades, no mercado de trabalho, ou ao exercício de atividades até então exclusivas dos homens. Ela clamou por igualdade de gênero, não só para as mulheres, mas para todas as formas de ser humano, para todas as possibilidades de ser mulher. Abriu as portas para a participação e para as demandas de todos os homoafetivos, e lutou para quebrar barreiras de raça e cor. De todos os movimentos sociais que participaram da cena pública nos últimos cinquenta anos, o das mulheres foi um dos que mais avançou, no sentido de combate às desigualdades, talvez o que mais questionou as diferenças sociais e exigiu respeito às diferenças culturais (GOHN, 2019b, p. 74-75).

Por fim, a décima e última abordagem descrita pela autora engloba a participação social dos chamados “autonomistas” que, com suas práticas de desobediência civil, dentre outras, destacam-se neste século XXI. Segundo Gohn (2019b), esta forma de participação antiga tem sido reelaborada em todo o mundo, principalmente entre jovens descrentes do processo político institucional. A característica diferencial desses movimentos tem sido a horizontalidade nas relações que, sem recorrer a organizações hierarquizadas, atuam a partir da interconexão entre as diferentes redes e atores sociais que o compõem.

Este tipo de autonomia, segundo a autora, pode ser encontrado no histórico movimento dos povos indígenas, mas difere-se da autonomia em relação ao Estado e partidos políticos que era preconizada pelos movimentos sociais brasileiros da década de 1980. A autonomia destes movimentos atuais advém “do anarquismo, do socialismo utópico ou do individualismo do século XIX e início do século XX” (GOHN, 2019b, p. 75) e esteve presente, por exemplo, nas manifestações de junho de 2013 que eclodiram de maneira difusa no Brasil.

A partir desta descrição, Gohn (2019b) conclui que, no Brasil, os processos de inclusão social e de reconhecimento de antigos e novos direitos têm sido explicados pelas diferentes abordagens como resultados de lutas sociais que se deram dentro e fora do Estado em torno das políticas públicas implementadas desde a promulgação da Constituição de 1988. Dentre os movimentos exitosos percebidos neste período pela autora, destaca-se a abordagem de gênero, com análises sobre a mobilização política de grupos de mulheres, coletivos de mulheres afrodescendentes e de grupos que se organizam no debate da pauta homoafetiva. A autora afirma que as mulheres “têm conseguido estabelecer diálogos e inter-relações entre

várias formas de manifestação das desigualdades - de gênero, raça, etnia, geracional, nacionalidade, religião etc.” (GOHN, 2019b, p. 77).

Para Gonh (2007), entretanto, apesar da massiva presença de mulheres nos diferentes movimentos sociais, elas precisam lidar com a invisibilização de sua participação política pois, frequentemente, deixam de serem destacadas como atrizes sociais nas análises que focam apenas, de maneira genérica e invisibilizadora, nos atores sociais. A autora resume, a seguir, a ampla inserção política das mulheres na esfera da participação social:

Quais são as principais ações coletivas em que encontramos o protagonismo das mulheres? As respostas iniciais são: as mulheres estão nas redes associativas e de mobilização estruturadas em organizações não-governamentais (ONGs), nas associações de bairro e nas associações comunitárias, em entidades assistenciais, nas organizações criadas por empresas a partir de políticas de responsabilidade social, em organizações populares que atuam junto a mediadores (como entidades articuladoras e fóruns), nos movimentos sociais propriamente ditos e nos diversos conselhos de gestão pública compartilhada existentes. As mulheres são maioria nos movimentos feministas, nos movimentos populares de luta por melhores condições de vida e trabalho e nas redes e fóruns transversais que ultrapassam as fronteiras nacionais. Nos movimentos organizados segundo a temática do gênero, as mulheres destacam-se por serem as que têm tido os maiores índices de participação e de organização de suas demandas em entidades associativas (certamente estamos considerando nos movimentos de gênero a presença feminina e a masculina). As mulheres também sustentam, majoritariamente, as redes solidárias de projetos sociais que trabalham pela inclusão de crianças e adolescentes nas ruas; educadores das escolas articulam-se com grupos comunitários e desenvolvem trabalhos contra a violência e o uso de drogas (GOHN, 2007, p. 44-45).

Em outra crítica às diferentes abordagens acadêmicas apresentadas, a autora conclui que a maioria das abordagens deixa de analisar o impacto da participação política na superação da desigualdade social. Para a autora, as desigualdades sociais só podem ser enfrentadas a partir de mudanças estruturais “diretamente no plano econômico - a forma de apropriação ou distribuição da renda gerada na sociedade - e no plano político, do poder - a vontade efetiva de governar priorizando as necessidades básicas e não os interesses de poucos” (GOHN, 2019b, p. 77).

Para a autora, algumas destas abordagens “confundem diferença com desigualdade” (GOHN, 2019a, p. 60) sem apresentar uma agenda de superação das desigualdades sociais. Ainda segundo a autora, o desafio para as novas pesquisas sobre a participação está em articular conhecimentos que possibilitem “novas agendas sobre como tratar as desigualdades socioeconômicas juntamente com o respeito às diferenças socioculturais” no contexto das democracias (GOHN, 2019a, p. 65).

## **2.2 As políticas públicas e o desafio das desigualdades sociais**

Segundo Robert Dahl (2001), a democracia não pode assegurar que seus cidadãos sejam felizes, prósperos, saudáveis, sábios, pacíficos e justos. Para ele, na prática, a democracia é independente do governo e “jamais corresponde aos seus ideais”. Apesar dos defeitos, afirma o autor, os benefícios da democracia a tornam mais desejável que qualquer outra alternativa. A democracia evita a tirania e garante a aprovação das leis pelo povo; contribui para o desenvolvimento humano e funda direitos humanos essenciais; favorece a liberdade e a autonomia moral, gerando assim o exercício da responsabilidade; permite a proteção dos interesses pessoais essenciais; possibilita igualdade política aos cidadãos; e, por fim, incentiva a busca pela paz e pela prosperidade (DAHL, 2001).

Para o cientista político argentino Guillermo Alberto O’Donnell, o fundamento da democracia é a concepção do ser humano como um “agente”. Segundo o autor, o indivíduo se constitui como agente por meio do tecido social, cujas relações são complexas e legalmente reguladas, o que o leva a concluir que “existem estreitas conexões entre a democracia, o desenvolvimento humano e os direitos humanos” (O’DONNELL, 2013, p. 16).

O desenvolvimento humano e os direitos humanos, conforme mostra O’Donnell, são “elementos cruciais em comum”: ambos focam nos seres humanos e se ocupam das condições, direitos e capacidades necessários para uma vida digna. Sendo que, originalmente, “o conceito de desenvolvimento humano se concentrava no contexto social, enquanto o de direitos humanos o fazia no sistema legal e na prevenção e reparação da violência estatal” (O’DONNELL, 2013, p. 18).

Segundo o autor, as correntes do desenvolvimento humano e dos direitos humanos são, necessariamente, universalistas, pois preocupam-se em como as mínimas condições e direitos básicos poderão ser aplicáveis a todo e qualquer ser humano, independente de suas características sociais, culturais e biológicas.

Para Avritzer e Costa (2004), a obra de O’Donnell faz parte da corrente que originou a Ciência Política, denominada “teorias da transição democrática”. Os autores afirmam que esta perspectiva contribuiu e influenciou os estudos realizados na América Latina entre as décadas de 1970 e 1980, valorizando os processos de construção institucional como principais elementos de análise dos processos de democratização das sociedades. Segundo os autores, de maneira crítica a esta abordagem, surgiu na década de 1990 uma abordagem sociológica da democratização.

Nesta nova abordagem, segundo Avritzer e Costa (2004), o objetivo tem sido demonstrar que, além da importância dada à construção das instituições, a democracia se manifesta na prática cotidiana, configurando um novo momento democrático, onde a ideia de transição democrática pode ser substituída pela ideia de processo permanente de luta pela concretização da democracia e da soberania popular. Conforme explicam os autores:

Dessa maneira, a crítica sociológica às teorias da transição indica a necessidade de estudar, de forma reconstrutiva, o modelo concreto de relacionamento entre o Estado, as instituições políticas e a sociedade, mostrando que nessas interseções habita, precisamente, o movimento de construção da democracia (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 704).

Segundo Avritzer e Costa (2004), a teoria crítica tomou como conceitos fundantes a ideia de Sociedade Civil e Espaço Público, tendo como expoentes o filósofo alemão Jürgen Habermas e o sociólogo e psicólogo italiano Alberto Melucci, entre outros. A partir do conceito de esfera pública de Habermans, duas linhas de investigação tornaram-se destaques: a linha que se dedicou ao estudo dos meios de comunicação de massa, e a linha que estudou os movimentos sociais e a sociedade civil, tendo Melucci como um dos teóricos destacados. De acordo com os autores, ainda que diferentes entre si, as duas abordagens compartilham a ideia de que movimentos sociais e associações voluntárias pressupõem o desenvolvimento do espaço público enquanto “esfera dialógica e interativa”, onde possam formular novas questões e problematizar “o estabelecimento de fluxos de comunicação característicos de uma forma de ação” (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 706).

Neste contexto, os autores destacam a Teoria da Ação Comunicativa de Habermans que, partindo da divisão da sociedade em “sistema” e “mundo da vida”, postula que no mundo da vida diferenças de interesses e disputas de poder podem ser pacificadas pela “força sociointegrativa” resultante das práticas comunicativas voltadas ao entendimento, evitando que os conflitos precisem migrar para o plano político. Segundo os autores, a teoria de Habermans defende que a legitimidade política resulta de um processo de comunicação onde acontece “formação de opinião” e “vontade coletiva”:

Segue-se a percepção de uma ambivalência constitutiva da esfera pública: nela desembocam tanto os fluxos comunicativos originados no mundo da vida – portanto gestados em relações voltadas para o entendimento – quanto os esforços de utilização dos meios de comunicação para a produção de lealdade política e para influenciar as preferências de consumo. A canalização dos fluxos comunicativos provindos do mundo da vida para a esfera pública é operada, fundamentalmente, pelo conjunto de associações voluntárias desvinculadas do mercado e do Estado a que se denomina sociedade civil (AVRITZER; COSTA, 2004, p. 709).



Os autores ponderam que, para a teoria de Habermans, as chances que as associações voluntárias e os movimentos sociais têm de influenciarem a esfera pública ao realizarem contraponto aos atores sistêmicos, só podem ser observadas em realidade no seu contexto, variando a cada caso (AVRITZER; COSTA, 2004). Nesse sentido, para analisar o contexto latino-americano dos movimentos sociais que atuam na esfera pública democrática, é importante destacar a crise do modelo burocrático que domina a administração pública estatal, processo que evidencia a crise do próprio Estado em si e suas decisões econômicas que não atendem plenamente às demandas da população.

Para Contreiras e Matta (2015), na década de 1980 as teses políticas que defendiam a redução da intervenção e dos gastos estatais e o fortalecimento do mercado e da sociedade civil ganharam legitimidade no contexto de crise econômica mundial, o que gerou uma onda de reformas estatais que impactaram os sistemas de saúde que, naquele momento, viam-se pressionados pelo alto custo da incorporação tecnológica e pelas consequências do envelhecimento da população.

Esta crise do Estado e a conseqüente necessidade de reformas revelam os limites dos próprios modelos democráticos da América Latina e da Europa e definem os contornos que possibilitam e limitam a participação social no campo das políticas estatais (MILANI, 2008). No debate da gestão de políticas públicas, a participação social assume funções distintas, a depender do contexto. Sobre o conceito de participação social, Milani (2008) afirma que seu lócus de existência se encontra na realidade social, na qual “as relações sociais ainda não estão cristalizadas em estruturas. Sua ação é relacional; ela é construção da/na transformação social. As práticas participativas e suas bases sociais evoluem, variando de acordo com os contextos sociais, históricos e geográficos” (MILANI, 2008, p. 560). Frente ao debate da participação social, nas políticas públicas, Milani questiona:

Se houver desconfiança em relação aos atos dos representantes políticos e sendo a burocracia ineficiente e pouco transparente aos cidadãos, o que fazer para não comprometer as instituições políticas democráticas e assegurar a efetividade da gestão pública? Desde meados dos anos 1980, as respostas ao dilema “necessidade de políticas públicas efetivas versus garantia de controles democráticos” têm sido múltiplas, dependendo sempre de contextos históricos distintos, visto que a evolução das burocracias nacionais conheceu variações importantes (MILANI, 2008, p. 553).

Segundo Milani (2008) os modelos construídos para enfrentar tal dilema tendem a incluir, por exemplo, estratégias de descentralização, adoção de mecanismos de responsabilização dos gestores (*responsiveness* e *accountability*), gestão pública por resultados, incremento do controle social, além de dispositivos de participação social que

visam chamar cidadãos e organizações cívicas para atuarem como atores políticos da gestão pública (MILANI, 2008).

Neste âmbito, vale ressaltar o papel da abordagem produzida pelo campo de análise das políticas públicas, a fim de compreender como as diferentes fases que compõem esse processo político podem permitir ou dificultar a participação da sociedade. Para Baptista e Rezende (2015), o ciclo de políticas públicas, bastante aplicado nas pesquisas e intervenções da área, compõem-se de diferentes fases, a saber: 1) reconhecimento do problema e montagem da agenda; 2) Formulação da política e tomada de decisões; 3) implementação; e 4) avaliação. As autoras resgatam aspectos históricos e teóricos que explicam como essas fases foram formuladas e apresentam uma análise crítica sobre como o ciclo de políticas públicas pode facilitar e/ou comprometer a qualidade da participação da sociedade neste processo.

Para as autoras, as características do sistema político federativo brasileiro trazem uma complexidade singular à análise de políticas públicas. Elas destacam a complexa relação entre União, Estados e Municípios, no que diz respeito à indução de políticas nacionais e a autonomia local para adesão às mesmas, e as diferenças institucionais que, uma vez articuladas para implementarem uma política, geram trajetórias distintas e de difícil gestão. Por isso, as autoras concluem que:

a ideia de um ciclo da política com fases delimitadas parece funcionar muito mais como um artifício para o controle e definição de políticas que subsidiem a tomada de decisão do que para análises críticas dos processos políticos em curso. Na perspectiva crítica do processo político, importa saber em que contextos se inserem as políticas (as especificidades) e o arranjo que se constitui em cada caso, de modo a possibilitar análises que reflitam o debate político em questão e que não são simples reproduções de modelos políticos racionais e universais (BAPTISTA; REZENDE, 2015, p. 161).

Neste contexto, o tema da influência do patrimonialismo na racionalidade da administração pública e nas políticas sociais também ganha destaque, pois tem sido constante em trabalhos e debates científicos. Segundo Matta, Ferreira e Silva (2014), podemos entender que o Patrimonialismo foi o primeiro modelo de administração pública adotado no Brasil, desde o período colonial, em 1500, passando pelo período imperial, de 1822 a 1889, até o fim da República Velha, de 1889 a 1930. Para os autores, a característica central do patrimonialismo consiste em “arbitrariedade nas decisões, tendo parâmetros pessoais como medida para a tomada de decisão, em que o governante não faz distinção do que é particular e público” (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014, p. 18) e,

a preservação de poder acontece pelo repasse de cargos públicos e pela cessão de terras. Existe ainda, um forte domínio dos padrões sobre os seus

empregados, de forma que eles têm poder até mesmo sobre as suas decisões políticas (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014, p. 18).

Segundo Cardoso *et al* (2016), a cultura política patrimonialista/paternalista influencia de maneira marcante os problemas impeditivos da participação e controle social na política pública. A ideia de má gestão é atribuída ao comportamento dos representantes eleitos democraticamente que se acostumam a prevalecer seus interesses pessoais em detrimento do bem-público, muitas vezes de maneira corrupta, isto é, contrária a lei. “O Brasil ainda carrega em sua gestão, de que para tudo tem-se uma solução, um *jeitinho carismático* de se resolver, os políticos brasileiros ainda carregam essa cultura e os atos corruptos e outros tipos de crimes contra a administração pública” (MOTTA *et al*, 1999 *apud* CARDOSO *et al*, 2016, p. 69).

A utilização dos conceitos de patriarcalismo e patrimonialismo como definidores característicos da cultura política da sociedade brasileira marca um lugar comum do pensamento social brasileiro no século XX, tendo como um de seus expoentes o autor Sérgio Buarque de Holanda (1936). Essa construção de conceitos que buscam explicar as estruturas de dominação e as disputas pelo poder que acabam por configurar padrões de conduta e estruturas sociais mais amplas, resultou em uma das interpretações clássicas da realidade social brasileira (SOUZA, 2015).

Para entender a formulação dos conceitos de patrimonialismo e patriarcalismo, vale ressaltar a influência da sociologia clássica de Max Weber. Em Weber, há uma complexidade para a análise das relações de poder e dominação formuladas a partir do conceito de “Tipo Ideal”. Ao serem analisadas como um tipo de “ação social”, as relações de dominação envolvem a noção de reciprocidade, ou seja, se de um lado há o sujeito mandatário ou outro tipo de liderança, do outro lado estão os que ocupam a posição de subalternos, sendo diversos os motivos que levam os sujeitos a participarem destas relações de dominação (WEBER, 1995).

Ao buscar compreender as formas de dominação que configuram a sociedade brasileira, Buarque de Holanda constrói sua análise sendo influenciado pelo pensamento weberiano, o que se reflete na complexidade da construção do conceito de “homem cordial”, um tipo ideal que age por emoção influenciado pela cultura do patriarcalismo e do patrimonialismo, que permite a interpretação de nossa realidade social. Em *Raízes do Brasil* (1936), obra que ainda mantém sua atualidade para pensarmos a sociedade brasileira, estabelece-se um rico debate sobre as estruturas/sistemas de dominação, tanto no campo político como no campo social mais amplo (HOLANDA, 1995).

A partir da análise da constituição histórica da sociedade colonial e da herança cultural portuguesa, o autor identifica mentalidades que moldaram as relações sociais da época e traça continuidades que irão, pouco a pouco, definir características mais gerais da sociedade brasileira, desembocando ao conceito que aqui nos interessa, de patriarcalismo como a forma predominante de relações sociais, o que leva à estruturação dos sistemas de dominação e a formação do campo político impregnado com essa característica. Em Buarque de Holanda, características como personalismo, patriarcalismo, patrimonialismo e clientelismo são formas que persistem no tempo, mesmo diante a transformação estrutural da sociedade com o fim do período colonial (HOLANDA, 1995).

Segundo Souza (2015), o debate trazido por Buarque de Holanda (1995) caracteriza um Estado “negativo” que seria “naturalmente” incapaz de atender às funções que lhes são próprias. Para Souza, entretanto, trata-se de uma ideologia perversa, pois serve ao discurso liberal que coloca o mercado em oposição a essa incapacidade do Estado, embasando um senso comum onde:

o mercado capitalista deixa de ser uma instituição ambivalente (...) para ser apenas o reino da 'virtude por excelência', enquanto ao Estado, campo de disputas atravessado por diversos tipos de interesses, resta apenas a imagem da corrupção em torno de uma suposta 'elite privilegiada', a qual, como ninguém a define, se refere a todos e a ninguém (SOUSA, 2015, p. 21).

Para Souza (2015), é a partir da obra de Holanda que temos a formulação de uma ideia de Brasil amplamente disseminada, tanto do ponto de vista sociológico como do ponto de vista social no senso comum, o que acaba reforçando características negativas de nossa sociedade e, em última instância, contribui para uma inferiorização frente a outras sociedades tidas como superiores. Para o autor, as teorias que partem da classificação das sociedades em posições centrais ou periféricas, segundo a lógica econômica de desenvolvimento capitalista e de “modernização” da sociedade, cometem na ciência o que ele denomina como “racismo cultural”, e fazem isso ao atribuir, de maneira explícita ou oculta, uma divisão entre os países e as culturas a partir de binômios paradoxais como “central-periférico”, “avançado-subdesenvolvido”, “superior-inferior”, “racional-passional”, “impessoal-corrupto”.

Na lógica do “racismo cultural”, as sociedades centrais são vistas como racionais e universais e a elas são relacionados os conceitos de modernidade, impessoalidade e confiança, pelo fato de possuírem um estoque cultural cognitivo e moralmente superior ao das sociedades periféricas, onde tudo acaba sendo visto como mais primitivo, pessoal e corrupto, justamente por serem sociedades passionais e particularistas (SOUZA, 2015). O objetivo

desta lógica foi “transformar a sociedade norte-americana do pós-guerra em modelo absoluto, concreto e realizado de todas as promessas da modernidade ocidental” (SOUSA, 2015, p. 17).

Para Jessé Souza (2015), a institucionalização desta lógica que dicotomiza razão e afeto tem sido crucial para a reprodução e cristalização das relações sociais de dominação no Brasil e o complexo de “vira-lata” que coloca os brasileiros como inferiores ao mundo. Para Souza (2015), o foco deveria voltar-se ao combate concreto das desigualdades sociais.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo. Entre as principais causas que têm sido apontadas para a desigualdade social no Brasil estão: a falta de acesso à educação de qualidade, o desemprego e os baixos salários, a política fiscal injusta e a dificuldade de acesso aos serviços públicos básicos (saúde, transporte público e saneamento básico, segurança pública, lazer e cultura, entre outros) (OPAS, 2019).

De acordo com Barata (2001), o debate das desigualdades sociais no campo da saúde vem de longa data, remetendo às pioneiras investigações epidemiológicas no século XIX sobre as epidemias, doenças ocupacionais, mortalidade infantil e outros problemas que foram trabalhados por autores clássicos como Engels, Snow, Louis e Virchow que relacionaram as condições de vida de determinados grupos populacionais com sua situação de saúde, concluindo que para a população mais pobre o risco de adoecer e morrer era maior quando comparado às demais classes sociais. Para a autora, as desigualdades sociais na saúde podem ser abordadas a partir das diferenças nas condições de vida, entretanto, existe um paradoxo que precisa ser considerado:

A institucionalização da linha de pobreza tornou possível monitorar tendências sociais e de saúde entre pobres e não pobres, seja na comparação entre países ou dentro dos países. Entretanto, ocorre um paradoxo: nem sempre os países mais ricos são os mais saudáveis, ou apresentam os melhores níveis de saúde. As desigualdades assumem a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em diferentes posições na organização social e se manifestam tanto nas sociedades desenvolvidas quanto naquelas em desenvolvimento ou não desenvolvidas (BARATA, 2001, p. 4).

Barata (2001) mostra como fica mais difícil a sociedade lidar com as desigualdades quando estas são relativas, e não resultantes diretas da absoluta privação de direitos que ocorre na extrema pobreza. Isso porque, segundo a autora, os enfoques que se baseiam nesta oposição entre pobreza e riqueza tendem a analisar as desigualdades como produzidas, principalmente, na esfera do consumo. Já os enfoques centrados nas diferenças relativas, esses procuram interpretar as desigualdades em saúde como resultado da organização da sociedade, de maneira que a posição social que o indivíduo ocupa nesta sociedade torna-se mais

determinante do que o acesso aos serviços de saúde e os hábitos individuais de saúde, por isso torna-se importante e necessário o conceito de exclusão social.

Para Jodelet (2001 *apud* PATIÑO; FARIA, 2020), a exclusão social pode ser percebida nas formas como a sociedade organiza a interação entre pessoas e grupos, produzindo o afastamento de certos sujeitos em casos de segregação, a marginalização de indivíduos para que não acessem as instituições e nem façam parte do corpo social e a negação de direitos, bens e papéis sociais àqueles que são discriminados por seus atributos pessoais.

Segundo Lansky (2010), o contexto brasileiro de desigualdade social e econômica impacta diferentemente o acesso de mulheres e recém-nascidos à assistência qualificada de saúde no pré-natal, parto e nascimento. Para a autora, “a desigualdade na mortalidade infantil, perinatal e materna é também responsabilidade do sistema de saúde e, para a sua redução, os serviços de saúde devem ser mais acessíveis e eficientes onde os riscos são maiores” (LANSKY, 2010, p. 192). Para Belém e colaboradores (2021), a desigualdade social é a causa profunda das dificuldades assistenciais encontradas pelas mulheres na hora do parto. Os resultados da pesquisa realizada no semiárido nordestino mostram as mulheres apelando aos “desígnios divinos” diante dos obstáculos enfrentados no acesso aos serviços de saúde, deixando evidente a persistência da terrível “peregrinação anteparto”.

Barata (2001) demonstra que as políticas sociais que visam diminuir as desigualdades sociais em saúde seguem, em geral, dois caminhos: uma abordagem diretamente voltada à redução da pobreza e outra voltada a atender as distintas necessidades a partir do princípio da equidade, ou seja, a partir da compreensão de que as necessidades de saúde são diferentes e que, para serem atendidas, devem mobilizar diferentes recursos do Estado e da sociedade a fim de produzir alguma dimensão de justiça social.

Segundo a autora,

(...) para atender a estas exigências as políticas de saúde deverão ter algumas características. Para preservar o direito de todos à saúde elas devem ser universais e buscar o atendimento integral das necessidades sem classificá-las segundo o tipo de assistência necessária para atendê-las. Para basear-se nas necessidades da população os sistemas devem ser locais, isto é, organizarem-se por território, e finalmente, deve haver a participação dos grupos sociais organizados nas definições das diretrizes da política de saúde (BARATA, 2001, p. 10-11).

Para Gohn (2011), os movimentos sociais têm capacidade para realizarem diagnósticos que orientem a construção de propostas para alterar a realidade social, agindo como resistência à exclusão social. Para ela, os movimentos sociais que participam das

políticas públicas contribuem para o “empoderamento” dos atores sociais organizados, criando identidades que permitem a seus participantes o sentimento de pertencimento e inclusão social. A seguir, explora-se o tema da participação social das mulheres nas políticas de saúde sexual e reprodutiva.

### **2.3 A participação social das mulheres nas políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva**

A reprodução humana no campo da saúde tem sido extensa e quase unicamente abordada pelo viés da saúde da mulher, em consequência das relações sociais de gênero. Segundo Judith Butler (2003), filósofa estadunidense, o sistema binário de sexo/gênero define (e aprisiona) quem seja homem e mulher conforme a anatomia genital e estabelece uma norma social que busca impor uma heterossexualidade compulsória.

Para Butler (2003), esse sistema normativo, por sua vez, reproduz-se por meio da linguagem e da política, sendo cotidiana e institucionalmente reiterado por meio de discursos, sistemas de signos e práticas sociais que estabelecem o imaginário de homem, que carrega em si o sentido da liberdade de poder tudo por meio e além de seu corpo; e, a imagem de mulher, cuja existência restringe-se ao corpo marcado por limites do que pode e não ser e fazer<sup>12</sup>.

Tal como exemplifica Ferreira (2016):

a possibilidade supostamente essencial da mulher engravidar se torna um instrumento legitimador de sua condição feminina, sem o qual a sua qualidade natural de mulher poderia ser contestada. O mesmo acontece com o homem se sua capacidade de fecundar estiver em risco; põe-se em risco a sua própria masculinidade. Ou seja, para que uma pessoa seja socialmente mulher ou homem, ela deve reiteradamente se comportar de modos específicos e possuir certas capacidades (forjadamente) naturais que sejam consideradas femininas ou masculinas (FERREIRA, 2016, p. 176).

Segundo Silva (2012), as mulheres seguem sofrendo controle, apropriação e manipulação social pela sua capacidade biológica de gerar crianças para que assim, dessa maneira, a função primordial de procriar, base das relações de gênero, seja “permanentemente atualizada”. Para a autora, “a busca da autonomia sobre o processo de reprodução pode e deve ser pensada como extrema subversão, abrindo perspectivas de mudanças no status social da

---

<sup>12</sup> Butler ganhou destaque internacional com seus estudos sobre feminismo, homossexualidade e seu ativismo político em defesa dos direitos de pessoas gays, lésbicas e trans. Para Butler (2003), o gênero deveria ser visto mais como uma performance identitária variável, que só existe mesmo através das próprias expressões e ações do indivíduo, do que como uma identidade estática e sustancial que defina a totalidade do ser. Segundo a autora, o gênero denota “um ponto relativo de convergência entre conjuntos específicos de relações, cultural e historicamente convergentes” (BUTLER, 2003, p. 29).

mulher e apontando no sentido da instituição de uma nova ordem de gênero” (SILVA, 2012, p. 1254).

Para a socióloga brasileira Lucila Scavone (2001), a relação do movimento feminista com a maternidade pode ser compreendida em três fases, distintas segundo a obra das sociólogas francesas<sup>13</sup> Michèle Ferrand e Annette Langevin: num primeiro momento a maternidade foi colocada como uma desvantagem biológica feminina, um defeito natural (“*handicap*”) que favorecia o lugar de submissão feminina no sistema patriarcal. Isso porque, segundo a autora, houve influência de Simone de Beauvoir, teórica francesa que questiona a função da maternidade no contexto pós-guerra e traz à tona os temas da liberdade sexual, contracepção e aborto.

Para Scavone (2001), a influência de Beauvoir representa:

um marco da passagem do feminismo igualitarista para a fase do feminismo “centrado na mulher-sujeito”, dando os elementos necessários para a politização das questões privadas, que eclodiram com o feminismo contemporâneo. Um dos elementos radicais desta politização relacionava-se à maternidade, isto é, refutar o determinismo biológico que reservava às mulheres um destino social de mães. A maternidade começava, então, a ser compreendida como uma construção social, que designava o lugar das mulheres na família e na sociedade, isto é, a causa principal da dominação do sexo masculino sobre o sexo feminino (SCAVONE, 2001, p. 138).

Num segundo momento, no século seguinte, a partir da década de 1970, as mulheres mudam essa visão e passam a ver a maternidade e o parto como um processo de força e empoderamento, algo único para as mulheres. Essas duas visões opostas traziam as diferenças biológicas entre os corpos do sexo feminino e masculino como centrais no debate sobre as opressões socioculturais machistas e patriarcais. Foi apenas num terceiro momento do feminismo que as diferenças biológicas deixaram de ocupar esse lugar central no debate, e a maternidade passou a ser observada sob uma perspectiva de gênero e socialização cultural (SCAVONE, 2001).

Segundo Scavone (2001), a compreensão desse processo dividido didaticamente em três momentos históricos, permite analisar a maternidade como uma prática social que, como outras, possui contradições, transformações e permanências. A autora argumenta que, por esse caminho de tese e antítese, a crítica feminista conseguiu demonstrar que “a dominação de um sexo sobre o outro só pode ser explicada social e não biologicamente” (SCAVONE, 2001, p. 141).

---

<sup>13</sup> FERRAND, M.; LANGEVIN, A. De l'origine de l'oppression des femmes aux “fondements” des rapports sociaux de sexe. In: BATTAGLIOLA *et al.* (org.) **A propos des rapports sociaux/ parcours épistémologiques**. Paris: Centre Sociologie Urbaine/CNRS, 1990. p.17-76.



Para Santos (2016), no feminismo atual, a relação da mulher com a maternidade trata-se de uma possibilidade de escolha. O papel das reflexões feministas tem sido no intuito de demonstrar o dilema atual, “pois o exercício da maternidade sobrecarrega as mulheres, interferindo na sua carreira profissional, e na sua vida pessoal, social e familiar também” (SANTOS, 2016, p. 53).

Mas como se posicionaram as mulheres e as feministas na Europa e nos EUA a respeito, especificamente, do novo paradigma obstétrico? Para o pesquisador e médico francês Michel Odent<sup>14</sup> (2003), para entender o papel das mulheres nesse processo, é necessário antes compreender que o desenvolvimento e a disseminação do “parto industrializado” que se deu no início do século XX foi “explosivo”, sendo ainda mais virtuosa nos EUA do que na Europa.

Para Odent (2003), o fenômeno mais marcante no processo de industrialização do parto foi justamente a entrada do médico na cena e o aumento progressivo do controle do parto pela medicina. Fato importante aconteceu na Grã-Bretanha, em 1902, quando o país aprovou uma Lei das Parteiras que “institucionalizou um papel subserviente da parteira em relação ao médico” (ODENT, 2003, p. 45).

Os partos se tornaram mais impessoais, os funcionários, acreditando que as mulheres nada iriam lembrar, tinham uma tendência a “ignorar as pacientes”. Por outro lado, fazer com que todos os partos ficassem tão previsivelmente semelhantes quanto possível pode ter atraído as mulheres que desejavam um parto rápido e sem dor. O parto tornou-se uma linha de montagem. O conceito de obstetria profilática promovido por Joseph DeLee, associado à popularidade do “sono do crepúsculo” explica porque o parto industrializado já havia se consolidado bem antes da Segunda Guerra Mundial, pelo menos nos EUA (ODENT, 2003, p. 46).

Esse contexto de revisão das especialidades médicas acontece no ensejo da medicina baseada em evidências empíricas, movimento que começou no final do século XX e tem influenciado diversos países. No caso da especialidade obstétrica, a força se deu maior devido ao fato de nesses casos a medicina estar lidando com corpos saudáveis, sendo que procedimentos e práticas médicas sem evidência científica passaram a prejudicar a saúde desses corpos e pessoas. Ou seja, na tentativa de melhorar a qualidade da assistência ao parto, nesse discurso, a medicina perpetuou de maneira acrítica um rito com práticas e “intervenções inapropriadas, desnecessárias e às vezes arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança” (DINIZ, 2001, p. 1).

---

<sup>14</sup> Michel Odent nasceu na França em 1930 e dedicou grande parte de sua vida aos estudos da Saúde Primal, referente à vida fetal, parto e primeiro ano de vida. Com 14 livros e mais de 50 artigos científicos publicados, foi responsável por introduzir conceitos e práticas inovadoras no campo da obstetria, tornando-se referência no âmbito da humanização do parto. Fonte: <<https://www.institutomichelodent.com.br/michel-odent>>.

Progressivamente, as parteiras foram sendo afastadas, chamadas de bruxas, queimadas pela igreja medieval e desqualificadas em seus conhecimentos pelos médicos. A especialidade da obstetrícia médica nasceu na Europa no início do século XIX e, antes disso, o parto não era considerado um ato médico (MAIA, 2010). “Com a ‘cientificação’ dos eventos da vida, o conhecimento médico-científico passou a reivindicar para si a exclusividade do manejo e cura de situações antes delegadas a curandeiros, boticários, erveiros e, de maneira especial, a parteiras” (SENA, 2016, p. 34).

Com o afastamento das parteiras e a transformação da mulher em paciente, o conhecimento que era passado oralmente, de geração em geração entre as mulheres, se enfraqueceu. Segundo Odent (2003), apesar dos médicos terem alegado que a necessidade de afastar as parteiras fosse para aumentar a qualidade da assistência, os reais motivos eram econômicos, pois “as parteiras não apenas limitavam o volume de negócios para os médicos, mas, uma vez que a clientela das parteiras tendia a ser pobre, o ‘material’ com o qual as novas gerações de obstetras podiam ser treinadas também se reduzia” (ODENT, 2003, p. 45).

A propaganda fez parte desse processo, refletindo a característica capitalista presente no projeto da modernidade que estava em expansão nessa época. Em jornais e revistas da época, era divulgada, por exemplo, a técnica denominada o “Sono do Crepúsculo”, como uma experiência de parto sem dor para as mulheres. A ideia conformada pelas propagandas fazia as mulheres acreditarem que precisavam dessa “mágica” para parir e algumas delas serviram para disseminar esse modelo (ODENT, 2003).

Conforme conta o autor,

várias mulheres norte-americanas estavam tão animadas com a perspectiva de um parto completamente sem dor que foram para Friburgo, na Alemanha, bem no começo da Primeira Guerra Mundial. Voltaram para promover o “sono do crepúsculo”. A técnica consistia em primeiro injetar morfina, no começo do trabalho de parto, e depois escopolamina, o que fazia com que ela se esquecesse do que estava se passando, pois tratava-se de uma droga amnésica. Esta campanha foi tão bem-sucedida que atraiu muitas mulheres ao hospital, tornando-as mais controláveis durante o trabalho de parto (ODENT, 2003, p. 46)

Michel Odent afirma que parte das mulheres confiaram neste caminho, atraídas pela massiva propaganda do parto rápido e sem dor (ODENT, 2003, p. 46), enquanto outras mulheres contestaram. As primeiras manifestações contrárias ao modelo do parto industrial se deram nos EUA na década de 1920, e cresceram depois da Segunda Guerra Mundial, momento em que “um número sem fim de associações apareceu nos países industrializados

(...) esses grupos compartilhavam o mesmo objetivo de buscar alternativas ao parto industrializado” (ODENT, 2003, p. 72).

O movimento de parto natural não teria sentido sem a atividade de grupos cuja missão é a de preparar o resgate da parteira e do seu trabalho. O resgate do ofício da parteira é o pré-requisito para entrar na era pós-industrializada do parto. É por isso que devemos reconhecer a suma importância de tais grupos (...) tais grupos tem a capacidade de levantar questões acerca da civilização, e não apenas sobre os indivíduos (ODENT, 2003, p. 76).

Por conseguinte, pode-se compreender que a luta pelo domínio ou pela autonomia das mulheres frente ao seus processos sexuais e reprodutivos vem de longa data, assumindo diferentes formatos e valores a depender do contexto analisado. Segundo Gohn (2011), as memórias das experiências que precedem os movimentos de lutas do presentes tendem a dar novos sentidos às lutas resgatadas, num processo cotidiano de recriação dos movimentos sociais a partir das adversidades que enfrentam. Para a autora,

Na realidade histórica, os movimentos sempre existiram, e cremos que sempre existirão. Isso porque representam forças sociais organizadas, aglutinam as pessoas não como força-tarefa de ordem numérica, mas como campo de atividades e experimentação social, e essas atividades são fontes geradoras de criatividade e inovações socioculturais (GOHN, 2011, p. 336)

Segundo Campos (2017), qualquer mobilização social de mulheres na sociedade brasileira pode ser compreendida como uma conquista de base fundamentada na luta feminista, ainda que o próprio grupo não se denomine feminista. No contexto da redemocratização do país na década de 1980 destaca-se a importante participação das mulheres que, desde em então, em um contexto de criação de políticas públicas favorecendo a expressão de lutas sociais, têm interagido com o Estado pela via da “contestação, pressão e interlocução em canais institucionais, como também pela própria participação de feministas e militantes nos organismos estatais, contribuindo para a visibilidade da importância da igualdade de gênero no país” (CAMPOS, 2017, p. 51).

Ao trazer a noção de gênero para o campo da política e para a esfera pública, o movimento de mulheres e o feminismo forçam alterações nas relações de poder que, “estabelecidas por mecanismos histórico-sociais, políticos e institucionais que mantêm as mulheres em situações de submissão, opressão e injustiça”, resultam em profundas desigualdades sociais. Assim, a crítica feminina redefine o conceito de igualdade ao defender um tipo de igualdade que não hierarquiza as diferenças. A autora faz um resgate histórico da participação política das mulheres junto ao Estado desde a década de 1980 e conclui que as oportunidades políticas criadas na esfera pública democrática (ex: conselhos, conferências,

instituições) favoreceram a abertura de canais de participação e expressão para as demandas das mulheres (CAMPOS, 2017, p. 41).

Para Matos (2010), o feminismo no Brasil estaria vivendo sua quarta onda<sup>15</sup>, e esta seria caracterizada pelas dimensões políticas da justiça social. Segundo a formulação teórica da autora, nesta quarta onda as mulheres estariam buscando “formas de vida que descentrem o trabalho assalariado e valorizem as atividades não-assalariadas, como o cuidado da casa; e que valorizem as formas femininas de resistência ao capitalismo, ao racismo e ao machismo” (MATOS, 2010, p. 81).

Segundo Matos (2010), as características da quarta onda são: a busca do poder político pelas mulheres, inclusive do poder parlamentar; a institucionalização das demandas das mulheres através das políticas públicas para mulheres; a criação de novos mecanismos de gestão das políticas públicas na federação brasileira; a criação de organizações não-governamentais (ONGs), fóruns e redes feministas sob a influência da agenda internacional das mulheres; e, a perspectiva trans ou pós-nacional (MATOS, 2010).

Para a autora, na quarta onda os feminismos e os diversos movimentos de mulheres estão comprometidos em promover justiça e democracia de gênero, principalmente na América Latina e Caribe. Dessa maneira, a quarta onda busca a capacidade de articular o “reconhecimento simbólico-cultural ou subjetivo”, presente nas dinâmicas de suas lutas, Com o objetivo de “reconstruir as bases culturais das nossas sociabilidades”, almejando um impacto radical relações sociais, políticas e econômicas (MATOS, 2015). Segundo a autora desta teoria, as mulheres da quarta onda:

desafiam afinal o nosso modelo moderno de pacto civilizatório, o nosso contrato social moderno, fundado em opressões estruturais onde gênero, raça, etnia, sexualidade, geração e classe social definem hierarquias e estruturam assimetrias em todos os campos da vida social [...] As lutas políticas das mulheres, desde que se iniciaram, sempre foram para garantir a sua própria sobrevivência física, material, cultural, política etc. (MATOS, 2015, p. 2-3).

---

<sup>15</sup> “O feminismo no mundo ocidental tem sido classificado em três grandes ondas ou fases. A primeira corresponde à luta pelo reconhecimento legal da igualdade de direitos – voto, trabalho etc. Nos séculos XVIII e XIX e início do XX. A segunda onda corresponde às lutas desenvolvidas pelas feministas entre 1960 e 1980, quando a preocupação com a igualdade se estendeu das leis aos costumes, focalizando temas como sexualidade, violência, mercado de trabalho etc. A categoria “gênero” (...) surgiu nesse período. A terceira onda começou em 1990, quando as estratégias foram repensadas e “ganha ênfase a crítica à construção da imagem feminina pelos meios de comunicação em massa” (ALVAREZ, 2000; KNIBIEHLER, 2007). Nessa última fase as mulheres “falam em nome de uma libertação da sexualidade e não somente de sua sexualidade”; “as mulheres conduzem e sustentam as transformações culturais atuais” (TOURAINÉ, 2006b, p. 223); buscaram reconhecimento (FRASER, 2001)” (GOHN, 2007, p. 46).

Neste contexto da democracia brasileira, a participação das mulheres junto ao Estado revelou ser um fator de grande importância para a inclusão das demandas das mulheres na agenda pública. No campo das políticas públicas de saúde esse fato fica evidente, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva. No caso da saúde, a participação social das mulheres dialoga com o desenho do SUS. Portanto, a seguir, apresenta-se a experiência de participação social no SUS, analisada sob a perspectiva do “Controle Social”, diretriz que organiza as esferas de participação social no sistema de saúde, garantida pela Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990).

#### **2.4 O controle social como forma de participação nas políticas públicas de saúde**

A ligação entre participação social e direito à saúde é estreita. O direito à saúde garantido na Constituição Federal Brasileira é, também, uma conquista dos movimentos sociais que, nos anos de 1980 ocuparam a agenda de condução da ação constituinte do Estado, por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que foi fundamental nas discussões sobre a organização do sistema de saúde brasileiro.

A Constituição de 1988 estabeleceu a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, e, em 1990, seguiu-se a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela lei 8.080/1990 e a conformação de sua estrutura participativa garantindo a gestão compartilhada com conselhos e instâncias colegiadas para o diálogo entre usuários, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde, respaldada na Lei 8.142/1990 e qual denomina-se como controle social na saúde (BRASIL, 1990).

Vive-se hoje a terceira década de implementação do SUS que, ao longo de seu ciclo de política pública social, tem contribuído com os debates, análises e avaliações do trabalho em saúde, na busca de atenção integral ao indivíduo. O SUS continua sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, apesar dos obstáculos e ameaças permanentes e recentes, ressaltando a falta de prioridade na agenda política, o subfinanciamento e os ataques perpetrados pelas políticas atuais. Segundo Paim (2018), a falta de prioridade ao SUS e seu desmonte tem sido reforçado pela crise econômica, sendo atingido pelas políticas de austeridade fiscal e, principalmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público durante vinte anos. Para o autor:

Os projetos *Democrático-popular* e *Esperança e Mudança*, formulados na transição democrática, não foram privilegiados pelas forças políticas que tiveram a oportunidade histórica de ocupar o governo federal após a promulgação da Constituição Cidadã. O golpe do capital, urdido desde 2014 através da mídia, de segmentos da classe média e do Parlamento, com a

chancela do Judiciário, rompeu o pacto social estabelecido no final da ditadura, atacou a democracia e suprimiu um conjunto de direitos civis, sociais e políticos (PAIM, 2018, p. 1724).

Outro exemplo de ataque ao funcionamento do SUS foi a publicação do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019 que “extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal”. A partir dessa decisão, foram extintas a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), criados durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff, em 2014 (BRASIL, 2019). Tal decreto desmontou parte importante dos canais de participação conquistados pela sociedade na agenda de decisões sobre as políticas e recursos estatais. Importante ressaltar que o impacto negativo no SUS dessa ação federal foi, de certa forma, minimizado em função da Lei n.º 8.142/90, que garante espaços vitais para o exercício da participação da comunidade, representada no SUS, pelo controle social.

Na contramão dos ataques neoliberalistas, uma das forças do SUS, além de sua égide constitucional, reside em sua singular e complexa trama interfederativa. É um Sistema que se busca permanentemente unificar. Com o histórico avanço do SUS, o município, inserido no contexto de sua região de saúde, é hoje o principal espaço para implementação das políticas de saúde, de onde podemos observar a conformação de diferentes cenários e atores locais que influenciam o curso das políticas públicas no território.

Esta arena de disputas em torno da saúde se estende a todos os atores envolvidos, mas, frequentemente, a defesa do SUS é protagonizada por atores no interior dos espaços de gestão. Sobre o princípio organizativo do SUS relacionado à participação social, sabe-se que, desde a criação do SUS, não se constituiu um movimento orgânico de massa capaz de radicalizar na continuidade e aprofundamento da Reforma Sanitária. Este cenário faz com que a política pública seja ainda “extremamente dependente do projeto de governo e da governabilidade construída pelos atores em situação de governo” (SOLLA, 2010, p. 331).

Como grande parte dos projetos de mudanças experimentada pelo SUS depende de alterações estruturais que envolvem realocação de recursos financeiros, inversão de prioridades, enfrentamento da lógica de mercado provada, substituição de práticas no cuidado à saúde, alterando a relação entre trabalhadores e usuários e deslocamento de poder ao interior das instituições e do sistema de saúde, a ausência de uma base ampla de sustentação política termina por inviabilizar a proposta de mudança ou impedir sua continuidade e aprofundamento (SOLLA, 2010, p. 70).

O controle participativo prevê a instalação de órgãos colegiados de gestão para permitir o acompanhamento e influência permanente nas políticas públicas por parte dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários. Sobre os atores sociais da Gestão Pública, quando

se trata de análise de uma política pública, é preciso evitar uma determinada “concepção ingênua do Estado Neutro” (COSTA; DAGNINO, 2008, p. 20).

Esta concepção ingênua atribui uma causalidade linear entre o bloco dominante de poder e o conteúdo e processo de elaboração das políticas públicas. Nessa leitura, é como se os chefes eleitos do poder executivo fossem por si mesmos capazes de tomar o estado como instrumento neutro para operar livremente “suas” políticas. E talvez seja possível apontarmos essa ingenuidade no senso comum brasileiro, de acreditar que, na prática, quem “manda” é simplesmente o chefe do executivo eleito (MOTTA, 1996). Ainda segundo Dagnino, “desconstruir o fetiche do Estado como elemento neutro e situado acima das classes sociais é uma precondição para chegar à sua superação por uma forma de organização social alternativa e emancipadora” (DAGNINO, 2011, p. 366).

Para O’Donnell (1981), o Estado garante que o trabalhador assalariado seja permanentemente repostado na sociedade, de maneira subordinada e controlada, para vender sua força de trabalho na relação capitalista com a burguesia. Por isso, em determinadas circunstâncias, o Estado aparece como protetor do trabalhador, para garantir que esta relação entre as classes seja mantida.

Isto supõe que o Estado seja a expressão de um interesse mais geral que o dos sujeitos sociais de cuja relação emana. Mas este interesse não é neutro ou igualitário, é o da reprodução de uma relação social que articula desigual e contraditoriamente a sociedade. Isto equivale a dizer que o Estado em seu conjunto - como aspecto e como objetivações - é uma forma de articulação daqueles sujeitos sociais. Neste sentido, o Estado é uma generalidade (a particularidade daqueles sujeitos e seus interesses), mas é uma generalidade parcializada (devido ao viés estrutural da modalidade de articulação entre aqueles sujeitos). O que, por sua vez, implica que o Estado seja mediação instalada e emanada em uma relação entre sujeitos sociais. Esta é a razão pela qual o Estado é habitualmente, ademais de coação, uma mediação consensualmente articuladora de sujeitos sociais (O’DONNELL, 1981).

Neste contexto de exploração dos trabalhadores pelo capitalismo, o que forçou o Estado liberal a ampliar a cidadania política e a tornar-se uma república democrática representativa foram as intensas lutas populares que ocorreram a partir do séc. XVIII. Os trabalhadores brancos foram os primeiros a serem considerados cidadãos, a exemplo dos Estados Unidos ainda no séc. XVIII. Nos demais países, a cidadania plena e o sufrágio universal foram alcançados por etapas e só vieram a existir completamente no séc. XX, depois da abolição da escravidão e sob pressão do movimento de mulheres. “Não deixa de ser espantoso o fato de que em duas das maiores potências mundiais, Inglaterra e França, as mulheres só alcançaram plena cidadania em 1946, após a Segunda Guerra Mundial” (CHAUÍ, 2009, p. 376).

No caso da Saúde Pública, os sujeitos sociais se relacionam (também) dentro dos espaços de governança instituídos no próprio SUS. O modelo de governança da saúde brasileira vem sendo aprimorado a partir de processos de participação social, reforçados pelas diretrizes de regionalização e descentralização da saúde, e o modelo de gestão por meio de redes é cada vez mais aprofundado.

No SUS, as redes que envolvem tomada de decisões, acompanhamento da execução e prestação de contas das políticas de saúde são compartilhadas ou acompanhadas através de mecanismos, normas e processos de participação que envolvem, em maior ou menor grau, os atores sociais do sistema: representações de Gestores (de nível federal, estadual, regional e municipal); de Trabalhadores (que atuam na micropolítica do trabalho vivo com suas autonomias expressas no encontro trabalhador-usuário e através de suas representações); e dos Usuários (que atuam constantemente no cotidiano dos serviços de saúde e nas instâncias formais de controle social).

Para Fleury (2014) o debate das políticas de saúde precisa evitar a imagem de usuários-consumidores. A autora defende a necessidade de se focar a discussão sobre as políticas públicas nas questões da democratização do Estado e da construção de cidadania emancipatória.

Ainda que o conceito de governança não se limite ao formato institucional e administrativo do Estado, o desenho institucional é visto como crucial na definição do processo decisório e das formas de interlocução com os grupos organizados da sociedade. A governança depende da criação de canais legítimos, eficientes e institucionalizados, da mobilização e do envolvimento da comunidade na elaboração e implementação das políticas e da capacidade operacional da burocracia governamental na sua ação de provisão e regulação das políticas públicas (FLEURY, 2014, p. 39).

Ao longo deste histórico de implementação, o SUS revelou a experimentação de diferentes instâncias e práticas de gestão em rede, especialmente entre os gestores, de maneira interfederativa. Hoje podem ser estudadas experiências de modelos, com apostas políticas e organizacionais, que buscaram conferir maior governabilidade, capilaridade e permeabilidade social para as ações do Estado, ou seja, maior sustentabilidade para as políticas públicas. São experiências de gestão que buscam evidenciar os processos de negociação e pactuação dentro das redes e organizações para qualificar a participação social e conseguir, assim, singularizar e democratizar a política de saúde para o território.

No Modelo Gerencialista não há transparência e nem investimento em mecanismos de participação social que permitam que as demandas populares ocupem a agenda de implementação das políticas e aplicação dos recursos públicos. Este foi o modelo



implementado na Reforma Gerencial do Estado na década de 1990. Em contrapartida, com a atuação dos movimentos sociais e partidos políticos de esquerda nos primeiros anos do século XXI, o Modelo de Gestão social passou a ser implementado de maneira experimental no Brasil, que progressivamente passou a construir uma estrutura de participação composta por uma variedade de mecanismo e instâncias colegiadas, como Fóruns, Conselhos e Orçamentos Participativos (PAULA, 2005, p. 43-44). Para Paula (2005), esses espaços de participação social junto ao Estado brasileiro:

colocam em questão a tradicional prerrogativa do executivo estatal de monopolizar a formulação e o controle das políticas públicas; permitem a inclusão dos setores marginalizados na deliberação a respeito do interesse público; e possibilitam que os diferentes interesses presentes na sociedade sejam explicitados e negociados num espaço público transparente. Em síntese, procuram contribuir para a construção de uma cultura política democrática nas relações entre o Estado e a sociedade combinando ação e estrutura, política e técnica. Depreende-se da análise realizada que um aparelho do Estado com características participativas deve permitir a infiltração do complexo tecido mobilizatório, garantindo a legitimidade das demandas populares (PAULA, 2005, p.43).

A concretização da participação social depende de como o Estado e a sociedade compreendem e se posicionam sobre seus papéis em cada momento da história e ressalta que a carga histórica da política com perfil autoritário e patrimonial é um grande desafio para a transformação do funcionamento da máquina estatal. A autora aponta que a criação de novos arranjos institucionais participativos em diferentes esferas governamentais precisa ser dinâmica o suficiente para sobreviver às tendências de ruptura e descontinuidade inerentes à democracia (PAULA, 2005, p. 44).

Dagnino, Cavalcanti e Costa (2016) questionam a construção independente do conceito de gestão social, argumentando que é parte dos princípios da Gestão Pública, partindo de uma separação bem clara entre público e privado. Segundo os autores, as “demandas das classes subalternas na agenda pública como questões socialmente relevantes” permite que a classe dominante “suture” o tecido social quase rompido pelas necessidades da população (DAGNINO; CAVALCANTI; COSTA, 2016, p. 73). No SUS, essa sutura tem funcionado em muitos momentos da história, mas não sem as sequelas dos conflitos sociais em torno do direito à saúde.

Com o histórico avanço do SUS, o município, inserido no contexto de sua região de saúde é hoje o principal espaço para implementação das políticas de saúde, de onde observa-se a conformação de diferentes cenários e atores locais que influenciam o curso das políticas públicas no território.

o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e, ou, confrontam-se na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, uma certa conformação de um “bem social” – a saúde – como objeto de ação intencional de políticas – portanto, como uma questão social – que lhe façam sentido, como parte do seu universo de valores de uso (MERHY, 2002, p. 163).

A capacidade de implementação das políticas públicas de saúde em âmbito municipal ainda é um desafio no processo de fortalecimento do SUS nos territórios. Autores que tem pesquisado experiências municipais por meio de estudos de caso tem encontrado profundas variações no grau de desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. Frente à complexidade de cada contexto, Solla (2010) recomenda a necessidade de aprofundar o conhecimento da dinâmica municipal para melhor compreender o processo de implementação das ações do SUS pelas gestões locais (SOLLA, 2010), pois “a implementação de uma política demanda um processo permanente de intensa negociação entre os que buscam efetivar a política (gestores-formuladores) e os dos quais depende sua efetivação (gestores-implementadores)” (SOLLA, 2010, p. 76).

Estas evidências de que o processo de descentralização amplia as possibilidades de melhorias no sistema de saúde dependendo fortemente dos atores locais e das condições em que se dá a gestão municipal ampliam a importância de investir em avaliações que busquem identificar como as dão estes processos de viabilização das políticas públicas de saúde em conjunturas concretas de implantação de sistemas municipais de saúde (SOLLA, 2010, p. 830).

Nogueira (2006), ao analisar a “sustentabilidade” de políticas públicas em municípios brasileiros, afirmou ter encontrado dificuldades para realizar a revisão bibliográfica sobre o conceito de sustentabilidade aplicado às políticas públicas justamente pela diversidade do seu uso. Após sistematizar e problematizar os conceitos encontrados, o autor aponta para um possível consenso sobre a relação entre participação dos beneficiários e continuidade de uma ação pública. Segundo o autor, percebe-se na literatura que diversos projetos são interrompidos devido a pouca participação dos diversos atores correspondentes, especialmente dos beneficiários.

Ao longo deste histórico de implementação, o SUS revelou a experimentação de diferentes instancias e práticas de gestão em rede, especialmente entre os gestores, de maneira interfederativa. Hoje podem ser estudadas experiências de modelos, com apostas políticas e organizacionais, que buscaram conferir maior governabilidade, capilaridade e permeabilidade social para as ações do Estado, ou seja, maior continuidade das políticas públicas. São

experiências de gestão que buscam evidenciar os processos de negociação e pactuação dentro das redes e organizações para qualificar a participação social e conseguir, assim, singularizar e democratizar a política de saúde para o território.

Mais especificamente, o Brasil vinha imprimindo um ritmo estatal e cultural de transformação do modelo de atenção à saúde da mulher, desde a década de 1990, com o empenho da sociedade e dos governos, impulsionados pelos movimentos sociais de mulheres e profissionais de saúde e pelas estruturas de participação que foram conquistadas no campo da política pública, a fim de reverter o modelo do parto tecnocrático. Nesse contexto, o modelo de participação adotado pela Rede Cegonha pretendeu dar ao controle social uma possibilidade de acompanhamento mais direto da política pública de atenção materno-infantil, trazendo em seu bojo uma arquitetura de participação herdada do contexto de inovações metodológicas experimentadas no SUS. A seguir, o detalhamento dessa arquitetura.

## **2.5 A participação social na política pública “Rede Cegonha”**

A Rede Cegonha é uma estratégia federal que compõe a política pública de saúde no Brasil desde que foi instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e, posteriormente, reafirmada na Portaria n. 3 de Consolidação (BRASIL, 2017). É voltada às necessidades de saúde das mulheres, das crianças e das famílias no que se refere aos processos de saúde perinatal e direitos reprodutivos. Envolve diretrizes e normas para implementar uma rede de cuidados que visa garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo familiar, ao pré-natal, a dignidade de atendimento no abortamento, o parto humanizado e um cuidado com o recém-nascido também humanizado. Sua vinculação com a pauta da humanização do parto e do atendimento à saúde da mulher está diretamente relacionada ao problema que se quer enfrentar: a violência obstétrica, presente no modelo de atenção hegemônico evidenciado pelas relações profissionais e institucionais estabelecidas com as mulheres.

Neste contexto, a construção da Rede Cegonha deu-se com o engajamento de mulheres, profissionais, pesquisadores e gestores de saúde, sendo operada e experimentada a partir de uma lógica de gestão social ou gestão participativa, envolvendo apoio institucional, educação permanente e controle social. Com essas metodologias, além dos recursos orçamentários investidos em obras e equipamentos, a política conseguiu impulsionar e dar suporte à diversos processos institucionais de mudança de modelo de atenção.

Segundo Castro (2013), o fato de ser uma política reeditada, possibilita uma etapa de elaboração participativa, garantindo assim condições favoráveis para maior eficácia na etapa de implementação. Para a pesquisadora que acompanhou este processo, ficou clara a escolha do Ministério da Saúde em mobilizar diferentes setores da sociedade.

Ao acompanhar a construção da *Rede Cegonha*, Castro (2013) vimos como a elaboração da política mobiliza profissionais, dirigentes, autoridades e militantes dentro e fora do Ministério. A política circula pelos órgãos do Ministério da Saúde, por outros órgãos da Esplanada, pela *CIT*, pelos governos estaduais e municipais. Além disso, a circulação da política é potencializada pela porosidade do Ministério da Saúde aos movimentos sociais e aos pesquisadores e acadêmicos dos campos da saúde pública e da saúde coletiva. Acredito que, ao movimentar-se pelas instâncias onde deve ser negociada e pactuada, a política de saúde obtém muito mais que legitimidade. Ao circular, ela envolve pessoas, realiza promessas, angaria compromissos, fabrica expectativas e evoca esperanças. Nesse processo, os dirigentes do Ministério lhes emprestam carisma e capacidade de inserção, recebendo de volta muito mais do que inicialmente concederam (CASTRO, 2013, p. 302).

Uma das instâncias de participação criadas neste contexto foi o Fórum Perinatal, também reeditado de programas anteriores à Rede Cegonha. Que, na Portaria que instituiu a Rede Cegonha assim estava descrito como uma das etapas da implementação da referida política:

estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem 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 nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região (BRASIL, 2011, s/p).

Segundo Silva (2017), o Fórum Perinatal foi induzido pelo Ministério da Saúde em 2009 no contexto do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil na Amazônia Legal e Nordeste. Essa instância foi resgatada na elaboração da Rede Cegonha, previsto como um espaço voltado a promover avanços no âmbito da gestão da política, envolvendo gestores, profissionais de saúde, ministério público e sociedade civil. “O fomento dos Fóruns Perinatais passou a ser uma das ações estratégicas do trabalho dos apoiadores do Ministério da Saúde na implementação da Rede Cegonha” (SILVA, 2017, p. 13)

Segundo Diniz e colaboradoras (2015, p. 6), a criação do Fórum Perinatal representa “uma vitória, diante da grande resistência ao diálogo e à mudança, e sua implementação e seu fortalecimento como arena de debate e de estabelecimento de pactos têm se mostrado muito potentes na produção de mudanças”.

A experiência precursora deste Fórum Perinatal, no entanto, foi uma experiência municipal: a Comissão Perinatal de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um fórum ligado à

secretaria municipal que engloba os Comitês de Prevenção do Óbito Materno e Infantil e Fetal. A Comissão criada em 1993 pela Secretaria Municipal de Saúde foi uma iniciativa considerada pioneira no país, ao reunir gestão municipal, serviços públicos, setor privado e controle social (LANSKY, 2010). Na prática, a comissão funciona como:

um fórum interdepartamental na Secretaria de Saúde, interinstitucional, de discussão permanente, com caráter técnico e educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao RN. Tem a atribuição de planejar, avaliar, monitorar, normatizar e divulgar a gestão das ações de saúde, envolvendo a rede integral de assistência - planejamento familiar, pré-natal de baixo e alto risco, apoio propedêutico e terapêutico e atenção hospitalar de baixo e alto risco - para adequação dos serviços à necessidade da população, mulheres e famílias pobres e ainda pouco informadas sobre os seus direitos e as responsabilidades dos serviços de saúde. Trabalha para a construção de um acordo ético no município, responsabilizando os gestores da saúde e os diretores dos serviços em relação à assistência da gestante e do RN (LANSKY, 2010, p. 194-195).

A Comissão Perinatal de Belo Horizonte, além de integrar os coordenadores e trabalhadores de diferentes áreas da gestão municipal e serviços de saúde, envolvia diversos participantes externos, a saber: demais maternidades do SUS no município, Associação Mineira de Hospitais privados, Sociedades Mineiras de Pediatria e de Ginecologia e Obstetrícia, Associações Brasileira de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica, Conselho Regional de Medicina, Rede Feminista de Saúde, Pastoral da Criança, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher e Conselhos Municipais de Direitos da Criança e de Saúde. Segundo Lansky, essa representação diversificada de setores foi resultado de um amplo processo de negociação que se deu dentro da própria Comissão Perinatal desde o ano de 1999.

Castro (2013), após fazer uma etnografia no Ministério da Saúde durante as etapas de formulação e tomada de decisões no ciclo da política Rede Cegonha, conclui que esse processo de reedição das políticas públicas “reativa a capacidade de mobilização e de produção de eficácia de políticas já desgastadas pelo tempo” (CASTRO, 2013, p. 333). Seu trabalho mostra como a relação entre política de Estado e política de governo ocorre na prática institucional.

No Ministério da Saúde, as políticas de Estado, exatamente por se tornarem mais “burocráticas” e menos “políticas” tendem a perder sua capacidade de mobilização. Quando revistas, por sua vez, sofrem pequenas alterações e são novamente (re)lançadas como uma política de governo e é isso que as torna potencialmente eficazes (CASTRO, 2013, p. 303).

A conclusão da pesquisadora, entretanto, foi antes da mais recente crise democrática, mediante a qual Avritzer (2016) apontou o final de um ciclo da democracia brasileira. O cenário da crise, a partir do governo instalado em 2018, trouxe uma nova revisão da política

de saúde materno-infantil e a substituição da Rede Cegonha pela Rede de Atenção Materna e Infantil – RAMI, o que aqueceu os debates sobre os conflitos paradigmáticos existentes.

Segundo Daphne Rattner (2022), “estão substituindo um projeto que avançou por um projeto de retrocesso. Algumas coisas que a Rede Cegonha incentivava, como por exemplo o trabalho em equipe multiprofissional, deixam de ser estimuladas”. Para ela, a RAMI priorizou o trabalho dos médicos obstetras de uma maneira completamente descolada da realidade do SUS e das evidências científicas para esta área.

Basicamente, ela tenta diminuir o papel da enfermagem no acompanhamento do parto, e coloca um obstetra-ginecologista onde não precisa. É uma visão medicocêntrica, hospitalocêntrica. O Conass e o Conasems inclusive disseram ‘espera aí, vamos conversar melhor sobre isso antes de fazer’, o Ministério diz ‘ok, vamos conversar’, mas simplesmente foi adiante e publicou a portaria que instituiu a RAMI (RATTNER, 2022, p. 1)

A portaria da RAMI manteve a participação social como um princípio orientador, porém, retirou qualquer menção à formatos de participação, como o Fórum antes descrito na portaria da Rede Cegonha. Considerando que esta pesquisa analisa um processo tardio de implementação da Rede Cegonha na região estudada, as alterações institucionais que ensejaram o fim da política durante a gestão federal nos anos 2021 e 2022 serviram para manter as reflexões da pesquisa atualizadas ao contexto, entretanto, foram posteriores a coleta de dados. A seguir apresenta-se o capítulo que aprofunda o conceito de violência obstétrica.

### 3 A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Mesmo sendo a violência obstétrica um tema destacado por diversas abordagens interdisciplinares, não há um consenso sobre o conceito. Semelhante ao conceito de Humanização, que não se encontra consolidado com uma definição única (DINIZ, 2005), o conceito de violência obstétrica tem mostrando-se carregado de múltiplos sentidos e tem, particularmente, suscitado polêmicas no Brasil.

Percebe-se na literatura termos fronteiros para a violência obstétrica, tais como: violências de gênero, violências reprodutivas, violências institucionais no parto, violências contra a mulher e violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Sobre o conceito de violência, em seu amplo espectro, a tipologia sugerida no Relatório Mundial da OMS do ano de 2002 distingue três violências em nossa sociedade: as auto-infligidas, as interpessoais e as coletivas. Esses três tipos de violências podem se expressar de distintas maneiras, sendo as principais as formas física, psicológica, sexual e as que envolvem negligência ou abandono (MINAYO, 2006).

Com relação à definição do que seja “violência contra a mulher”, a Convenção Interamericana de Direitos Humanos realizada em 1994, conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, definiu que esse tipo de violência envolve conduta ou ato violento que se fundamenta nas questões de gênero, pode causar morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, ocorrer na esfera pública ou privada, no âmbito das instituições e/ou domicílios. Esse documento cita a “violência à gestante” como um dos tipos de violências contra a mulher que deve ser combatido (CIDH, 1994).

Silva e Oliveira (2015), que realizaram uma revisão sistemática sobre violências contra a mulher, violências domésticas e violências de gênero na produção científica nacional do período de 2009 a 2013, optaram pela exclusão da violência obstétrica como tipo de violência de gênero. Segundo as autoras, a violência obstétrica foi excluída por ser considerada um tipo de violência institucional específica e por não fazer parte da tipologia de violências contra a mulher da Lei Maria da Penha (SILVA; OLIVEIRA, 2015), que inclui os tipos de violência física, psicológica, patrimonial, sexual e moral para tratar de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2011b).

A violência obstétrica tem se conformado, portanto, como um fenômeno próprio e, mesmo aparecendo atrelada ao debate das violências contra a mulher, parece estar longe de ser um consenso na sociedade. Em sua revisão, Santos (2021) resume a multiplicidade de

conceitos já formulados: há aqueles que focam nas violações que ocorrem somente durante o parto, enquanto outros abrangem também atos durante gestações, abortos e puerpérios.

Segundo Leite e colaboradoras (2022), a falta de consenso sobre a terminologia mais adequada pode atrapalhar o andamento das pesquisas na área, pois, ainda que os diversos termos encontrados na literatura (como: atos de desrespeitos, abusos, maus tratos, violência contra a mulher, *disrespect and abuse in facility-based childbirth; mistreatment of women in childbirth at health facilities; obstetric violence*) estejam sendo utilizados como sinônimos, existem diferenças e lacunas que precisam ser observadas para que seja possível mensurar epidemiológica e internacionalmente o problema.

Propostos pelas pesquisadoras norte-americanas Diana Bowser e Kathleen Hill, os termos *disrespect and abuse in facility-based childbirth* foram internacionalmente utilizados para se referirem aos atos de desrespeitos como maus-tratos e violações cometidas nos serviços de saúde durante o ciclo gravídico-puerperal. Os termos pelas autoras e suas tipificações foram incorporados ao discurso da OMS na importante publicação de 2015 “*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*”, o que fortaleceu a relação entre a agenda de pesquisa e as orientações da OMS no campo da saúde materno-infantil (LEITE *et al*, 2022).

Para Leite e colaboradoras (2022), esses termos foram considerados um avanço e contribuíram para diversos estudos, porém, algumas limitações foram observadas, conforme apontam as autoras:

Destacam-se a insuficiência de suas categorias para caracterizar todas as formas de desrespeitos e abusos existentes e a não menção da necessidade de intencionalidade do agente perpetrador. Além disso, essa definição enfatiza que os atos de desrespeitos e abusos são exclusivos a situações de parto e nascimento, desconsiderando que esses eventos também podem ocorrer durante a gravidez (no pré-natal), no pós-parto e em situações de abortamento (LEITE *et al*, 2022, p. 485).

Ainda que os termos descritos por Bowser e Hill (2010) tenham sido bastante utilizados nas pesquisas da área, uma outra classificação mais recente tem ganhado notoriedade: a classificação de Bohren e colaboradores (2015) que, além de definir sete tipos de violência, discute um novo termo também internacionalmente aceito. Assim, em substituição a *disrespect and abuse in facility-based childbirth*, a OMS passou a utilizar o termo *mistreatment in childbirth* (maus-tratos) em suas últimas publicações sobre a temática (LEITE *et al*, 2022).

Que a violência obstétrica seja um fenômeno contra a mulher e presente no parto institucionalizado, não restam dúvidas. Porém, examinando a literatura disponível sobre o



tema, encontram-se diferentes conclusões sobre quem sofre, quem comete, onde ocorre e em que situações o termo se aplica adequadamente. Por exemplo, para Ana Cristina Duarte, obstetrix brasileira referência no movimento pela humanização do parto e nascimento, a violência obstétrica é contra a mulher e contra a criança e, além disso, pode também atingir o pai, especialmente quando este é o acompanhante da gestante no momento do parto (DUARTE, 2013), enquanto a grande maioria dos estudos focam na violência contra a mulher.

Com o objetivo de compreender o conceito e os marcos legais existentes sobre a violência obstétrica, Zanardo e colaboradoras (2017) realizaram uma revisão narrativa em trinta e oito (38) produções, selecionadas dentre artigos acadêmicos, leis e documentos governamentais publicados entre os anos 1996 e 2016. As autoras constataam não haver uniformidade no conceito e alegam que isto dificulta que os casos sejam denunciados e criminalizados. Assim, a partir dos significados encontrados na revisão, as autoras sintetizam:

a violência obstétrica é considerada uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Nesse sentido, significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde, através de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (ZANARDO *et al*, 2017, p. 5).

Em outra revisão sobre violência obstétrica, do tipo sistemática em artigos científicos, Santos e Souza (2015) selecionaram sete artigos para uma análise aprofundada. Os autores desta revisão concluem por denominar de “violência institucional obstétrica” demonstrando que, segundo os estudos, o modelo de atenção adotado pelas maternidades e instituições de saúde acaba por ser responsável por reforçar o tecnicismo e as rotinas sem justificativa que são prescritas pelos profissionais. Esses autores propõem uma tipificação para a violência obstétrica que, segundo eles, “é frequente, no Brasil, e praticada por médicos e profissionais da enfermagem, em especial, na forma de negligência, violência verbal e violência física, exceto a violência sexual” (SANTOS; SOUZA, 2015, p. 66).

Em seu estudo dirigido à violência institucional em maternidades, Aguiar (2010) concluiu que, de fato, existe uma cultura institucional de banalização dos desrespeitos e maus-tratos que reflete a própria banalização do sofrimento do paciente, sentimento tão comum nos hospitais. Para Aguiar (2010), os estereótipos de classe, gênero e etnia influenciam na conduta profissional e resultam na invisibilização das pessoas que estão ali para serem acolhidas. Segundo a autora,

a violência institucional reflete certa erosão do poder médico no seu exercício cotidiano, nas relações interpessoais. A precariedade de recursos

materiais e humanos; a descontinuidade da assistência prestada do pré-natal ao parto dificultando a formação de vínculos de confiança entre profissionais e pacientes; o uso exacerbado de tecnologia como mediadora das relações e a impessoalidade no cuidado, conformam terreno fértil para a violência exercida através de maus tratos e desrespeitos (AGUIAR, 2010, p. 184-185).

A questão étnico-racial, entretanto, está longe de ser um detalhe, pois são as mulheres pobres, negras, pardas, indígenas e marginalizadas as mais atingidas pelas discriminações que acontecem também dentro dos serviços de saúde materno-infantil (SOUZA, 2014; FARIA, 2015; MARTINS; BARROS, 2016; LEAL *et al*, 2017; GÓES, 2018; RIOS, 2020; QUINTINO; FARIA, 2020). Leal e colaboradoras (2017), em estudo baseado nos dados fornecidos pelo inquérito nacional “Nascer no Brasil”, identificaram disparidades raciais relacionadas à assistência durante gestação e parto para as mulheres pretas e pardas, tornando pior a experiência de cuidado em saúde para essas mulheres quando comparadas às mulheres brancas.

Sobre as mulheres negras, especificamente, Santos expõe:

Atualmente, as mulheres negras enfrentam além da luta contra o sexismo, misoginia e violência contra as mulheres, a luta contra o racismo, que continua. O que tem diferenciado a maternidade da mulher negra da maternidade da mulher branca é o racismo. Existem situações que as mulheres negras passaram, passam e passarão que não foram, não são e não serão comuns as mulheres brancas passarem e estas situações estão ligadas ao racismo. (...) Ou seja, as mulheres negras ou brancas enfrentam atualmente a violência institucional, porém, não podemos dizer que igualmente, pois a raça/etnia, assim como a classe, pesam de forma determinante nas condições de acesso ao atendimento a essas mulheres. (SANTOS, 2016, p. 62-63).

A partir da análise de casos de mulheres que usam drogas e moram nas ruas, atendidas por uma equipe de Consultório na Rua na cidade de Salvador-BA, Quintino e Faria (2020) traçam trajetórias de vida marcadas por diferentes violências de gênero. As autoras concluem apontando um paradoxo na vida dessas mulheres: não tem direito ao aborto e não tem direito de ficar com os filhos, sendo usado pelos agentes estatais, para ambas as situações, o argumento da vulnerabilidade social, ou seja, engravida sem poder, já que é pobre e/ou usa drogas e, por essa condição, não pode criar seus filhos. Quando engravidam, portanto, espera-se delas um mero papel reprodutor, cujas crianças devam ser adotadas por famílias “mais estruturadas”.

Para Quintino e Faria (2020), essas mulheres estão na base da pirâmide hierárquica da reprodução e, por isso, não podem ser mães sem sofrerem ameaças ou vivenciarem violações como, por exemplo, a retirada da guarda de seus filhos. As autoras conceituam essa situação denominando de “maternidades subalternas” e apontam as práticas de humanização da saúde

durante a maternidade como uma porta de entrada para que as políticas públicas alcancem e cuidem dessas mulheres. No referido trabalho, aproximadamente metade das participantes acompanhadas autodeclararam-se pretas e pardas.

Segundo Góes (2018), apesar da atenção obstétrica ter melhorado nos últimos anos, as mulheres negras ainda continuam sendo mais afetadas pela falta de acesso aos serviços, mais expostas às iniquidades em saúde e concentrando as maiores taxas de mortalidade materna. Afirmo ainda que existem poucas pesquisas que comparam as diferenças no acesso à saúde reprodutiva entre mulheres negras e brancas, sendo a maior lacuna localizada no tema do aborto. Para a pesquisadora,

Se por um lado, pesquisas sobre a saúde reprodutiva das mulheres negras não se debruçam sobre os estudos sobre aborto, por outro, pesquisas sobre o tema do aborto não investigam os fatores relacionados às mulheres negras, para além de identificar que são estas as mais expostas ao aborto inseguro. Principalmente, não exploram como os efeitos do racismo afetam esta experiência reprodutiva (GÓES, 2018, p. 16)

No caso do aborto, estudos mostram que mulheres admitidas por abortamento em diferentes hospitais públicos sofrem discriminação desde a sua entrada, sendo frequente “atitudes como retardo do atendimento, falta de interesse dos profissionais em escutá-las e orientá-las, violência verbal explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas” (GÓES, 2018, p. 75). Em sua pesquisa, com mulheres atendidas por abortamento em serviços públicos de saúde na cidade de Salvador-BA, a autora evidencia que, apesar de todas estarem submetidas às violências institucionais, as negras e, entre elas, as pretas mais que as pardas, sofrem mais desfechos desfavoráveis que as demais. Diferentemente das brancas, essas mulheres carregam o “medo de ser maltratada”, o que foi relacionado pela pesquisadora como a principal dificuldade relatada entre as pretas e pardas para buscar atendimento em situações de abortamento (GÓES, 2018, p. 92).

De fato, no debate sobre a violência obstétrica, há um destaque maior para o que acontece no parto e no ambiente hospitalar, contudo, as queixas das mulheres trazem situações de violência em atendimentos obstétricos em outros tipos de serviços de saúde e durante outras fases, como na gravidez, em abortamentos e também no período pós-parto ou puerpério (KONDO; WERNER, 2013). Outras pesquisas apontam ainda a violência neonatal que, por sua vez, mostra-se como mais um tipo específico de violência obstétrica que atinge o recém-nascido (AMARAL; RIBEIRO, 2021).

Na literatura, de modo geral, parece ser comum a compreensão de que a violência obstétrica tenha caráter institucional, sendo da ordem das violências de gênero que violam os

direitos reprodutivos das mulheres nos serviços de saúde. Entretanto, algumas pesquisadoras resolveram ir além do caráter institucional associado à violência obstétrica.

Segundo Santos (2016), a violência obstétrica não pode ser percebida apenas em seu aspecto institucional, como resultado da “falta de estrutura nas maternidades e hospitais para atendimentos das mulheres, falta de capacitação dos (as) profissionais no atendimento humanizado e falta de políticas públicas” (SANTOS, 2016, p. 123). Para a autora, o fato da violência obstétrica persistir relacionada a uma série de procedimentos que continuam sendo prescritos pelos médicos e realizados pelas equipes de saúde – a despeito da vasta literatura científica, do amplo apelo social e das legislações e políticas governamentais, nacionais e internacionais, que recomendam o abandono dessas práticas desde a década de 1980 – só demonstra que é preciso indicar a responsabilidade profissional individual, devendo a violência obstétrica ser percebida como resultado direto das práticas de saúde, como alguns estudos têm debatido.

Sena (2016) também apontou diferença entre os conceitos ‘violência obstétrica’ e ‘violência institucional no parto’<sup>16</sup>. Segundo a autora, a violência institucional no parto pode ser exemplificada quando o hospital impõem uma decisão institucional que fere o direito de todas as mulheres terem seus acompanhantes; enquanto a violência obstétrica trata do que acontece diretamente na relação entre paciente e profissional, a despeito de regras institucionais estabelecidas, ou seja, “isso implica a decisão e atuação individual do profissional da assistência em agir daquela maneira, para além dos elementos estruturais a que está submetido e subordinado – inclusive podendo não estar” (SENA, 2016, p. 139).

De fato, na Saúde Coletiva sabe-se que o agir em saúde é aquele “fazer minucioso” do profissional com cada pessoa, atendida em condição de singularidade e com relativa autonomia para ambos, que precisa da formação de vínculo para ser efetivo (NORONHA; LIMA FILHO, 2011). Importante mencionar que a violência obstétrica perpassa por instituições públicas e privadas, bem como consultórios particulares e convênios de saúde, onde os profissionais gozam ainda de maiores graus de liberdade e autonomia sobre sua conduta profissional.

---

<sup>16</sup> Em um universo de 1043 mulheres que relataram ter sofrido violência obstétrica e que manifestaram interesse no site “Cientista que virou Mãe” para participar de sua pesquisa, Sena (2016) selecionou, mediante os critérios descritos em sua tese, trinta (30) mulheres que detalharam seus relatos e o que entenderam ter vivido como violência obstétrica entre os anos de 2011 e 2014. Foram esses achados que reforçaram para a pesquisadora a existência de tipos de violência obstétrica que não devam ser lidos como “violência institucional no parto” pois, ainda que se passem no contexto institucional, o termo poderia contribuir para a não responsabilização civil do profissional sobre suas condutas e escolhas no cuidado.

Por ser um fenômeno complexo e recentemente explorado, o conceito da violência obstétrica tem sido proposto em diferentes estudos. Para as médicas e pesquisadoras da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, autoras do artigo “Quem tem medo da violência obstétrica” (KATZ *et al*, 2020), o conceito poderia ser assim definido:

Violência obstétrica é toda ação ou omissão direcionada à mulher durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário à mulher, praticada sem o seu consentimento explícito ou em desrespeito à sua autonomia. Nessa perspectiva, consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde (médicos e não médicos), através de tratamento desumanizado, maus-tratos, abuso da medicalização sem o consentimento explícito da mulher e a patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, tendo impacto negativo em sua qualidade de vida (KATZ *et al*, 2020, p. 628).

Na minha avaliação, a definição acima mostra-se bastante pertinente para apresentar-se como conceito, exceto pela ausência do aborto, que não foi mencionado em nenhuma parte do artigo. A revisão de Martins e Barros (2016) aponta que na maior parte dos estudos sobre violência obstétrica, o aborto não se encontra incluído e esse problema tem sido apontado também em outros estudos recentes, demonstrando uma aresta do debate conceitual da violência obstétrica em toda a América Latina (TOBASÍA-HEGE *et al*, 2019)<sup>17</sup>.

Segundo Katz *et al* (2020), a expressão precisa ser tipificada para que as intervenções sobre a problemática sejam adequadamente definidas. Alguns esforços têm sido feitos no sentido de classificar os tipos de violência obstétrica, a fim de facilitar a agenda de estudos e o próprio avanço da legislação na área, como apresenta-se a seguir.

### 3.1 Os tipos de violências obstétricas

A classificação de Bowser e Hill (2010), amplamente utilizada, apresenta sete tipos de violência obstétrica a partir da análise de casos em diferentes países do mundo: 1) 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. Buscando adaptar esta classificação aos dados encontrados em uma realidade baiana, o

---

<sup>17</sup> Este debate sobre o aborto e nebulosidade no conceito da violência obstétrica foi tratado como um achado do campo e, devido a sua importância, encontra-se aprofundado no capítulo seis desta tese.

trabalho de Santos (2021) produz uma nova categorização para os tipos de violência obstétrica<sup>18</sup>.

Para tanto, Santos (2021) toma como base os tipos de violência obstétrica descritas anteriormente por Bowser e Hill (2010), relaciona-os com os direitos correspondentes como haviam feito Tesser e colaboradores (2015) e analisa o contexto de violência obstétrica a partir de entrevistas com participantes do Fórum Regional da Rede Cegonha<sup>19</sup> da região de Porto Seguro-BA. Em sua tipificação, Santos (2021) inclui um tipo de violência denominado como “empecilho ou restrição ao apoio, vigilância e solidariedade”. Este tipo de violação refere-se, mais diretamente, à negação do direito ao acompanhante previsto em Lei Federal no Brasil.

Embora outros autores estivessem considerando essa forma de violência dentro de outros tipos (TESSER *et al*, 2015), ter uma categoria para tratar diretamente essa forma de violação mostrou-se pertinente, visto que essa violência tem sido frequente na região extremo-sul da Bahia (SANTOS, 2021; RIOS, 2020).

Nesta tipificação também houve, por parte da pesquisadora, a exclusão do tipo “detenção nos serviços”, um tipo de violência obstétrica descrito por Bowser e Hill (2010) e correspondente ao direito à liberdade e à autonomia. A justificativa de Santos (2021) para a exclusão foi porque este tipo mostrou-se ausente em sua pesquisa. Sabe-se entretanto, que esse tipo de prática acontece em no Brasil e em diferentes países, principalmente, entre mulheres em situações de abortamento e/ou em condições de maior vulnerabilidade social, como detenções por falta de pagamento nos serviços privados e situações que podem envolver até mesmo o emprego da força policial (TESSER, 2015).

A maior contribuição da pesquisadora, entretanto, refere-se à análise das consequências de cada tipo de violência obstétrica para a dimensão psicossocial das mulheres atingidas. Apoiando-se na Teoria da Luta por Reconhecimento do filósofo e sociólogo alemão Axel Honneth, Santos revela como as formas de menosprezo e desrespeito relacionadas a cada tipo de violência obstétrica podem impactar as capacidades de autorrelação psicossocial das mulheres. Para entender como a teoria de Honneth permite relacionar experiências de violências com o desenvolvimento das capacidades psicossociais a saber: autoconfiança, autorrespeito e autoestima, são trazidas as palavras do autor:

---

<sup>18</sup> O trabalho de Eduarda Motta Santos aqui citado refere-se à sua dissertação de mestrado intitulada “Formas de menosprezo na violência obstétrica: as vozes das participantes do Fórum da Rede Cegonha”, defendida no Programa de Pós-Graduação Estado e Sociedade (PPGES) da UFSB no ano de 2020. Tratando-se também de uma pesquisa realizada na região Extremo-Sul do estado da Bahia.

<sup>19</sup> A Rede Cegonha foi a política nacional de atenção à saúde materno-infantil implementada entre os anos de 2011 e 2021 no Brasil, e será apresentada e discutida ao longo desta tese.

O nexa existente entre a experiência de reconhecimento e a relação consigo próprio resulta da estrutura intersubjetiva da identidade pessoal: os indivíduos se constituem como pessoas unicamente porque, da perspectiva dos outros que assentem ou encorajam, aprendem a se referir a si mesmos como seres a que cabem determinadas propriedades e capacidades. A extensão dessas propriedades e, por conseguinte, o grau da autorrealização positiva crescem com cada nova forma de reconhecimento, a qual o indivíduo pode referir a si mesmo como um sujeito: desse modo, está inscrita na experiência do amor a possibilidade da autoconfiança, na experiência do reconhecimento jurídico, a do autorrespeito e, por fim, na experiência da solidariedade, a da autoestima (HONNETH, 2009, p. 272).

Para apresentar a categorização de Santos (2021) no que se refere aos tipos de violências obstétricas e suas consequências no âmbito dos direitos infringidos e dos danos psicossociais para as mulheres, segue o quadro 3.

**Quadro 3** - Tipo de violência obstétrica segundo direito atingido e tipo de autorrelação psicossocial ferida

<b>Tipos de Violência Obstétrica</b>	<b>Direitos Correspondentes Atingidos</b>	<b>Tipos de autorrelação psicossocial ferida</b>
Abuso Físico	Direito a estar livre de danos e maus tratos	autoconfiança e autorrespeito
Imposição de intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas	autoconfiança e autorrespeito
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	autoconfiança, autorrespeito e autoestima
Empecilho ou restrição ao apoio, vigilância e solidariedade	Direito ao acompanhante de livre escolha	autoconfiança e autorrespeito
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	autorrespeito e autoestima
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	autorrespeito e autoestima
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	autorrespeito

Fonte: SANTOS (2021)

Nota: Elaborado pela pesquisadora.

Já as formas de violência definidas por Bohren e colaboradores (2015) incluem: 1) abuso físico; 2) abuso sexual; 3) abuso verbal; 4) estigma e discriminação; 5) descumprimento de padrões profissionais; 6) mau relacionamento entre mulheres e profissionais de saúde; e, 7) condições e restrições do sistema de saúde. Nesta classificação percebe-se a intenção de abarcar outros processos, para além do cuidado e para além do parto. O tipo “condição e restrições do sistema de saúde” representa um avanço, pois traz à tona os condicionantes estruturais que tantas vezes influenciam a qualidade da assistência à saúde

materno-infantil, especialmente nas instalações hospitalares de atendimento ao parto (LEITE *et al*, 2022).

Também se destaca a lacuna sobre o abuso sexual no contexto da obstetrícia pois, embora tenha sido classificado como um tipo de violência obstétrica, os autores ainda não conseguiram detalhar na forma de instrumento como este tipo de violência poderia ser mensurado (LEITE *et al*, 2022). Segundo Martins e Barros (2016), relatos de abuso sexual não têm sido comuns na literatura sobre violência obstétrica e, quando aparecem, relacionam-se a mulheres que sofrem danos em sua vida sexual por consequência das episiotomias e de traumas causados pelos toques vaginais excessivos, agressivos ou desnecessários por parte dos profissionais. Outra forma presente na literatura, segundo as autoras, relaciona a violência sexual aos abusos verbais que trazem conteúdo moral e coercitivo sobre aspectos da sexualidade da mulher durante o atendimento ao parto.

Paralelo a esta agenda de pesquisa, articulada internacionalmente junto a organizações como a OMS, que possibilita uma mensuração parametrizada dos abusos, maus-tratos e violências obstétricas, a agenda de pesquisa na América Latina segue produzindo suas próprias formas de dimensionar o problema junto às mulheres atingidas (SANTOS, 2021; PALMA; DONELLI, 2017; CASTRO; RATES, 2022). Dessa maneira, a descrição dos tipos de violência obstétrica também foi particularmente útil nesta pesquisa, para que os achados do campo de estudo junto às mulheres pudessem ser relacionados aos parâmetros atuais disponíveis na bibliografia.

### **3.2 O conflito paradigmático**

Mediante essa primeira discussão sobre o conceito da violência obstétrica, um dos interesses deste estudo consiste em analisar a atual conjuntura na qual está inserido o conflito de paradigmas representados na coexistência de dois modelos de assistência ao parto. De um lado, o modelo de atenção ao parto moderno, que foi desenvolvido por médicos europeus durante o século XIX, incrementado por médicos norte-americanos e implementado na América Latina e no Brasil durante o século XX (SENA, 2016). De outro lado, as tentativas de implementação do modelo humanizado de atenção obstétrica, que foi inspirado na produção crítica de outros médicos da Europa e dos Estados Unidos no século XX e que vem sendo implementado Brasil, institucionalmente, desde o final dos anos 1990, impulsionado pelo apelo dos movimentos sociais na saúde (DINIZ, 2001).



Por paradigmas entende-se o que postulou o filósofo estadunidense Thomas Kuhn (1975) em sua obra “A Estrutura das Revoluções Científicas”, como sendo “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade científica de praticantes de uma ciência” (KUHN, 1975 *apud* PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 23).

Segundo Paim e Almeida Filho (2000), considerando que o campo científico da saúde, como um todo, passa por uma crise paradigmática profunda de caráter epistemológico, teórico e metodológico, uma série de propostas têm sido feitas pelas ciências contemporâneas para que uma nova matriz disciplinar oriente as práticas de saúde. Para os autores, os objetivos da transição paradigmática buscada no campo da saúde tomam como premissa a Teoria da Complexidade que, proposta pelo sociólogo francês Edgar Morin, oferece uma abordagem científica que respeita a complexidade não-linear inerente aos processos reais e concretos da sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Para Gohn (2007), a discussão dos paradigmas explicativos da realidade insere-se em um contexto mais amplo de transição paradigmática, que diz respeito à crise do paradigma dominante da modernidade. Mediante as transformações sociais que decorrem da globalização e das inovações tecnológicas no campo das relações sociais, a crítica feita à produção científica do século XX tem buscado reverter o imperativo da razão como racionalidade que guia o progresso econômico fundamentado a partir do consumo. Esta transição paradigmática tem sido impulsionada a partir do mundo das artes, do feminino, da corporalidade, das religiões, da cultura popular, da educação não-formal e da participação social “trazendo à tona outras dimensões da realidade social, igualmente produtoras de saberes” (GOHN, 2007, p. 41).

Segundo Gohn (2007), para discutir os paradigmas do conhecimento é necessário articular outros temas como: o poder e as relações de dominação, a produção das relações entre indivíduos, grupos e movimentos sociais; e, a elaboração das políticas públicas que normatizam e regulam a sociedade no contexto das democracias. Neste contexto, a autora sinaliza que o tema “gênero” tem sido o motor principal das críticas ao modelo democrático e na busca de um novo paradigma emancipatório.

Este conflito paradigmático, quando percebido no campo da saúde reprodutiva, pode ser claramente descrito no campo da formação e manutenção dos modelos que orientam a assistência obstétrica. O modelo do parto moderno ou industrializado (ODENT, 2003) tem sido definido como modelo medicalizado ou tecnocrático. Entende-se por modelo tecnocrático o referencial médico que transformou o parto em um evento patológico,

institucional e lucrativo, partindo da ideia do corpo como máquina, da paciente como objeto e da exaltação à tecnologia moderna, para padronizar a assistência ao parto sob a autoridade médica, hierarquia que se coloca acima de outros profissionais e da própria mulher (MAIA, 2010, p. 43).

Segundo Diniz (2001), o termo 'humanização do parto e nascimento', evidenciado no Brasil a partir da década de 1990, pode ser considerado uma versão brasileira ou latino-americana de movimentos internacionais anteriores, que ficaram conhecidos na língua inglesa como *gentle birth*, *respectful birth*, *natural childbirth*, *active birth*, *woman centered childbirth*, entre outros termos. A autora retrata como o movimento pela humanização do parto tomou forma e que influências específicas ele absorveu no Brasil:

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários Estados. Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que atualmente congrega centenas de participantes, entre indivíduos e instituições (DINIZ, 2005, p. 631).

A autora também mostra que, no Brasil, a adesão dos serviços de saúde à perspectiva da humanização da assistência ao recém-nascido foi, de certa maneira, anterior à humanização do parto com foco na mulher. Isso porque, na década de 1970, também se consolidava a crítica às rotinas de atendimento que eram repletas de intervenções desnecessárias, dolorosas e perigosas feitas nos hospitais com todos os recém-nascidos (DINIZ, 2001). Para Santos Filho e Souza (2021, p. 776), o movimento pela humanização alerta sobre as “lacunas do modelo predominante, hospitalocêntrico e medicocentrado, com práticas invasivas e não humanizadas e altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal”.

Se o primeiro modelo/paradigma pode ser compreendido como sendo hospitalocêntrico e medicalizante - centrado no risco, no médico e no hospital; o modelo crítico a este, em disputa, pode ser entendido como multiprofissional, de cuidado integral, centrado na autonomia da mulher, na singularidade da natureza de cada fase, com intervenções cientificamente atualizadas, realizadas de maneira consentida e informada, em respeito ao protagonismo e aos tempos da mulher, do bebê e da família. Mesmo em meio a muitos obstáculos, Silva e Oliveira (2015) identificam que o movimento pela humanização do

parto e nascimento, juntamente com o movimento pelo fortalecimento da atenção básica, se destacaram neste final e início de século, em virtude dos muitos avanços obtidos no campo da saúde materno-infantil.

Segundo Leite e colaboradores (2022), o termo violência obstétrica tem servido aos movimentos sociais para questionar o paradigma que influencia a assistência obstétrica dominante. Segundo a revisão multinacional de Kopereck e colaboradoras (2018), a violência obstétrica é resultado da medicalização do parto e do corpo feminino sob justificativas que não condizem com as vontades e necessidades das mulheres. As autoras reafirmam que o conteúdo da humanização nas políticas públicas é importante para que as tecnologias já alcançadas no campo da medicina sejam utilizadas adequadamente, ou seja, sem “transformar um evento natural em um fenômeno medicalizado ou cirúrgico” (KOPERECK *et al*, 2018, p. 2051).

Segundo Benevides e Passos (2005) a humanização da saúde no SUS consiste em uma estratégia política para orientar a saúde no sentido do fortalecimento da cidadania. Tendo como princípio a valorização das dimensões subjetiva e social nas práticas de saúde, aplicada à assistência e à gestão e à humanização, a humanização da saúde como política pública resgata o compromisso com a democracia e direitos humanos e traz para as demais políticas a centralidade do respeito às questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e populações específicas para guiar as práticas de saúde.

Para Tesser (2006), o fenômeno da medicalização social foi descrito pelo pensador austríaco Ivan Illich, em 1975, como um movimento cultural global que redefine as experiências e os comportamentos humanos como problemas médicos que necessitam de intervenção.

O desfecho prático do processo de medicalização social, precocemente descrito por Illich e iluminado pelas idéias de Fleck, mostra que gripes, resfriados, lutos, pequenas contusões e ferimentos, tristezas, crises de relacionamento sentimental, familiar e conjugal, dores ocasionais, recorrentes ou crônicas, mortes e nascimentos, crises existenciais etc., passam a ser vertiginosamente medicalizados, carentes de interpretação e prescrição médica ou de especialista similar (TESSER, 2006, p. 73).

Para Illich (1975), conforme aponta Tesser (2006), o modelo da medicina institucionalizada ameaça a saúde causando iatrogenias. Illich ampliou o uso do conceito de iatrogênese (aplicado pelos médicos para designar prejuízos à saúde do paciente decorrentes de intervenção médica) e a classificou em três tipos: a iatrogenia clínica, que causa danos ao indivíduo; a iatrogenia social, que causa prejuízos à autonomia de ação do indivíduo em seu grupo e contexto sociais fazendo as pessoas dependerem do poder médico; e a iatrogenia

cultural, que aniquila capacidades culturais de como as pessoas lidam com doenças, dor e morte.

Sob esse olhar médico, Tesser e colaboradores (2015) trazem a perspectiva da prevenção quaternária, relacionada ao conceito de iatrogenia, para compreender a violência obstétrica como um dano ou prejuízo causado em decorrência do atendimento profissional. Para esses autores, a violência obstétrica é uma expressão que agrupa todas as diferentes formas de danos e violências decorrentes do cuidado obstétrico realizado pelos profissionais da equipe de saúde (TESSER *et al*, 2015). A prevenção quaternária, por sua vez, consiste em um conceito proposto pelo médico de família belga Marc Jamouille, no final da década de 1980, para lidar com o problema da medicalização excessiva e combater a iatrogenia clínica. Esta formulação incluiu a percepção do paciente para completar os tipos de prevenção em saúde que já eram reconhecidos<sup>20</sup> (DEPALLENS *et al*, 2020).

Para Depallens e colaboradores (2020), a prevenção quaternária envolve uma profunda revisão das práticas de saúde, dos valores e das competências que orientam o cuidado, sendo necessário desenvolver “habilidades de comunicação e cuidado centrado na pessoa; técnicas e saberes qualificados e sempre atualizados; espírito crítico e ética profissional, com um máximo de qualidade técnica e humana; e o mínimo de intervenção e dano possível” (DEPALLENS *et al*, 2020, p. 9). Para alcançar tal patamar, alertam os autores, são necessárias transformações curriculares na formação dos profissionais de saúde.

O nascimento, por exemplo, que era tratado como um evento muito feminino, natural, doméstico e íntimo, tornou-se excessivamente medicalizado mediante a fragilização do papel das parteiras que, a partir do século XVII, foram desqualificadas e criminalizadas à serviço da profissionalização do conhecimento médico (MAIA, 2010; SENA, 2016). O ensino da especialidade médica em obstetrícia foi responsável por consolidar o papel do médico no campo da saúde da mulher e disseminar o modelo tecnocrático de atendimento ao parto, reforçando suas instituições (maternidade e hospitais escola, por exemplo), seu instrumental técnico, cirúrgico e farmacológico (fórceps e ocitocina, p. ex.) e suas condutas prescritivas (posição de parir e jejum, p. ex.) que, ainda hoje, são comuns no atendimento obstétrico (SENA, 2016).

---

<sup>20</sup> A prevenção primária dá-se em contexto de ausência de doença, onde paciente e médico consensuam sobre medidas que possam evitar a ocorrência de doenças. A prevenção secundária acontece quando a doença está biologicamente presente, porém manifesta-se de forma assintomática ou pouco sintomática, demandando ações para aumentar a chance de cura e tratamento precoce. A prevenção terciária corresponde ao indivíduo que está doente e sofrendo alguma forma de incapacitação e o objetivo é reabilitar o paciente da melhor maneira possível (DEPALLENS *et al*, 2020).

No modelo tecnocrático de atenção ao parto, o corpo é tratado como máquina (DINIZ, 2005), a mulher como objeto e a tecnologia moderna como panaceia para padronizar a assistência sob a autoridade médica, impondo uma hierarquia acima de outros profissionais, especialmente da enfermagem, e da própria mulher (MAIA, 2010; SENA 2016). Nesse contexto de modernização da saúde da mulher, fica compreensível que “a medicalização não é nem medicina, nem ciência; é uma estratégia semântico-social que beneficia algumas pessoas e prejudica outras” (SZAZ, 2007, p. 19 *apud* SENA, 2016, p. 30).

Portanto, a cultura do parto medicalizado, institucionalizado, tecnocrático e industrializado, resultante deste lento processo histórico de medicalização dos corpos e da vida, foi propagada ao mundo pela medicina de países da Europa e, também, pelos Estados Unidos da América em nome da Ciência (ODENT, 2003; MAIA, 2010; SENA, 2016). Assim, o início do século XX consolidou o discurso normativo sobre a gravidez, o parto e a maternidade como “funções naturais” destinadas às mulheres e definiu uma série de intervenções médicas a serem rotineiramente realizadas em seus corpos. Os médicos obstetras da época argumentavam que o “parto da mulher civilizada” havia se transformado em um parto doloroso e, assim, justificavam o uso dos anestésicos, por exemplo (SILVA *et al*, 2019).

Embora o modelo assistencial tecnocrático de atendimento ao parto tenha encontrado dificuldades para chegar aos rincões brasileiros, bastaram algumas décadas de formação profissional e implementação das rotinas obstétricas medicalizadas para que o Brasil chegasse a ocupar o primeiro lugar no *ranking* mundial de cirurgias cesarianas durante a década de 2010, batendo recordes com suas altas taxas nos serviços privados e públicos (BATISTA FILHO; RISSIN, 2018)<sup>21</sup>.

Como muitas destas cirurgias cesarianas são realizadas sem a devida indicação técnica (LANSKY *et al*, 2014) seus excessos têm provocado danos à saúde das mulheres e dos recém-nascidos (TESSER *et al*, 2015). Atualmente, o Brasil apresenta a segunda maior taxa do *ranking* mundial, com aproximadamente 56% dos nascimentos por cirurgia cesariana, revelando ter mudado pouco a despeito dos esforços empregados. A República Dominicana passou a ocupar a primeira posição, com aproximadamente 58% de cesarianas (OPAS, 2021a).

---

<sup>21</sup> A OMS recomenda que as cesarianas sejam o desfecho adequado para, no máximo, 15% das gestações. O crescimento mundial das cesarianas tem sido observado desde a década de 1990. Esse crescimento, entretanto, não acontece de maneira homogênea: enquanto alguns países africanos, por exemplo, têm sido questionados pelo baixo número de cesáreas, indicando barreiras de acesso às mulheres que necessitam desta intervenção; os países da América Latina e Central tem apresentado excessos. No Brasil, desde 2009, o número de nascimentos por cesárea supera o número de nascimentos por parto vaginal (BATISTA; RISSIN, 2018; OPAS, 2021)

Mesmo que existam avanços tecnológicos com efeitos positivos inegáveis para a saúde das mulheres, resultantes eles mesmos desse modelo biomédico, os indicadores passam a expressar danos causados pelo exagero de cesáreas e intervenções no parto. A prematuridade iatrogênica, por exemplo, resulta do aumento dos nascimentos precoces por decisão médica, o que coloca a vida desses recém-nascidos, suas mães e famílias em situação de distúrbio e risco de morte (TESSER *et al*, 2015).

Apesar do cenário negativo, com excesso de partos cirúrgicos, mortes maternas evitáveis, mortalidade por abortamento inseguro e maus-tratos no atendimento obstétrico, a literatura e a prática social indicam que os diferentes modelos de atenção estão coexistindo. De um lado, encontram-se os efeitos persistentes do modelo dominante do “parto médico”, que atua estritamente sob autoridade médica, racionalizando e medicalizando o corpo da mulher no hospital. E, de outro lado, as experiências insurgentes do modelo do “parto humanizado”, resultantes de políticas públicas e iniciativas não governamentais concebidas de forma colaborativa e em disputa pelos movimentos sociais, universidades, gestores e profissionais de saúde. Tais iniciativas, desde o final do século XX, vem favorecendo o enfrentamento à violência obstétrica por meio da difusão do novo modelo de atenção à saúde materno-infantil (SENA, 2016).

Para Reis (2017), foi o resgate da autonomia da mulher no parto que motivou a união entre o movimento feminista e outros grupos da sociedade a partir da década de 1980. Esse movimento “passou a criticar fortemente esse modelo obstétrico tecnocrático” e passou a realizar conferências, publicar documentos e articular diversas áreas do conhecimento na busca de evidências científicas. Desse processo resultou o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento, que está na base de diversos esforços de mudanças implementados no âmbito da saúde reprodutiva das mulheres. Desse histórico pode ser destacada a criação, no ano de 1993, da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento - ReHuNa como um marco reconhecido de participação da sociedade na agenda pública (DINIZ, 2001; CARNEIRO, 2011; MAIA, 2010).

Dentre os programas implementados pelo Ministério da Saúde, de maneira interfederada e com forte participação social na agenda pública, estão em destaque aqueles voltados aos direitos reprodutivos, e índices de mortalidade e adoecimento materno e infantil por causas consideradas evitáveis. No ano 2000 foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e, em 2005, foi lançada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, sendo que ambos tiveram como “pedra fundamental” o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) vigente desde 1983 (MAIA, 2010).

Outros programas e políticas foram criados durante essas décadas, sendo a “Rede Cegonha” a política nacional de atenção à saúde materno-infantil mais recente a ter sido implementada e que se manteve condizente com os ideais e diretrizes do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento e o próprio PAISM (BRASIL, 2011a). A Rede Cegonha foi uma estratégia federal que fez parte da política pública de saúde no Brasil desde 2011, tendo sido orientada pela Portaria de Consolidação n. 3 de 2017 até o presente ano<sup>22</sup>. Voltada às necessidades de saúde das mulheres, das crianças e das famílias no que se refere aos processos de saúde perinatal e direitos reprodutivos, a Rede Cegonha promoveu melhorias nos quatro componentes definidos pela política, a saber: pré-parto; parto e nascimento; puerpério e atenção à saúde integral da criança; e sistema logístico de transporte e regulação (BRASIL, 2017)<sup>23</sup>.

Visando implementar uma rede de cuidados com direito ao planejamento sexual e reprodutivo, ao pré-natal, à dignidade de atendimento no abortamento, ao parto respeitoso e ao cuidado no puerpério com a mulher e o recém-nascido até os 24 meses, a estratégia da Rede Cegonha manteve sua vinculação com a pauta da humanização, servindo assim ao movimento de transição paradigmática do modelo de atenção obstétrico e neonatal (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021). A intenção com a política Rede Cegonha era direcionar investimentos federais à reestruturação e reorganização da rede de serviços, com foco na ampliação do acesso ao pré-natal, a exames e aos centros de parto normal ou maternidades que seguem protocolos atualizados em evidências científicas e considerados humanizados, com abertura e valorização do trabalho das enfermeiras obstetras e das doulas.

Contudo, nesse contexto de influência do paradigma da medicalização sobre os profissionais de saúde, principalmente da medicina e enfermagem, Petrucce *et al* (2017) ressaltam que, mesmo sendo o modelo humanizado um consenso apoiado pela OMS desde a década de 1980, “a aceitação desse novo modelo de assistência ainda sofre demasiada resistência em meio aos obstetras. Muitas vezes por acreditarem que se trata de radicalismo” (PETRUCCE *et al*, 2017, p. 214). Para esses autores, a figura do médico parteiro extremamente intervencionista foi resultado do processo de ensino-aprendizagem da

---

<sup>22</sup> Em 04 de abril de 2022 foi publicada a Portaria GM/MS n. 715/2022 instituindo a nova Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami), que substitui a Rede Cegonha.

<sup>23</sup> Destaca-se também a expansão da atenção básica (representada, principalmente, pelo aumento dos “postos de saúde”, as Unidades de Saúde da Família) como uma estrutura estatal importante de interiorização do acesso à saúde para as mulheres no Brasil. A expansão da política de atenção básica impactou diretamente a saúde materno-infantil, tendo nessa área suas principais conquistas (TEIXEIRA, 2013). No contexto do SUS, para qualquer outra política de atenção à saúde alcançar seus resultados, a atenção básica precisa ser fortalecida, por ser considerada a porta de entrada primordial do sistema de saúde.

medicina, influenciada por uma “época longe do advento da medicina baseada em evidências, na qual as condutas médicas eram fortemente influenciadas por personagens importantes e de alto grau de prestígio nas associações médicas” (PETRUCCE *et al*, 2017, p. 214), traços presentes na atualidade.

Conforme aponta Faria (2015), a história do Brasil mostra que as outras profissões relacionadas ao parto, como as “parteiras *com* formação”, as obstetrias e as enfermeiras obstetras, foram criadas depois da inserção dos médicos na cena do parto. Assim, conforme argumenta a autora, a trajetória de formação dessas profissionais ligadas a enfermagem foi desenvolvida de maneira subalterna e dependente do ensino médico, sustentada por exigência da legislação nacional do ensino, e, ao mesmo tempo, produto da influência europeia e norte-americana do movimento de politização da assistência ao parto para o bem da economia do complexo industrial médico hospitalar.

Esse contexto histórico reforça a compreensão de que a violência obstétrica se relaciona à assistência obstétrica moderna como um todo e não apenas à medicina obstétrica, em separado. Entende-se que, hoje, a assistência obstétrica envolve uma equipe multiprofissional que, por sua vez, tem mantido as práticas do modelo tecnocrático e medicalizado de atenção à saúde materno-infantil que lhes foi ensinado. Segundo Sena,

é um equívoco achar que a violência promovida pelo processo de medicalização do nascimento é algo, exclusivamente, dos domínios da formação médica, uma vez que enfermeiros e auxiliares de enfermagem, imersos na cultura medicalizante do gestar, parir e nascer, também demonstram comportamentos que desconsideram a autonomia das mulheres e seu direito de decidir por si (SENA, 2016, p.114).

Para Katz *et al* (2020) a violência obstétrica é estrutural e acontece em um “contexto multifatorial de violência institucional e de gênero” (KANTZ *et al*, 2020, p. 628). As autoras atribuem a violação aos profissionais de saúde médicos e não-médicos, deixando-se compreender que seja algo que ocorra dentro das instituições de saúde e na interação com a equipe de profissionais responsáveis pela assistência.

Ainda neste debate sobre quem comete violência obstétrica, existe a indicação de que outras pessoas, que não são trabalhadores de saúde, também poderiam ser responsáveis. A exemplo da Lei Estadual n. 17.097/2017 do estado de Santa Catarina que define, em seu 2º artigo, que a violência obstétrica é todo ato praticado “pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério” (SANTA CATARINA, 2017, s/p).



Sobre quem são os perpetradores da violência obstétrica, porém, os estudos continuam mostrando que as denúncias são, frequentemente, voltadas aos médicos e à equipe de enfermagem<sup>24</sup>. Além do médico obstetra e da enfermagem, são encontrados também relatos de violências envolvendo médicos/as anestesistas (FARIA, 2015; SENA, 2016; SILVA; SERRA, 2017).

Em relação à percepção dos profissionais, da medicina e da enfermagem, sobre a violência obstétrica, estudos brasileiros mostram que eles reconhecem que, nos serviços de saúde, ocorrem práticas como desrespeito, discriminação, uso de linguagem pejorativa, ameaças e negligência de cuidado à dor da mulher gestante, parturiente ou puérpera, entretanto, eles não as percebem como violações e a impunidade é apontada, por eles mesmos, como uma das causas do problema (AGUIAR, 2010; OLIVEIRA; PENNA, 2017; AZEVEDO, 2017).

Percepções semelhantes foram investigadas por Borges Dama e colaboradores (2021) em um estudo cubano que, após realizar observação participante em um hospital escola e entrevistar médicos e enfermeiras da equipe a respeito da violência obstétrica, destacou dois tipos de reações: um grupo de profissionais que rechaça o termo, manifestando ira e defendendo que as intervenções obstétricas são necessárias; e, outro grupo que compreende o problema e demonstra medo e vergonha de serem responsáveis por atos considerados violentos pelas mulheres. As pesquisadoras cubanas concluem que a violência obstétrica resulta de um “intervencionismo obstétrico”.

Segundo Leite *et al* (2022), parte dos profissionais de saúde e também das mulheres atendidas nem sempre interpretam como violência os procedimentos da medicalização estabelecida no parto, ou seja, não percebem as práticas rotineiras instituídas como abusivas. Portanto, não validam o termo violência obstétrica e não entendem que os protocolos da medicalização devam ser abandonados.

Assim, estabelece-se uma cultura onde a subalternidade histórica da enfermagem obstétrica (FARIA, 2015; AZEVEDO, 2017) e a dificuldade de inserção da doula na equipe servem ao poder obstétrico (RAMÍREZ, 2014), pois facilitam que o/a médico/a ocupe livremente a centralidade de poder na assistência obstétrica, à revelia das mulheres e das evidências científicas humanizadas.

---

<sup>24</sup> Os dados que indicam que profissionais da medicina e da enfermagem são os mais apontados pelas denúncias e relatos de violência obstétrica são coerentes com a condição estabelecida pelo próprio modelo de formação e sistema de atenção à saúde materno-infantil que, por ser medicalizado, resolve a imensa parte das demandas das gestantes apenas com profissionais da medicina e da enfermagem.

Entretanto, achados da pesquisa de Azevedo (2017), por meio de entrevistas com médicos obstetras, mostram que, na visão dos médicos, a denúncia da violência obstétrica tem resultado em “perda de espaço, autonomia e poder médico”, e isso vem “desestimulando” que estudantes de medicina queiram ingressar nesta especialidade.

Alguns estudos e posicionamentos institucionais, vem expondo este conflito específico com a medicina deflagrado pelo uso do termo violência obstétrica (KATZ *et al*, 2020; LEITE, *et al*, 2022). A seguir, aborda-se especificamente o conflito da medicina com as denúncias de violência obstétrica.

### 3.3 O conflito com a Medicina

Para Katz e colaboradoras (2020), a expressão violência obstétrica tem causado uma “resistência retórica” na categoria médica e na Organização Mundial da Saúde. Conforme apontam as autoras, a resistência ao conceito se apresenta em duas formas: uma que questiona a adequação do termo “violência” e outra que questiona a aplicabilidade do termo “obstétrica”.

Essa resistência dos médicos manifesta-se no parecer do Conselho Federal de Medicina que trata do uso da expressão violência obstétrica. O parecer foi emitido em outubro de 2018, em resposta a uma consulta feita pelo Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, a fim de ser orientado sobre a “proliferação de leis que tratam da violência obstétrica no país”. Neste parecer o CFM faz uma análise sobre a origem do uso da expressão e recomenda que ela seja eliminada, ou melhor, substituída pelo termo que seria mais correto na visão deles: violência no parto (CFM, 2018).

No parecer, alega-se que a categoria de profissionais médicos obstetras está se sentindo agredida e estigmatizada pelas narrativas “hostis, não necessariamente verdadeiras” que as mulheres vêm denunciando nos meios de comunicação. Além de questionar a veracidade das denúncias das mulheres, o Conselho faz uso do estereótipo das relações de gênero, sugerindo que o movimento das mulheres em torno da violência obstétrica “beira a histeria”. Para compreender o contexto em que se insere essa crítica, segue um trecho:

Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital. (...) A violência na assistência ao parto (...), conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo assistencial, desde os motoristas de ambulância e os porteiros das instituições, passando por todos os profissionais de saúde, até as pessoas que tratam da limpeza e da alimentação, e assim por diante. Desta forma, a

expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a histeria, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher (...) Desta forma, em razão da radicalidade desses movimentos em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, e em defesa de sua autonomia, os médicos obstetras estão sendo estigmatizados e processados por realizarem procedimentos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidados (CFM, 2018, p. 2-3, grifo nosso).

O documento todo se fundamenta em três observações. A primeira é de que a Medicina Baseada em Evidências teria popularizado o acesso dos profissionais e da população a revisões de estudos científicos que precisam ser mais bem interpretadas e lidas para indicação daqueles estudos que cumprem com o rigor científico. A segunda observação do parecer endossa os princípios da Bioética para debater a limitação que deve ser dada à autonomia da mulher em questões médicas. Por fim, o parecer utiliza da crítica ao movimento feminista e, embora reconheça que as políticas de humanização do parto sejam mesmo necessárias, aponta que o caráter político-ideológico dos movimentos sociais de mulheres tem favorecido conflitos entre a sociedade e a medicina.

A crítica à nova transição paradigmática da obstetrícia, representada pela implementação do modelo humanizado, tem sido persistente nos discursos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e, em especial, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). Essa resistência também pode ser notada na atuação de parte dos profissionais médicos, em especial, que atuam nos serviços da região estudada. Desde 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) vem defendendo posicionamentos em pareceres, matérias e resoluções que divergem dos pressupostos do Movimento pela Humanização. Em resolução aprovada, o CFM decidiu que as mulheres podem escolher agendar uma cesárea eletiva com seu médico/a, desde que seja a partir da 39ª semana de gestação (CFM, 2016).

Segundo pareceres recentes do Conselho Regional do Rio de Janeiro, por exemplo, os médicos podem recusar planos de parto<sup>25</sup> das mulheres, bem como impedir o acesso de doulas como acompanhantes das mulheres no momento do parto (CREMERJ, 2019). grosso modo, essas matérias e posicionamentos sugerem que doulas, parteiras, casas de parto com enfermeiras obstetras, obstetras e partos domiciliares representam um retrocesso científico.

---

<sup>25</sup> “O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi cunhado por Sheila Kitzinger em 1980 nos Estados Unidos. Os países anglo-saxônicos ecoaram esse novo documento e começaram a usá-lo para exigir um parto o menos intervencionista possível. (...) é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, (...) deve combinar com a parteira de Atenção Primária de Saúde e posteriormente com a parteira de Atenção hospitalar, quais alternativas, dentro da boa prática, prefere durante seu parto, sob condições normais” (SUÁREZ-CORTÉS, 2015, p. 2).

Neste contexto, aqueles profissionais da medicina que optam pelo modelo do parto humanizado hospitalar ou mesmo domiciliar acabam sofrendo pela falta de apoio.

Neste cenário de conflito em torno da pauta, o uso do termo violência obstétrica torna-se emblemático e, de certa maneira, divide os movimentos sociais. Segundo Leite e colaboradoras (2022), a ReHuNa surgiu do reconhecimento da violência na assistência obstétrica, mas optou por utilizar termos “positivados” para comunicar qual assistência desejam às mulheres, usando “promoção dos direitos humanos das mulheres” e “humanização do parto”, por exemplo. Para Diniz *et al* (2015), ao evitar falar em violência, a organização buscou desde a década de 1990 que os profissionais de saúde não se sentissem hostilizados sob a acusação de violência.

Posicionamentos mais recentes das entidades médicas, entretanto, demonstram que não apenas o termo violência obstétrica deve ser questionado. Uma polêmica recente envolvendo o estado do Piauí, dentre outras polêmicas atuais que possam ser citadas, mostra que a categoria médica tem questionado a inserção das doulas e das enfermeiras obstetras na cena do parto. A polêmica citada gira em torno da Lei n. 7.750, aprovada em 14 de março de 2022 pelo estado do Piauí, que:

dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de pré-parto, pós-parto e em situações de abortamento; garantia do direito de se manifestar através de seu plano individual de parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no estado do Piauí (PIAUI, 2022, s/p).

Nesse contexto, o Sindicato dos Médicos do Piauí tem defendido a revogação da referida lei por meio de um projeto que tramita na respectiva casa legislativa. Em entrevista aos meios de comunicação para esclarecer a posição dos médicos, Lúcia Santos, representante do sindicato, afirmou:

a posição dos médicos, do conselho, não pode ser outra. Nós estamos falando de ato médico, o ato obstétrico é um ato médico, a responsabilidade com a vida das gestantes é nossa, de nós médicos, nós não podemos atribuí-las a terceiros. Seria irresponsabilidade nossa (FERREIRA; MOURA, 2022, s/p).

Esta resistência médica, entretanto, sustentada a partir do culto da sociedade moderna ao poder médico, do ato médico, ou, como vê-se acima nomeado, do “ato obstétrico”, pode estar relacionada à dificuldade que os países encontram para aprovar normas e leis que visem proteger a mulher deste tipo de violência (CHADWICK, 2017).

Sobre este ponto, ressalta-se o conceito de “poder obstétrico” proposto por Gabriela Arguedas Ramírez, docente da *Universidad de Costa Rica* e pesquisadora do *Centro de*

*Investigaciones y Estudios de la Mujer*, que articula o tema em específico à concepção de “poder disciplinar” elaborada pelo filósofo francês Michel Foucault.

Para Ramírez (2014), a noção de poder obstétrico deve ser compreendida como uma forma de poder disciplinar que funciona dentro da instituição médica que, por sua vez, deve ser reconhecida como uma estrutura patriarcal. Nesse sentido, a violência obstétrica passa a ser vista como um mecanismo utilizado “*para disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad*” (RAMÍREZ, 2014, p. 166).

Portanto, está pesquisa localiza-se neste cenário de tensões e conflitos políticos e paradigmáticos. Sendo uma temática já estabelecida no campo político e científico, envolvendo movimentos sociais, pesquisadores, bem como instituições diversas do campo da saúde e dos direitos das mulheres, pretende-se nesta tese uma abordagem interdisciplinar, histórica, situada e pragmática da realidade, de tal modo que permita, de maneira crítica, construir diálogos e aprendizados a partir de achados locais. A seguir, aprofunda-se o estudo de caso sobre o Coletivo de Mulheres e o contexto regional de enfrentamento à violência obstétrica.

## **4 O COLETIVO DE MULHERES**

Este capítulo apresenta alguns produtos que foram alcançados mediante o estudo de caso: a) composição narrativa que conta a história de criação do Coletivo de Mulheres no ano de 2017 a partir de cinco acontecimentos prévios; b) perfil social das ativistas do Coletivo no ano de 2020 que inclui, além dos dados sociodemográficos, registros sobre seus históricos obstétricos com dados sobre as violências obstétricas que atingiram as próprias ativistas; c) classificação das violências obstétricas que ocorreram em serviços de saúde localizados na região Sul da Bahia, principalmente no município de Porto Seguro e no Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães, e que foram acolhidas pelo Coletivo entre os anos de 2017 a 2020; e, d) análise das consequências das violências obstétricas para a vida das vítimas, segundo a percepção das entrevistadas.

### **4.1 História da criação do Coletivo de Mulheres: uma narrativa de acontecimentos**

História e narrativa, tal qual História e memória, se alimentam. Narrativa, sujeitos, memórias, histórias e identidades. São a humanidade em movimento. São olhares que permeiam tempos heterogêneos. São a História em construção. São memórias que falam (DELGADO, 2003, p. 23).

Ao analisar a origem do Coletivo de Mulheres, por meio do estudo de caso, encontrei elementos narrativos sobre cinco acontecimentos prévios que foram definidores para sua criação. Assim, para compor e propor uma narrativa sobre a história de criação do Coletivo de Mulheres, serão detalhados cada um desses acontecimentos: 1) o empreendimento autônomo criado por uma enfermeira obstetra em 2015; 2) a carta para o Hospital HRDLEM escrita por uma mulher que vivenciou a violência obstétrica em 2016; 3) a roda de mães criada por quatro mulheres em 2017; 4) a conferência livre de saúde realizada em Porto Seguro por iniciativa popular, com apoio da Universidade Federal do Sul da Bahia; e, por fim, 5) as duas audiências que ocorreram entre as mulheres representantes da conferência livre e as representantes da gestão pública, tendo sido uma com a Secretária Municipal de Saúde de Porto Seguro e a outra com a direção do Hospital HRDLEM.

Os acontecimentos priorizados foram percebidos como fatos que podem explicar as motivações e o contexto que levou as mulheres a essa mobilização social. Por tratar-se de um registro histórico no contexto de uma pesquisa social comprometida com o anonimato de suas

participantes, os nomes de todas as pessoas envolvidas serão codificados no texto, incluindo o meu<sup>26</sup>.

Nas narrativas a seguir são citadas as cofundadoras do Coletivo, identificadas da seguinte forma: “Parteira”, “Professora” e “Enfermeira”. Ressalta-se, que todos os cinco acontecimentos narrados a seguir antecederam a criação do Coletivo por essas mulheres que, por sua vez, contaram com a participação ativa de outras mulheres.

#### *Primeiro acontecimento: o empreendimento da Parteira*

No ano de 2014, uma mulher da região sudeste do país, parda, enfermeira, mãe de três filhas e recém-chegada à região extremo-sul da Bahia, iniciou sua atuação profissional como parteira autônoma, logo após se especializar em enfermagem obstétrica em uma instituição de ensino da região, doravante chamada de Parteira que, nos anos posteriores, desempenhou o papel de cofundadora do Coletivo de Mulheres.

Dentre suas primeiras ações neste novo campo profissional e lugar de moradia, ela criou uma “Roda” para reunir gestantes e puérperas para conversas temáticas, sendo uma das pioneiras neste tipo de iniciativa no Município. Com participação gratuita e voluntária, sem nenhuma ligação institucional, a proposta da Parteira era disseminar informações sobre os direitos das mulheres e sobre as possibilidades de cuidado em saúde no momento da gestação, do parto e do puerpério. Com esta ação, ela dava início ao seu empreendimento profissional de enfermagem em saúde materna na região e, ao mesmo tempo, produzia encontros entre mulheres numa perspectiva engajada à promoção da autonomia da mulher na sociedade.

A Roda de gestantes e puérperas era convocada pela Parteira por meio de divulgação em suas redes sociais e também por meio de alguns cartazes que ela colava em murais da cidade. Os encontros da roda aconteciam presencialmente e duravam, em média, duas horas. Ela apresentava um tema inicial para a conversa e deixava fluir conforme o desejo das participantes. O objetivo era criar um espaço de conversa entre as mulheres que estavam presentes, em sua maioria grávidas ou recém-paridas, sobre as temáticas perinatais que mais lhe interessassem<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Apesar de ser uma das mulheres citadas, fiz a opção de não evidenciar no texto principal a minha identificação pessoal, posto que nenhuma das mulheres será identificada nesta tese conforme escolhas metodológicas já explicitadas. Entretanto, a fim de não omitir minha implicação no campo, como mulher e ativista, acrescentei em notas de rodapé informações que julguei necessárias à compreensão da minha inserção no campo da pesquisa.

<sup>27</sup> Como moradora dessa localidade participei de algumas destas rodas, primeiramente como puérpera, relatando meu primeiro parto domiciliar, e depois como gestante de meu segundo filho em 2016.

Em suas palavras, “foi um projeto voltado para mulheres para empoderamento dentro do parto e das questões de parto, nascimento e amamentação” (Parteira). Além de dar acesso a informações técnicas com base nos estudos da enfermagem obstétrica, essas rodas proporcionaram, principalmente, que as mulheres pudessem ouvir os relatos pessoais umas das outras sobre as diferentes experiências perinatais. Eram relatos que traziam, em detalhes, os acontecimentos e os sentimentos vivenciados durante essas fases.

Algumas poucas rodas contavam com a participação tímida de homens que, em geral, estavam acompanhando suas esposas. Também era comum a presença de bebês ou crianças acompanhando suas mães, o que deixava o ambiente mais informal, como geralmente são as rodas para mães. Em geral, eram atividades pequenas que contavam com três ou até dez mulheres sentadas em roda, muitas vezes no chão da sala. Ao longo dos anos, as rodas aconteciam, geralmente, em locais parceiros identificados na comunidade, como uma escola de idiomas e uma associação beneficente, mas também aconteciam na casa da Parteira ou de algumas das participantes da Roda.

Sobre o perfil das mulheres participantes, a fala da Parteira traz quais eram suas expectativas:

No início eu pensava ‘Ah, todo mundo vai querer participar’, porque era um lugar bonitinho, a gente fazia lanchinho, tudo era pensado de uma maneira talvez romantizada pela minha cabeça, mas eu pensava ‘Nossa, as grávidas vão gostar, porque tem um tema interessante, lanchinho e várias grávidas pra poder trocar.’. Então eu achava que ia ser sucesso total, todas as grávidas iam querer ir (Parteira).

A realidade encontrada pela Parteira, entretanto, mostrou uma complexidade social existente no território que não poderia ser ignorada em ações comunitárias, em suas próprias palavras: “eu percebi logo que aqui existe uma separação invisível, como se fosse uma cortina invisível separando as pessoas” (Parteira). Ela continua:

as mulheres que atendiam meu chamado quase sempre eram mulheres parecidas comigo, quase sempre mulheres que eram de fora, mulheres que tinha uma situação financeira mais ou menos, alguma formação, às vezes formação acadêmica, algumas com bem mais, outras com um pouco menos, mas era um nível parecido (Parteira).

Apesar da “cortina invisível” que separam as pessoas segundo suas condições socioculturais, étnico-raciais e econômicas, a Parteira compreendeu que a experiência da violência obstétrica e a busca por melhoria na atenção à saúde materno-infantil poderia ser um ponto de conexão entre essas mulheres. Pois, se as mulheres esclarecidas que vinham para as primeiras rodas já traziam relatos de violência “eu conseguia imaginar como seria com quem não tivesse nenhum esclarecimento” (Parteira). Essa reflexão crítica por parte da Parteira,



sobre seu lugar de fala e posição social, mostrou-se particularmente importante no desenrolar da história do Coletivo.

A adesão das mulheres era espontânea, algumas participavam em mais de uma roda e era comum ter ao menos uma mulher participando pela primeira vez. A Parteira conduzia a conversa oferecendo seus conhecimentos técnicos e científicos sobre saúde perinatal e sobre o funcionamento dos serviços de saúde na região, além de seus próprios relatos pessoais relacionados à maternidade e às situações de violência obstétrica a que foi submetida em suas gestões e partos.

Como era comum a presença nas rodas de uma ou mais grávidas com expectativas de saber como seria o seu parto e alguma puérpera contando sua experiência recente, era inevitável que a roda permitisse uma visualização da rede regional de atenção à saúde materno-infantil, com informações sobre o funcionamento dos serviços públicos e privados disponíveis e uma avaliação pessoal das condutas dos profissionais de saúde envolvidos com pré-natal e parto na região. Como pode-se ver neste trecho da entrevista:

Nisso a gente foi se encontrando né, encontrando as pessoas que também passaram por essas situações, e as rodas já deram esse diagnóstico de que alguma coisa precisava mudar. Só que as pessoas desarticuladas não teriam tanta força para ter uma visibilidade, porque a gente tinha as denúncias, às vezes, de violência obstétrica... denúncia não! A gente ouvia falar, né? Não era nem denúncia, mas as pessoas vinham e relatavam isso, contavam sentindo, às vezes chorando. E a gente percebia que faltava essa rede, em que as pessoas estivessem integradas e que uma pudesse ser a força e a voz da outra quando uma não puder (Parteira).

Assim, durante as rodas, era comum que as mulheres grávidas tomassem contato com informações e fatos que revelavam a má qualidade do cuidado durante o atendimento na hora do parto hospitalar e o desrespeito que outras mulheres haviam sofrido quando suas escolhas não eram levadas em consideração. Nos relatos eram também citados os nomes de médicos obstetras e dos hospitais da região, públicos e privados, numa tentativa de mapear possibilidades existentes. Nos relatos dos partos hospitalares destacavam-se as violências que aconteciam, principalmente, por meio do impedimento da entrada do acompanhante escolhido pela mulher, a despeito do direito previsto em lei; dos tratamentos desrespeitosos por parte de médicos obstetras, muitas vezes envolvendo violência verbal; da realização de procedimentos invasivos, como toques vaginais excessivos e episiotomias; e da indução de cesáreas desnecessárias.

Apesar dos partos domiciliares nessa região e no município de Porto Seguro representarem uma ínfima parcela no total de nascimentos, os relatos de parto em casa eram

comuns na Roda. Isso porque as temáticas da Roda eram atreladas ao ideário da humanização do parto, o que atraía mulheres já identificadas com essa escolha e que partilhavam um receio comum de parir nos hospitais. Sobre o parto domiciliar, haviam relatos de mulheres que se deslocavam para parir em outro estado para ter acesso à assistência de equipes de parto domiciliar experientes; mulheres que tiveram partos domiciliares desassistidos, ou seja, sem a assistência de um profissional competente em partos; e, também, alguns poucos relatos que envolviam a assistência de alguma parteira indígena, parteira tradicional ou, ainda, de enfermeiras obstetras que estavam iniciando o trabalho com parto domiciliar na região.

Nesse panorama de partos domiciliares em um contexto de violência obstétrica na rede assistencial local, a Parteira procurava evitar que acontecesse uma “romantização” deste tipo de parto na Roda, prezando pelo esclarecimento das mulheres a respeito:

É uma escolha que tem que ter um nível de consciência, porque a pessoa vai passar por várias etapas, tem várias coisas envolvidas, né? Tem que estar preparada para o plano B. E, às vezes, por ser um tipo de fuga: 'Ah, não quero ir para o hospital de jeito nenhum', às vezes vira um problema contrário. Então tem que ser uma escolha consciente e não pode ser a única alternativa da pessoa para não sofrer violência (Parteira).

A ideia do “plano B” circulava em diferentes rodas e conversas sobre o parto domiciliar e dizia respeito ao planejamento do parto por parte da mulher. Mais especificamente, significava dizer que se o plano de parto da mulher era um parto domiciliar, seria prudente que ela também construísse o seu plano de parto hospitalar, servindo assim de “plano B” a ser utilizado frente a situações que exigissem a transferência da parturiente a um serviço de saúde. Os relatos de partos domiciliares trazidos à Roda, nessa época, eram diferentes entre si e demonstravam a complexidade desta escolha: alguns traziam histórias de êxito e outros revelavam situações tristes de sequelas físicas ou emocionais, seja para a mulher ou mesmo para a criança recém-nascida.

Além da pequena quantidade (ou da invisibilidade) de parteiras indígenas, tradicionais e enfermeiras obstetras atuantes na região naquele momento, o problema do parto domiciliar era destacado pela falta de retaguarda do sistema de saúde a esse tipo de escolha e pelo preconceito manifestado pelos profissionais dos hospitais ao receberem mulheres que tentaram o parto em casa, mas precisaram ser transferidas ao hospital para o nascimento. Para a Parteira, esse cenário que gerava insegurança nas mulheres vinha da ausência de uma rede que possibilitasse uma assistência de qualidade aos diferentes tipos de parto, em suas palavras, “para a gente resolver nossa questão aqui, a gente tem que ter uma assistência que não deixa dúvida: ‘aqui você tem uma alternativa, algumas alternativas dignas’” (Parteira).

Nesse contexto, as participantes da Roda saíam com distintos sentimentos: alegria pelos relatos positivos, expectativas otimistas e pessimistas sobre seu próprio processo gravídico-puerperal e também tristeza pelos insistentes relatos de violência obstétrica. A Roda deixava nítida a sensação de que, ali no município de Porto Seguro e na região, as mulheres estavam desamparadas de serviços de saúde humanizados e condizentes com os direitos das mulheres. E a Parteira passou a ter um papel fundamental na articulação dos diferentes acontecimentos que se deram a seguir.

### *Segundo acontecimento: a Carta ao Hospital*

Este acontecimento envolve a história de três amigas que serão aqui identificadas como a “amiga enfermeira<sup>28</sup>”, a “amiga psicóloga” e a “amiga bióloga”. Todas naturais da região sul do país, brancas e recém-chegadas para morar na região, essas mulheres uniram-se no ano de 2015 para pensar e criar a educação infantil dos próprios filhos.

Essa história, entretanto, começa antes da própria relação de amizade das três mulheres, no primeiro parto da amiga enfermeira, que aconteceu no ano de 2013. Ao chegar na região grávida de sua primeira filha, a amiga enfermeira esperava encontrar um cenário de assistência ao parto que já incorporasse as diretrizes da humanização, porém, como ela conta:

não encontrei parteiras, doulas ou casas de parto no município. Durante a gravidez conheci os Hospitais, público e privado, de referência para o parto e nenhum seguia a Lei do acompanhante. Também passei por quatro médicas e médicos obstetras particulares durante o pré-natal. Depois desse percurso, tive a plena convicção de que não queria um parto hospitalar, pois tinha a certeza de que sofreria algum tipo de violência obstétrica. Esse processo foi bastante desanimador, pois no sistema de saúde não havia médicas e médicos alinhados ao movimento da humanização do parto, nem na rede pública e nem na privada. Especificamente para mim, como enfermeira, e para meu marido, como médico, lidar com isso foi bastante penoso (Amiga Enfermeira).

O desfecho desta gestação foi o sucesso de um parto domiciliar tecnicamente desassistido pois, embora tenha contado com o apoio do marido, familiares e mulheres próximas, que estiveram presentes o tempo todo durante seu trabalho de parto, a parteira que ela contratou de outra região da Bahia não conseguiu chegar a tempo para o nascimento.

No ano de 2015, após unirem-se em torno do projeto de educação infantil, as três amigas engravidaram e, com uma pequena diferença de tempo entre uma gestação e outra, conviveram como gestantes e puérperas. Nesse momento, grávidas e trabalhando com outras

---

<sup>28</sup> Sou a “enfermeira” cofundadora e a “amiga enfermeira”.

mulheres que aderiam à proposta de educação infantil, surgiu a vontade de cuidarem das próprias gestações, partos e puerpérios de maneira coletiva. Para tanto, desenvolveram práticas e atividades de acolhimento, autocuidado, escuta, empatia e apoio lateral umas às outras, sendo uma grande força nas diferentes dificuldades dessa fase da vida delas.

Durante essas gravidezes, além de terem passado por médicos e médicas obstetras durante o pré-natal, as amigas conheceram algumas das enfermeiras obstetras que estavam no início de sua atuação com parto domiciliar na região e uma parteira indígena, a mais popular do território, bastante experiente. Nesta caminhada compartilhada, cada uma optou por um plano de parto e as três crianças nasceram no ano de 2016, ainda durante o primeiro semestre.

A amiga enfermeira foi a primeira do trio a parir e esse foi o seu segundo parto domiciliar. Ela optou por ser assistida por uma das enfermeiras obstetras que estava começando e suas duas amigas, a psicóloga e a bióloga, estiveram presentes nesta parto, ambas ainda grávidas. A amiga psicóloga já era mãe de uma filha de sete anos de idade nesta época e trazia consigo a marca da violência obstétrica deste primeiro nascimento. Ela conta que passou por uma cesárea que, talvez, não tivesse sido realmente necessária e que todo o processo acabou sendo muito “frio” para ela. Com esse histórico, ela não queria passar por isso novamente e, naquele momento, as experiências de partos domiciliares bem-sucedidas da amiga enfermeira a encorajaram a tentar um parto em sua casa com a mesma enfermeira obstetra, o que ocorreu um mês após o parto da amiga enfermeira.

Durante o trabalho de parto em casa, entretanto, a enfermeira obstetra orientou que seria necessário levar a amiga psicóloga ao Hospital, pois alguns sinais a indicaram a necessidade de um suporte em saúde que estava além das suas condições e capacidades naquele contexto. Assim, após horas de trabalho de parto em casa e no Hospital público, seu filho nasceu via cirurgia cesariana.

A amiga bióloga foi a terceira do trio a parir, dois meses depois da psicóloga. Ela estava em sua primeira gestação e, desde o início, tinha convicção de que queria um parto em natural. Adepta e estudiosa das práticas e culturas indígenas, ela procurou se aconselhar e se cuidar com a pajé e parteira tradicional da aldeia mais próxima, com quem desenvolveu um vínculo de amizade. Entretanto, após horas de trabalho de parto em casa com a parteira indígena, ela também precisou ser transferida para o hospital e lá foi submetida a uma cesárea.

As amigas psicóloga e bióloga foram atendidas no mesmo Hospital público regional, com aproximadamente 60 dias de diferença entre os nascimentos. Ambas chegaram ao hospital vindas de tentativas de partos domiciliares e as duas foram submetidas a cirurgias

cesarianas. Ambas as mulheres brancas, sulistas e altamente escolarizadas. Porém, mesmo com essas semelhanças, as experiências delas se deram de maneira bastante diferente: a bióloga sentiu-se acolhida e participante da decisão pela cesárea, tendo sido assistida por uma médica obstetra que ela considerou humanizada; mas a psicóloga teve uma experiência pior do que a do nascimento de sua primeira filha, tendo que enfrentar justamente o que ele temia.

Neste contexto, foi o parto da amiga psicóloga que ganhou destaque e, infelizmente, isso aconteceu porque ela voltou muito traumatizada com tudo o que havia vivenciado no Hospital, reconhecendo ter sido vítima de violência obstétrica e pedindo o apoio da amiga enfermeira para lidar com isso. A amiga psicóloga tinha clareza de que a forma como cada profissional agiu durante seu atendimento no Hospital havia feito toda a diferença no desfecho do seu parto.

Logo na admissão hospitalar, durante o contato inicial com o médico obstetra de plantão, seu marido foi impedido de entrar como acompanhante devido às “normas do Hospital” que impedia a entrada de homens como acompanhantes das gestantes. Frente a essa primeira violação, eles resolveram deixar o hospital e procurar outra instituição, porém, em pouco tempo perceberam que não estariam seguros indo ao hospital particular ou procurando assistência em outro município da região e resolveram tentar novamente o atendimento no Hospital.

Voltando ao Hospital, a enfermeira obstétrica pôde entrar como sua acompanhante na consulta de avaliação, porém, as duas passaram a ser constrangidas pelo (mesmo) médico obstetra, dessa vez por terem tentado um parto domiciliar. O médico obstetra foi desrespeitoso nas palavras e, após a consulta, a enfermeira obstetra foi impedida de entrar como acompanhante no setor de parto. Ao se ver sem acompanhante, sozinha e amedrontada, ela se percebeu em sofrimento, sem sentir-se devidamente amparada pela equipe hospitalar, experimentando uma sensação de abandono e desprezo.

Passadas algumas horas sem informações sobre seu estado de saúde e estando perto do final do plantão, o médico obstetra decidiu então levá-la à cesariana. A sensação relatada por ela era de que estava sendo “castigada” por ter afrontado o médico e o sistema “por ter tentado um parto em casa e sem médico, por ter vindo acompanhada de uma enfermeira obstétrica e por ter questionado sobre seu estado de saúde ao médico durante a internação” (Amiga Psicóloga).

Durante a cesariana alguma complicação clínica aconteceu. Ela conta que se viu ali sozinha, na mesa de cirurgia, enquanto o médico dizia que precisaria que ela autorizasse que ele retirasse o útero dela. Frente a esta afirmação, ela conta que pediu aos prantos que o

médico “deixasse tudo no lugar”, dizendo a ele: “meu pai é médico e ele vai saber cuidar de mim”. Após essa fala, entretanto, ela conta que o médico obstetra mudou completamente seu semblante e lhe perguntou: “por que não disse isso antes?!”. Foi a partir deste diálogo que ela percebeu que passou a ser tratada como uma “cliente VIP” por parte do médico obstetra.

Seu útero não foi retirado, mas seu filho precisou ficar sete dias internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, para ela e o marido, nada ficou esclarecido sobre o que de fato havia acontecido com seu corpo e com seu filho durante o trabalho de parto e a cesárea e, nem mesmo os registros em prontuário puderam ser esclarecedores.

Enquanto a amiga psicóloga aguardava sua alta e de seu filho para deixarem o Hospital, ela percebia como aquele ambiente hospitalar era “horrível, sem iluminação e ventilação adequadas e sem amorosidade no tratamento com as mulheres” (Amiga psicóloga). Durante os dias que ficou ali, presenciou e ouviu as mulheres que estavam também internadas e ficou horrorizada com tudo o que via. Para ela, era nítida a sensação de que estavam sendo violentadas, tanto pelas condições impostas pela instituição, quanto por boa parte dos profissionais da medicina e da enfermagem que agiam em suas condutas rotineiras sem dar atenção e acolhimento às necessidades das mulheres.

Em seu puerpério, já de volta a sua casa, a amiga enfermeira pode acolhê-la em sua profunda tristeza e pedido de socorro. Entre lágrimas, decidiram ali, juntas, fazerem alguma coisa para que essa realidade mudasse, pois nenhuma delas queria que isso continuasse acontecendo no Hospital, não queriam que outras mulheres passassem por trauma semelhante.

Ao analisarem os dias que a amiga psicóloga passou no Hospital, entretanto, dois profissionais destacaram-se positivamente em meio àquelas violências, justamente por terem se portado de maneira distinta dos demais: uma psicóloga, responsável por atender todas as demandas de psicologia do Hospital, e um médico neonatologista, que cuidou do seu filho durante a internação após o nascimento. Essa situação, analisada posteriormente também com o relato do parto da amiga bióloga, as fez perceber que a postura do profissional era um grande diferencial na percepção delas sobre ter ou não sofrido violência durante a assistência ao parto no Hospital, mais do que os procedimentos e desfechos dos partos em cesáreas.

Passados os primeiros meses do puerpério, mediante a elaboração de tanta dor e sofrimento causados pela experiência traumática, a primeira atitude da amiga psicóloga foi escrever uma carta ao Hospital. Na qual ela descreveu:

O período que passei no hospital foi, sem dúvida, o maior desafio e pesadelo que já vivenciei. Há tanta coisa que precisa ser olhada e trabalhada! O parto deveria ser um momento de respeito, cuidado e alegria: não uma tortura, repleta de agressividade e maus tratos. Hoje, exatamente oito meses depois

de ter parido ainda trabalho minhas dores e cicatrizes (Carta ao hospital, da Amiga psicóloga).

A postura dela na Carta não foi no intuito de detalhar o que lhe aconteceu, onde ela nem cita nominalmente os profissionais que a atenderam, mas se colocar para colaborar. Em suas palavras vê-se seu esforço em sensibilizar a direção e a equipe do Hospital para o que estava acontecendo na instituição:

Por ter sentido na pele e na alma a maneira como as crianças estão nascendo e como as mães estão sendo cuidadas, gostaria de colaborar com a construção de um ambiente mais sadio, que acolha e dê o suporte necessário para as mulheres, bebês e familiares que precisam do hospital. Fazer uma denúncia faz parte desse processo. Também estou caminhando e me articulando pra isso. Mas além da denúncia, sinto que projetos com algumas medidas simples podem facilitar e humanizar o cuidado de mulheres e seus filhos que estão sendo violentados diariamente no Hospital (...). Parte de mim ainda está presa lá; o parto não é um processo individual, ele é também um movimento familiar, cultural e social (Carta ao hospital, da Amiga psicóloga).

Em outubro de 2016, com a Carta pronta, ela convidou a amiga enfermeira para junto com ela reunirem-se com a psicóloga do Hospital, aquela que de maneira diferencial a havia acolhido durante sua internação e havia lhe oferecido seu contato telefônico. O intuito dessa reunião foi apresentar a Carta e compreender, na visão da psicóloga do Hospital, se haviam brechas na instituição que permitissem avançar na qualificação da atenção materno-infantil.

Após a reunião com a psicóloga do Hospital, o cenário institucional parecia ter poucas brechas à mudança e sobravam informações sobre as dificuldades estruturais impostas ao modelo de assistência ao parto na região, mesmo assim, a amiga enfermeira agendou uma reunião para apresentar a Carta à chefia de enfermagem do Hospital. A postura mediadora da psicóloga do Hospital, no intuito de continuar facilitando as comunicações que se fizessem necessárias a partir dali, foi essencial para a sequência de acontecimentos.

A reunião da amiga enfermeira com a chefia de Enfermagem do Hospital aconteceu em março de 2017, envolvendo a Enfermeira chefe, a enfermeira obstétrica responsável pelo pré-parto e a psicóloga do hospital que atendeu a amiga psicóloga durante a internação. Nesta oportunidade, as enfermeiras do Hospital descreveram um cenário de muita dificuldade institucional, com escassez de médicos e enfermeiras obstetras, problemas estruturais e sobrecarga de atendimentos. A enfermeira responsável pelo pré-parto, por sua vez, demonstrou-se sensibilizada e revelou que havia chegado recentemente ao Hospital para trabalhar, trazendo consigo uma formação e práticas condizentes com a humanização que havia aprendido durante sua formação e atuação no estado em que vivia antes. Sobre esse

período e o papel desta enfermeira obstétrica do Hospital, a fala de uma das interlocutoras entrevistadas confirma:

Em meados de 2015/2016 tava fazendo essa transição, de assistência para gerenciamento, e percebi que as coisas começaram a se modificar aqui quando as enfermeiras do setor obstétrico tiveram contato com uma enfermeira (que hoje ainda faz parte aqui do nosso quadro). E essa enfermeira introduziu, ela trouxe de onde ela veio, algumas questões relacionadas à humanização, acolhimento até pela linha de trabalho que ela fazia no local de origem e pela formação que elas tiveram (Interlocutora do Hospital).

O resultado desse encontro no Hospital com a amiga enfermeira foi a entrega da Carta da amiga psicóloga à chefia de Enfermagem e o compromisso dessas profissionais na colaboração em ações de mudança que pudessem ser pensadas a partir dali. Em todo o momento a tônica era dada menos ao aspecto de denúncia e mais às possibilidades de ação coletiva, como sendo a melhor maneira de reparar o que havia acontecido, pois, nas palavras da amiga psicóloga, nesse momento somente a ação coletiva para a mudança da realidade poderia ajudá-la a “fechar” o seu parto traumático:

Precisamos nos articular para que as coisas mudem e para que todas as mulheres tenham o direito de serem acolhidas com respeito e cuidado, no momento em que estão vulneráveis e, ao mesmo tempo, repletas de força e luz, se abrindo para a chegada de uma criança. Espero que o que está acontecendo por lá (...) se torne visível: que os gritos de dor e angústia sejam ouvidos, para que não aconteça com mais ninguém o que está acontecendo dentro do hospital. Esses maus tratos e violências não podem ser mais fortes e nem maiores do que nós todos juntos. Precisamos olhar para o que está errado e construir novas práticas de respeito, acolhimento e cuidado. Estou pronta para fechar o meu parto e abrir novos caminhos para quem ainda está por vir (Carta ao hospital, da Amiga psicóloga).

A ouvidoria referente ao caso foi registrada pela amiga psicóloga como denúncia no ano seguinte, em 2018, no sistema estadual e municipal de ouvidoria do SUS. Entretanto, esta denúncia só veio a ter seu desfecho administrativo no final do ano de 2020, quando foi encerrada pelo sistema da ouvidoria após entregar à denunciante as respostas do médico obstetra, da direção do Hospital e da gestão do SUS. Esse encerramento, contudo, não apresentou qualquer possibilidade de reparação e ainda conseguiu causar mais sofrimento, pois na resposta encaminhada pelo médico obstetra denunciado ele justificou suas ações alegando que quem estava errada desde o início do atendimento era a mulher denunciante que, além de tudo, estaria apresentando inverdades na referida denúncia.

Ainda assim, a Carta ao Hospital representou um marco importante no processo de criação do Coletivo, pois serviu como um elemento de conexão para a atuação coletiva de



enfermeiras que, de distintas posições, vinham procurando contribuir para a melhoria da atenção ao parto no município de Porto Seguro e no Hospital HRDLEM desde 2015.

Durante os anos de 2015 e 2016, a amiga enfermeira havia conhecido a Parteira por meio da Roda de gestantes que ela promovia. A Parteira, por sua vez, havia conhecido a enfermeira obstetra responsável pelo pré-parto, aquela que vinha tentando implementar práticas humanizadas na assistência do Hospital. Neste contexto relacional, e todas foram acionadas a partir da Carta ao Hospital e o tema da violência obstétrica as uniu em diferentes oportunidades. Posteriormente, a amiga enfermeira e a Parteira, tornariam-se umas das principais cofundadoras do Coletivo de Mulheres, junto com a Professora que será apresentada a seguir.

### *Terceiro acontecimento: a Roda de Mães*

Além da Roda de gestantes e puérperas relatada no primeiro acontecimento, outra atividade realizada pela Parteira foi um curso gratuito de *shantala*, um tipo de massagem para bebês de origem indiana. O curso foi promovido em parceria com uma associação beneficente que atua no município de Porto Seguro e contou com a participação de algumas mães da comunidade local. Ao participar deste curso, uma professora que havia tornando-se mãe recentemente, pode conhecer outras três mães que, juntas, sentiram a necessidade de criar um novo movimento: “a gente percebeu que a gente queria continuar se encontrando para conversar, porque a gente sentia falta do apoio, de ter um lugar seguro para falar sobre a maternidade da forma como a gente realmente vivia” (Professora).

Assim, em março de 2017, as quatro mulheres criaram a “Roda de Mães”. Com atividades presenciais variadas e com um grupo de conversa online que já superou o número de 100 mulheres participantes, a Roda de Mães “começou com esse motivo de ter um lugar seguro e acolhedor para gente falar sobre as nossas angústias, conquistas, dificuldades e alegrias que a maternidade trouxe. Eu acho que é exatamente isso que leva as mães a participarem” (Professora).

Nas palavras da Professora, o papel dessa ação coletiva entre mães assumiu um papel social importante no que diz respeito à cultura em torno da maternidade:

A nossa sociedade, ela construiu uma imagem de mãe que parece no primeiro momento que nos deixa lisonjeadas né?! Que é a da mãe guerreira e que consegue fazer tudo, que consegue dar conta do trabalho, da casa, dos filhos. E que quando a gente vai vivenciar realmente essa maternidade e pegar esse papel que a sociedade nos impôs, é muito aprisionador e é um fardo muito pesado. Então a gente fica muito sozinha, fica se sentindo

culpada, porque na verdade a gente percebe que a gente não é tão forte como essa guerreira, a gente não dá conta de casa, trabalho, filho. E esse ponto em que a gente chega de não ter com quem falar sem ser julgado, porque toda vez que a gente vai se abrir sobre o que realmente é a maternidade as pessoas ainda estão na cabeça aquele papel de mãe guerreira, mãe Santa, que consegue resolver tudo. Quando a gente vem com essa mãe real, com essa mãe possível, ela é muito pouco e aí a sociedade nos cobra muito (Professora – Roda de Mães).

O papel da Roda de Mães mostrou-se essencial para a criação do Coletivo de Mulheres, pois foi a partir dela que muitas mulheres da comunidade tiveram acesso ao debate sobre a violência obstétrica. Mesmo que este não fosse o foco do grupo, a Professora e outras mães integrantes já haviam relatado nas atividades promovidas com a Parteira algumas situações de violências nos serviços de saúde durante suas gestações e partos, o que facilitou o engajamento no tema.

Foi mediante a adesão dessas mulheres da Roda de Mães e das relações de algumas delas com a Parteira e com as amigas envolvidas no acontecimento da Carta ao Hospital, que a participação desta comunidade nas atividades que viriam a ser propostas tornou-se possível. Ou seja, a partir da Roda de Mães os acontecimentos que seguiram puderam ganhar visibilidade e participação por parte das mulheres da comunidade, a exemplo da Conferência livre que será descrita a seguir, o que, posteriormente, impulsionou que a Professora cocriadora da Roda de Mães torna-se também uma das principais cofundadoras do Coletivo de Mulheres.

#### *Quarto acontecimento: a Conferência Livre de Saúde da Mulher*

Para narrar a Conferência Livre como um acontecimento do ano de 2017, será necessário antes voltar no tempo. Nos anos de 2015 e 2016, a Parteira (cofundadora) havia desenvolvido uma amizade com uma das docentes universitárias recém-chegada para morar na cidade como servidora da Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB. Com essa docente da UFSB, baiana, branca, sem filhos, psicóloga e pesquisadora do campo de gênero e direitos das mulheres, as duas passaram a conversar sobre o problema da violência obstétrica a partir dos relatos que a Parteira ouvia a cada vez que realizava suas rodas, bem como quando atendia ou acompanhava uma mulher gestante até o Hospital.

Nesse contexto, ficava evidente para a Parteira que havia um grave problema com o Hospital e que na rede de atenção especializada do SUS municipal faltavam serviços de saúde adequados às mulheres para sua saúde reprodutiva. Ou seja, para as duas profissionais, era

claro que a política da Rede Cegonha não estava devidamente implementada no município de Porto Seguro e na região. E juntas decidiram usar seus conhecimentos e capacidades para enfrentar esse problema.

Elas estiveram juntas na Conferência Municipal de Saúde do ano de 2015, onde apontaram, junto a outras mulheres presentes, a problemática da saúde materno-infantil e propuseram a criação de uma maternidade ou casa de parto normal na cidade. Sobre esse momento a Parteira conta que dialogou com a Secretária Municipal de Saúde sobre o movimento local das mulheres em defesa da humanização do parto:

Eu lembro bem na quinta Conferência quando a Secretária me perguntou quantas éramos. Porque eu fui na audácia de falar da Casa de Parto e dizer que tínhamos um grupo (e as rodas com meia dúzia de gato pingado), e disse que já tinha um movimento. Eu respondi: “Somos muitas! Na verdade somos todas, representa o interesse de todas as mulheres, de todos os homens, de todas as pessoas que nascem”. Ela queria saber quantas pessoas haviam no grupo... e eu mandei essa. Porque quem não sabia que tava sendo representado, depois ficou sabendo, e outras que nem sabem, mas são representadas (Parteira).

Sem resultados concretos após o movimento na Conferência Municipal de Saúde em 2015 e frente a continuidade dos relatos de violência obstétrica, no ano de 2017 a docente da UFSB, que estava responsável por um componente disciplinar cujo tema era Controle Social, passou a planejar com seus alunos como poderiam contribuir para essa temática. A conclusão da turma, neste processo de ensino-aprendizagem, foi de que a população tinha em suas mãos uma ferramenta de participação social ainda pouco utilizada: a conferência livre de iniciativa popular. Assim, foi criado um grupo para organizar a conferência livre.

Neste grupo, chamado à época de coletivo, participaram a docente da UFSB, alguns de seus estudantes, a Parteira, a enfermeira obstétrica responsável pelo pré-parto do Hospital e outras enfermeiras e mulheres dispostas e identificadas com a causa. A Conferência Livre aconteceu no dia 13 de maio de 2017 com o título “Qualidade de Assistência ao Parto: o que temos e o que queremos”. O evento foi preparatório para as Conferências Macrorregional, Estadual e Nacional de Saúde da Mulher que aconteceriam no mesmo ano. A Conferência Livre contou com o apoio de algumas instituições e organizações, com destaque para o papel da Universidade Federal do Sul da Bahia. No relatório final da Conferência consta uma descrição do que representou este espaço:

A Conferência Livre foi um espaço de discussão sobre a situação atual da assistência ao parto (...) que serviu para a formulação conjunta de propostas que visem a melhoria de sua qualidade. Além disso, a Conferência Livre contribuiu para incentivar a participação social de mulheres e homens (...) nas instâncias do controle social em saúde. A convocação da Conferência Livre de Saúde da Mulher foi feita pela sociedade civil organizada, mais

especificamente, por um coletivo de mulheres (...) formado por usuárias do SUS, profissionais de saúde, militantes feministas e estudiosas que atuam em defesa dos direitos na área de saúde da mulher. (...) Essa iniciativa marca um momento relevante de discussão sobre a qualidade da Rede de Atenção ao Parto (...) a partir da valorização das experiências das usuárias, com apoio e presença também de profissionais de saúde, membros de equipes gestoras do município e estudantes de instituições de ensino superior (Relatório da Conferência Livre, 2017, s/p).

Segundo consta o relatório, a Conferência contou com a participação de 103 pessoas, sendo a maioria composta por mulheres de diversas inserções. Havia mulheres da comunidade, mulheres integrantes da Roda de Mães, estudantes de graduação das instituições locais de ensino, profissionais de saúde do Hospital, profissionais da gestão municipal de saúde, docentes universitárias, entre outras. Além de trazer à tona o próprio tema da participação social nas políticas públicas e o contexto de conferências na democracia, o evento foi elaborado levando-se em conta as definições da política nacional Rede Cegonha, e foi organizado em três eixos temáticos: I) Acesso e qualidade da assistência ao parto em Porto Seguro; II) Rede Cegonha e modelos de assistência ao parto; e III) Acolhimento ao aborto, parto pré-maturo e perda fetal.

As discussões foram conduzidas pelas mulheres que ao longo da narrativa destes acontecimentos destacaram-se como protagonistas do debate sobre a violência obstétrica na região, com destaque para a docente da UFSB, a enfermeira obstetra responsável pelo pré-parto no Hospital e a Parteira, dentre outras enfermeiras envolvidas. A metodologia utilizada na conferência livre deu-se da seguinte forma: o eixo temático era apresentado por alguma das organizadoras e abria-se a fala para que as participantes pudessem avaliá-lo a partir de suas experiências concretas.

Para cada eixo formulou-se conjuntamente, e em ato, um quadro visual de propostas (com papel e canetas), visando assim captar e sistematizar as principais formulações destacadas a partir das singularidades manifestadas nos relatos, incluindo história de violência obstétrica narradas pelas mulheres presentes. Todo o processo aconteceu em plenária e as sínteses registradas buscavam, dentro do possível, dialogar de maneira coerente com a política pública Rede Cegonha.

Interessante destacar que, dentre os relatos da plenária, posicionavam-se mulheres nas diferentes perspectivas: como usuárias dos serviços, como profissionais de saúde e como trabalhadoras da gestão, o que fez com que, naquele momento, pudessem ser observados os diferentes obstáculos para a implementação do cuidado humanizado que, a seu modo, impactava cada uma das presentes. Dessa maneira, além dos relatos de violência obstétrica

corajosamente contados pelas mulheres em público, foram ouvidos relatos e queixas a respeito das dificuldades vivenciadas pelas mulheres que trabalham no SUS e que se sentiram, naquele momento, impelidas a justificar porque a assistência estava longe do ideal almejado por todas. Mais interessante ainda ressaltar que, para todas, independentemente de sua inserção, procurou-se adotar uma postura de acolhimento e não de enfrentamento.

Desta Conferência resultou um relatório estruturado a partir dos eixos e das propostas formuladas. Ao final da Conferência, a sensação para grande parte das mulheres era de força e união, sentimentos que puderam ser interpretados a partir de uma grande roda de fechamento feita no final do evento. Na sequência o coletivo organizador se dissolveu e uma comissão de mulheres foi criada para apresentar o relatório da conferência à gestão municipal. Desta comissão participaram: a Parteira, a amiga enfermeira, a docente da UFSB e uma gestante participante da Conferência. Em posse do Relatório, elas agendaram uma audiência com a Secretária Municipal de Saúde que, posteriormente, gerou a agenda de uma outra audiência específica com a direção do Hospital. Essas audiências são descritas a seguir.

#### *Quinto acontecimento: as audiências com a gestão pública*

No calor dos acontecimentos anteriores e em posse do Relatório da Conferência Livre, a Secretária de Saúde do município de Porto Seguro recebeu em seu gabinete a comissão de mulheres. Nesta reunião o Relatório foi entregue e debatido e a gestora, com algumas de suas coordenações presentes, demonstrou-se sensível e comprometida com as demandas. Nesse momento, destacou-se entre as demandas a importância da garantia da lei da vinculação<sup>29</sup>, para permitir que as gestantes pudessem conhecer o Hospital de referência antes do parto, e a necessidade da construção de um Centro de Parto Normal municipal, para priorizar o atendimento das gestantes de risco habitual.

A Secretária orientou que suas coordenações pudessem continuar recebendo a comissão de mulheres para dar seguimento a um trabalho conjunto e, frente as demandas que eram voltadas ao Hospital HRDLEM, perguntou se o grupo gostaria de uma audiência com a

---

<sup>29</sup> Trata-se da Lei Federal n. 11.634 de 27 de dezembro de 2017 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Antes do Coletivo iniciar o seu trabalho na região, a Secretaria de Saúde do Município de Porto Seguro realizava as visitas de vinculação, de maneira que as gestantes que estivessem fazendo pré-natal no SUS pudessem ir até o Hospital HRDLEM para conhecer as condições para o parto. Porém, haviam interrompido as visitas porque as gestantes estavam saindo da visita ao Hospital com mais medos e questionamentos sobre a qualidade da assistência do que antes da visita, segundo informações dadas pelas coordenadoras municipais e hospitalares à época do início desta mobilização social local.

direção do mesmo. Assim, a reunião com a direção do Hospital só foi possível porque a Secretária Municipal de Saúde responsabilizou-se pela pauta trazida pela comissão de mulheres representantes da Conferência Livre. Foi ela quem agendou a audiência com a direção do Hospital para, em poucos dias, acompanhar a comissão durante a mesma. O objetivo da reunião era apresentar à direção do Hospital o Relatório da Conferência Livre e propor um movimento institucional que visasse a eliminação da violência obstétrica.

Nesta audiência estavam presentes: a comissão de mulheres; a diretora, a chefe de Enfermagem e a enfermeira coordenadora do chamado setor pré-parto do Hospital HRDLEM; a Secretária Municipal de Saúde e algumas coordenadoras municipais; e, algumas coordenadoras da gestão estadual ligadas ao Núcleo Regional de Base de Eunápolis, instituição responsável pela gestão regional da saúde. Na visão de uma das coordenadoras presentes nessa audiência, esse momento foi definido como “marcante”:

Eu lembro que fiquei bastante impactada com o movimento da reunião. A reunião foi só de mulheres, foi um momento interessante. A diretora na época, era uma diretora que não tinha uma abertura tão grande, mas que escutou, que recebeu, escutou bem o Coletivo, o grupo. E ali começou a se criar uma conformidade de um certo movimento em direção ao avanço da Rede Cegonha na região, que estava completamente parada. (...) É marcante porque a gente não vê muitos espaços de diálogo entre a participação social e as gestões, que possam dialogar, que possam fazer enfrentamento maior, então achei que esse espaço foi bem interessante nesse sentido. Eu lembro que no final dessa reunião a gente comentou “Espero que esse encontro seja uma semente do Fórum futuro”, porque já tinha todo o movimento na Bahia e no resto do Brasil, dos Fóruns da Rede Cegonha, e na região do Extremo Sul todo a gente ainda não tinha nenhum Fórum. Então ele foi marcante nesse sentido. Eu achei interessante que você tinha dados, provocavam. Apesar da direção do hospital colocar que não chegavam para ela essas denúncias e essas queixas, vocês estavam no lugar do lado das mulheres, do lado da escuta, do lado de onde essas queixas conseguiam chegar, nesse lugar também de cobrança do hospital, o que o hospital poderia fazer com relação a isso, que estratégias eles vinham usando (Coordenadora presente na audiência com o Hospital).

Depois das audiências, o sentimento das mulheres diretamente envolvidas nesse diálogo com a gestão era de que haviam conseguido “dar voz” às demais mulheres, tornando visíveis seus relatos de violências obstétricas. As ativistas sensibilizaram as gestoras de saúde do município e do Hospital HRDLEM para a necessidade de intervenções e obtiveram os primeiros compromissos institucionais esperados para garantir a continuidade do diálogo. Todo esse processo foi evidenciado pela retomada da agenda de implementação da Rede Cegonha na região, o que se deu mediante iniciativa da Secretária Municipal de Saúde de Porto Seguro junto ao demais secretários municipais de saúde deste território.

Em reunião posterior às audiências, as representantes compreenderam que estava aberta uma brecha para a transformação do modelo de atenção à saúde materno-infantil e, mais especificamente, da assistência ao parto no Hospital. Entretanto, durante a audiência, a gestora do Hospital apontou a inexistência (ou quase) de denúncias de violência obstétrica encaminhadas por mulheres da região às ouvidoras do SUS, seja ouvidoria municipal, hospitalar ou estadual, expondo uma fragilidade notadamente visível em forma de questionamento: estariam essas representantes falando de casos isolados?

Partindo desse questionamento, as representantes compreenderam a importância de dar forma ao movimento social para acolher as mulheres, a fim de que os relatos de violência obstétricas fossem oficialmente registrados junto às ouvidorias. Nas conversas e agendas de reuniões dos meses subsequentes, as mulheres nomearam o Coletivo e passaram a utilizar as ferramentas de comunicação da internet para se manterem conectadas em diálogo e ação.

A partir da análise de alguns registros sobre as reuniões que aconteceram nesse momento, lideradas pelas enfermeiras ativistas, encontra-se o planejamento de alguns caminhos de ação que, em maior ou menor grau, concretizaram-se em anos posteriores, a exemplo de: divulgação dos canais de denúncia; formação de doulas; busca de apoio do Ministério Público e advogados locais; ampliação das rodas de gestantes; e, fortalecimento do diálogo entre as enfermeiras obstetras da região.

Essa, portanto, pode ser considerada uma história possível para contar como aconteceu a criação do Coletivo de Mulheres. Uma história possível, pois “o passado apresenta-se como vidro estilhaçado de um vitral antes composto por inúmeras cores e partes. Buscar recompô-lo em sua integridade é tarefa impossível. Buscar compreendê-lo por meio da análise dos fragmentos é desafio possível de ser enfrentado” (DELGADO, 2003, p. 13-14).

Para a Delgado (2003), as narrativas traduzem experiências retidas que podem relatar a força das tradições e o poder das transformações. Nesta composição de acontecimentos a partir de narrativas, também se faz importante o papel inevitável da “memória seletiva” explicada nas palavras do sociólogo austríaco Michel Pollak:

Nem tudo fica gravado, nem tudo se registra. O caráter seletivo da memória é reforçado pela noção de pertencimento afetivo ao grupo ao qual um determinado indivíduo encontra-se inserido, pois o sentimento de continuidade presente naquele que se lembra é o que faz com que uma dada memória permaneça (POLLAK, 1992 *apud* BRANCO, 2020, p. 16).

Nesse sentido, ao analisar a criação do Coletivo e toda essa forma de atuar desenvolvida pelas mulheres no contexto de violência obstétrica, encontrei, na fala das

ativistas, a repetição da metáfora “plantar uma semente”, cujo significado representa o potencial de transformação da realidade local:

Olha, quando a gente planta uma semente, igual como foi a do Coletivo na conferência, a gente nunca sabe onde vai chegar e qual a diferença que está fazendo na vida das pessoas, mas assim, com certeza, houve várias vidas, várias situações e experiências que foram transformadas graças à atuação do Coletivo (Ativista Pimenta Rosa).

Se o Coletivo parar hoje, mesmo assim, a gente plantou uma semente e nunca mais vai ser outro. Infelizmente vamos ter violência obstétrica, mas as pessoas vão estar atentas, as pessoas vão estar empoderadas. E os profissionais de saúde vão cometer violência, mas na presença de um acompanhante eles vão pensar antes de cometer essa violência (Ativista Aroeira).

As falas acima destacadas dão pistas de transformações percebidas pelas ativistas neste contexto e serão retomadas mais adiante, no capítulo cinco. Para continuar apresentando o estudo de caso convém, a seguir, apresentar o perfil das ativistas do Coletivo. Esse perfil é representativo das mulheres que estavam participando do Coletivo no momento de aplicação do questionário online.

#### **4.2 O perfil das ativistas do Coletivo de Mulheres no ano de 2020**

Para caracterizar o grupo que participa e atua no Coletivo de Mulheres, foi utilizado um questionário *online* estruturado. Este questionário foi elaborado na plataforma gratuita de formulários *online* disponibilizada pela Google®. O questionário foi aplicado em 2020, quando o grupo de conversas *online* do Coletivo contava com 25 participantes. Assim, excluindo a pesquisadora, o questionário foi enviado para as 24 participantes. Em dez dias o questionário foi respondido por 21 mulheres e, somada à participação de uma única mulher que aceitou responder após esse prazo, totalizou 22 respostas, resultando assim no alcance de 92% dos sujeitos dessa amostra.

O questionário foi enviado a cada uma das mulheres por meio do aplicativo de conversas *online* usado pelo Coletivo e todas as respondentes concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O formulário foi organizado com 27 questões estruturadas, sendo a maioria de múltipla escolha. No primeiro bloco as perguntas identificaram os seguintes dados: naturalidade; idade; estado civil; raça/etnia; renda familiar; local de moradia; escolaridade; profissão; ocupação atual e acesso à saúde. Para os dados sociodemográficos de estado civil, convivência com cônjuge, cor/etnia e renda familiar foram utilizados os parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.



No segundo bloco foram solicitadas algumas informações obstétricas sobre gestações, partos e abortos. No terceiro bloco foi abordado o tema da Violência Obstétrica, com perguntas sobre a experiência da própria mulher, e, por fim, no quarto e último bloco foram apresentadas perguntas a respeito da participação de cada ativista no Coletivo de Mulheres estudado. A seguir analisa-se, a partir dos dados que foram tabulados e tratados, a caracterização sociodemográfica e o histórico obstétrico, das 22 ativistas do Coletivo de Mulheres que participaram da etapa de coleta de dados pelo questionário *online*.

#### 4.2.1 Caracterização sociodemográfica das ativistas do Coletivo de Mulheres

A idade das mulheres que participavam do Coletivo no momento da coleta de dados variou entre 23 e 60 anos, sendo encontrada uma média de idade correspondente a 34 anos. A maioria destas mulheres residia no Município de Porto Seguro, aproximadamente 82%. Outras três mulheres viviam em outros municípios da região (Eunápolis, Cabrália e Teixeira de Freitas). Havia no grupo uma mulher que morava em Porto Seguro até 2019 e que, no momento da aplicação do questionário, estava vivendo no estado de São Paulo.

Com relação ao estado de nascimento, aproximadamente um terço das ativistas do Coletivo são baianas. Dentre os estados brasileiros citados para o local de nascimento estão: Amazonas (1 mulher), Distrito Federal (2 mulheres), Rio de Janeiro (2 mulheres), São Paulo (2 mulheres), Minas Gerais (3 mulheres), Rio Grande do Sul (3 mulheres) e Bahia (8 mulheres). Apenas uma respondente nasceu fora do país e naturalizou-se brasileira. Assim, praticamente dois terços das ativistas vieram de outros estados brasileiros e, por diferentes motivos, se mudaram para a região Extremo-Sul do estado da Bahia.

Sobre o estado civil, apenas uma mulher do grupo afirmou estar separada. Aproximadamente metade referiu ser casada e a outra metade solteira, entretanto, quase dois terços das mulheres informaram que conviviam com cônjuge no momento da investigação. Sobre a cor/etnia, ainda que a maioria das mulheres sejam brancas, 10 das 22 respondentes, quase a metade do grupo, é composta por mulheres que refletem a diversidade étnica da região, sendo assim distribuídas segundo sua autodeclaração de cor/etnia: quatro pretas, quatro pardas e duas indígenas.

Sobre a renda familiar mensal, embora sejam citadas diferentes faixas salariais que combinem mulheres de classe baixa e de classe média, se utilizarmos os parâmetros de Classe A, B, C e D (FGV, 2014), encontramos apenas uma mulher pertencente à classe B, enquanto as demais (21) se dividem nas classes C e D. Uma parcela importante das mulheres, quase

dois terços, vivem em famílias que recebem renda inferior a três salários-mínimos, o que corresponde à classe D. O número mais expressivo se concentra na menor faixa salarial, com 41% das mulheres referindo renda familiar de até dois salários-mínimos.

Sobre o acesso à educação, as mulheres do Coletivo demonstram alto grau de escolaridade, uma vez que apenas uma das ativistas não teve acesso ao ensino superior. Dentre as cinco mulheres que responderam ter o ensino superior incompleto, apenas uma referiu ter abandonado a graduação, enquanto as demais seguiam como estudantes no momento desta investigação. Além disso, pouco mais de um terço das mulheres que concluíram sua graduação continuavam estudando, pois referiram estarem cursando outra graduação, especialização ou algum curso de aperfeiçoamento. Vale destacar que a única mulher que não teve acesso ao ensino superior, tendo concluído o ensino médio, é a ativista Aroeira, mulher de cor preta, de baixa renda, que trabalha como autônoma como auxiliar de limpeza e atua como doula comunitária e voluntária desde que passou a integrar o Coletivo.

Com relação à profissão para a qual se prepararam tecnicamente, chama a atenção a concentração de doulas e de profissionais de saúde (64%), composta por oito doulas, quatro enfermeiras, uma obstetritz e uma técnica de enfermagem. Sendo que, a obstetritz e a técnica de enfermagem, no momento da investigação, encontravam-se atuando como artesãs.

Dentre as oito doulas identificadas no grupo, foi possível perceber que elas acumulavam outras ocupações: quatro delas estavam atuando como estudantes da UFSB; duas como profissionais da educação; uma trabalhando com serviços gerais e outra, que é mergulhadora, estava desempregada no momento. Dentre as quatro enfermeiras encontramos duas que atuavam como parteiras; uma como docente em instituição de nível superior; e outra como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde da Família.

As outras profissões e ocupações que configuraram o grupo investigado, incluiu: uma psicóloga, uma administradora, uma técnica de meio ambiente e uma professora de ensino médio que estavam atuantes na área da educação no momento da coleta de dados. Também fizeram parte, uma administradora que atuava como técnica e servidora pública estadual; uma jornalista que trabalhava com produção audiovisual; uma médica veterinária que atuava como mergulhadora e estava desempregada; e, duas instrutoras de yoga, sendo uma delas também bióloga. Houve ainda uma mulher formada em Publicidade e Propaganda que estava desempregada e outra professora, licenciada em História, que informou atuar como “dona de casa” à época.

No momento da pesquisa, três mulheres estavam desempregadas e uma estava trabalhando apenas como voluntária na área da educação. Dentre as cinco estudantes que

estavam cursando graduação, três estavam como bolsistas na Universidade, uma aposentada e uma estava trabalhando como artesã autônoma. Com relação ao principal tipo de vínculo profissional, aproximadamente um quarto (23%) das mulheres apresentaram vínculos empregatícios advindos por concurso público (9%) ou contrato de trabalho (14%), sendo elas três professoras, uma enfermeira e uma servidora pública técnico-administrativo.

Enquanto isso, uma parte maior (45%) das mulheres do Coletivo se declararam autônomas, dependendo da demanda para a qual oferecem seus serviços profissionais para obterem sua principal renda. As enfermeiras obstetras e as doulas atuam como autônomas, na perspectiva do empreendedorismo, e todas também oferecem atendimentos gratuitos ou voluntários para mulheres que as procuram e não podem pagar. Também dentre as mulheres que trabalham como autônomas, se encontram a auxiliar de limpeza, a jornalista, as artesãs e as instrutoras de yoga.

Sobre o acesso à saúde, a maioria das mulheres (68%) informou ter a maior parte de suas necessidades de saúde atendidas pelos serviços públicos do SUS, enquanto as demais referiram ter seus atendimentos regulares garantidos por meio de planos de saúde, clínicas e profissionais particulares. Ainda que quase um terço do grupo (32%) não dependa diretamente de atendimentos do SUS para suas necessidades de saúde, praticamente todas as participantes, com exceção de apenas uma mulher, informaram terem sido atendidas em serviços do SUS nos últimos três anos, principalmente, em Unidade de Saúde da Família - USF (referida por 91% das mulheres); em hospital público (59% das mulheres); em Unidade de Pronto Atendimento - UPA (54%); e, em laboratório público (32%). Algumas mulheres ainda citaram atendimento em policlínica pública (14%) e atendimento pelo SAMU (4%).

#### 4.2.2 Histórico obstétrico das ativistas do Coletivo de Mulheres

A maioria das mulheres do Coletivo que responderam ao questionário online, já engravidou alguma vez na vida (77%), vivenciando, principalmente, duas ou três gestações. Sendo que assim a distribuição do número de vezes que as mulheres do Coletivo ficaram grávidas: cinco mulheres nunca engravidaram, três mulheres engravidaram uma única vez, cinco mulheres tiveram duas gestações, seis referiram três gravidezes, duas referiram quatro gestações e uma mulher já havia tido cinco gestações.

Para compreensão dos dados referentes aos desfechos dessas gestações e assim caracterizar parte do histórico obstétrico dessas mulheres ativistas, considera-se aqui o

quantitativo de 17 mulheres como universo total para a sequência desta análise sobre via de parto, local de parto, ocorrência de gravidezes, abortos e cesáreas.

O parto vaginal foi uma via de parto vivenciada por mais da metade das mulheres ativistas (53%). Como local do parto vaginal destacaram-se as experiências em casas de parto e o parto em casa, seguidos de hospitais e maternidades. O parto domiciliar foi relatado como uma experiência vivenciada por quase um quarto (23%) das mulheres ativistas e a maioria desses ocorreram na região do estudo.

Uma parte importante, quase metade (47%), passou por situações de abortamento. Também de maneira significativa, boa parte (41%) destas mulheres já tiveram cesáreas de urgência e quase um quarto (23%) das mulheres relataram ter realizado alguma cesárea agendada. No momento da aplicação do questionário online não havia nenhuma grávida e apenas uma das mulheres respondentes estava no puerpério, com filho menor de um ano de idade.

Sobre o momento e o local do parto, percebe-se que as experiências das ativistas se deram em diferentes anos e regiões do país. Sendo que, pouco mais de um terço delas (35%) recebeu atendimento ao parto na própria região estudada e, para 41% dessas mulheres, o último parto havia acontecido nos três anos que antecederam a coleta de dados. Sobre a violência obstétrica neste universo, o número foi extremamente alto: das dezessete ativistas que já engravidaram, 82% relataram terem sofrido algum tipo de violência no parto.

O quadro 4 sistematiza os principais dados que marcam o perfil sociodemográfico e obstétrico das ativistas do Coletivo, na qual destacam-se as seguintes informações: codinome da participante nesta tese, cor/etnia, escolaridade, profissão, ocupação, número de gestações, desfechos e local de parto, ano do último parto e se sofreu ou não violência obstétrica na vida.

**Quadro 4** - Relação de ativistas participantes da coleta de dados conforme codinome, cor/etnia, escolaridade, profissão, ocupação, número de gestações, desfecho e local de atendimento obstétrico, ano do último parto e se sofreu violência obstétrica. Ano 2020

Identificação	Cor/etnia	Escolaridade	Profissão	Ocupação	Gestações	Tipo e local de partos	Continua	
							Ano último parto	Já sofreu violência obstétrica?
ATIVISTA 1	indígena	superior incompleto	estudante	estudante e doula	0	não se aplica	--	nunca engravidei
ATIVISTA 2	branca	superior completo	professora de história	dona de casa	3	aborto, parto vaginal em casa de parto, parto domiciliar	2014	sim
ATIVISTA 3	branca	superior completo	administradora	educadora	3	parto vaginal no hospital geral, parto domiciliar	2018	sim
ATIVISTA 4	branca	superior completo	médica veterinária	mergulhadora	5	aborto, cesariana agendada	2018	sim
ATIVISTA 5	parda	superior completo	obstetriz	artesã	0	não se aplica	--	nunca engravidei
ATIVISTA 6	branca	superior incompleto	instrutora de yoga	yoga	1	cesariana de urgência	2016	sim
ATIVISTA 7	branca	superior completo	administradora	servidora pública	1	cesariana de urgência	2016	sim
ATIVISTA 8	preta	superior incompleto	técnica em enfermagem	artesã	2	cesariana agendada	2017	sim
ATIVISTA 9	branca	superior completo	publicitária	desempregada (> 2 anos)	2	aborto, parto vaginal em casa de parto	2018	não
ATIVISTA 10	preta	superior completo	estudante de medicina	bolsista	2	aborto	--	não
ATIVISTA 11	branca	superior completo	bióloga	yoga e terapeuta ayurveda	3	cesariana de urgência, parto domiciliar	2020	sim
ATIVISTA 12	branca	superior completo	psicóloga	educadora e psicóloga	3	aborto, parto vaginal em casa de parto, parto domiciliar	2018	não
ALGODÃO	branca	superior incompleto	bancária aposentada	doula	1	cesariana de urgência	1987	sim
AROEIRA	preta	médio completo	diarista	diarista e doula	3	parto vaginal e cesariana de urgência	2009	sim
CAJUEIRO	parda	superior	enfermeira	docente	3	aborto, cesariana agendada,	2007	sim

completo								Conclusão
Identificação	Cor/etnia	Escolaridade	Profissão	Ocupação	Gestações	Tipo e local de partos	Ano último parto	Já sofreu violência obstétrica?
CAMOMILA	branca	superior completo	professora	professora	2	parto domiciliar, cesariana de urgência	2019	sim
CANELA	preta	superior completo	enfermeira obstetra e doula	unidade saúde da família	2	parto vaginal no hospital, cesariana agendada	2014	sim
GENGIBRE	branca	superior completo	jornalismo	jornalismo audiovisual	4	aborto, parto vaginal em maternidade, parto vaginal em casa de parto	2015	sim
HORTELÃ	indígena	superior incompleto	estudante e doula	estudante e doula	0	não se aplica	--	nunca engravidei
LAVANDA	branca	superior completo	bacharel em saúde, técnica em meio ambiente	doula e cuidadora infantil	0	não se aplica	--	não se aplica
PIMENTA ROSA	parda	superior completo	enfermeira obstetra	parteira	4	aborto, parto vaginal em maternidade, cesariana de urgência	2011	sim
PRÍMULA	parda	superior completo	enfermeira obstetra	enfermeira obstetra	0	não se aplica	--	nunca engravidei

Nota: Elaborado pela pesquisadora, 2022.

A apresentação deste perfil sociodemográfico e obstétrico das ativistas do Coletivo, busca localizar as participantes da pesquisa em suas características demográficas, socioculturais e experiências prévias, para que suas falas sejam lidas a partir de seu contexto, ao menos, o que se pode captar no recorte deste estudo.

São as descrições de si mesmas, enquanto integrantes do Coletivo, que fornecem informações mais complexas e integradas sobre este perfil, como nas falas selecionadas:

somos mulheres que trabalham, que têm filhos que, enfim, fazem várias coisas, e que, cada uma pelas suas vivências e seus motivos - são motivos muito íntimos, muito fortes, muito viscerais, cada uma faz parte do Coletivo acreditando no direito a um parto seguro, um parto humanizado, um parto digno. Porque é um momento tão importante da vida das mulheres e acredito que todas as mulheres do Coletivo estão relacionadas a esse momento de alguma forma (Ativista Gengibre).

ser doula e estar no Coletivo em combate à violência, acho que tem tudo a ver, são dois caminhos que andam de mãos dadas. (...) Não é porque sou doula que vou ter todas as respostas do mundo, então a gente é uma rede de apoio. O Coletivo é uma rede de pessoas, que estão ali com seus conhecimentos agregando e construindo junto (Ativista Hortelã).

Imagina se você lutasse sozinha como seria difícil, então encontrar pessoas que têm os mesmos pensamentos, e que tem o mesmo objetivo de vida é formidável. O que eu passei na minha vida morando no mato, que só eu pensava desse jeito e ninguém se identificava. Não sei se vocês já passaram ou alguém já passou por isso, é uma experiência muito ruim você estar sozinha, você se sente um bicho de zoológico. (...) Quando você encontra pessoas que se identificam, que tem a mesma luta, isso é uma facilidade incrível, imagina você ter um coletivo de mulheres que luta, que se junta, que participa do fórum municipal, gente, isso é muito bom! É um impacto! Eu não sei se vocês têm noção da força que vocês têm. Vocês não, NÓS, porque agora eu sou do Coletivo (Ativista Primula).

A partir das falas destacadas, ressaltam-se três características marcantes do perfil do Coletivo, no que diz respeito às mulheres que o compõem: a maternidade, a obstetrícia como ocupação e o engajamento no tema do parto humanizado. A maternidade porque, de fato, a maioria das ativistas são mães; a ocupação porque as doulas e as enfermeiras destacam-se no Coletivo com suas iniciativas; e o engajamento de cada uma delas em torno dessa identidade coletiva com a causa do parto humanizado, tornando possível que a visão e a missão do Coletivo fossem direcionadas a lutar pelo direito de parir com dignidade e respeito.

Assim, por compartilharem entre si referências semelhantes de visão de mundo a respeito do parto e, ainda, por terem diferentes teias de relações de amizade tecidas desde o histórico de criação, essas mulheres, ainda que com suas diferenças, conseguiram se unir para lidar com a violência obstétrica como um problema que necessita de empenho social para mudança. Neste contexto de engajamento, entretanto, destaca-se o poder da experiência

pessoal e o fato da maioria das ativistas ter sofrido violência obstétrica, conforme explora-se a seguir.

### 4.3 A violência obstétrica na experiência pessoal das ativistas

O contato das ativistas com a violência obstétrica, para muitas, começa na própria história pessoal, mais especificamente, no seu histórico de partos. Para compreender melhor as representações numéricas do histórico obstétrico das ativistas e da ocorrência de violência obstétrica no contexto dos dados que foram anteriormente descritos, apresenta-se um resumo no quadro 5.

**Quadro 5** - Distribuição das ativistas conforme experiências obstétricas sinalizadas no questionário online

Categorias de identificação das participantes	Total de mulheres em número absoluto
Total de ativistas no Coletivo em agosto de 2020	25
respondeu ao questionário online da pesquisa	22
engravidou alguma vez na vida	17
teve algum aborto na vida	08
teve cesárea	11
teve parto vaginal	09
sofreu violência obstétrica	14
recebeu atendimento obstétrico na região do estudo	06
pariu nos últimos três anos	07
teve parto domiciliar ou em casa de parto	06
denunciou a violência que sofreu aos órgãos competentes	01

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2022.

Sobre experiência pessoal com a violência obstétrica, dentre as ativistas do Coletivo, encontra-se que 56% já sofreu algum tipo. Entretanto, ao excluir quem nunca engravidou, o percentual aumenta e mostra a violência obstétrica como experiência pessoal para a grande maioria, atingindo 82% das ativistas que já engravidou alguma vez na vida.

Segundo o inquérito nacional, aproximadamente 25% das mulheres são afetadas pela violência obstétrica no Brasil (VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2010). Sobre esse percentual, ativistas e pesquisadores têm apontado que a frequência de violência obstétrica possa ser mesmo maior, o que estaria relacionado à dificuldade que as mulheres têm de reconhecerem seus direitos afetados e de entenderem o que é violência obstétrica, especialmente, no que diz respeito aos procedimentos assistenciais hospitalares comumente executados e já conhecidos pela população (LANSKY, 2019).

No caso estudado, a alta frequência de violência obstétrica entre as ativistas precisa ser analisada levando em consideração o poder de atração que a identidade e a história de luta do



Coletivo têm para mulheres que já sofreram violência obstétrica, representando aí uma possibilidade de compensar o sofrimento do trauma com o envolvimento na mudança que se quer ver acontecer no modelo assistencial. Essa forma de envolvimento reforça que lutas sociais como essa se forjam nas experiências de menosprezo e na busca por justiça e reconhecimento social próprio (HONNETH, 2009), como bem apontou a pesquisa de Santos (2021).

A fala da ativista Aroeira, destacada a seguir, traz o sentido do acolhimento pessoal presente nas práticas do Coletivo como um fator de engajamento. No caso dela, aconteceu em uma roda de mulheres durante uma atividade do Coletivo realizada dentro da programação de um dos cursos de formação de doulas promovidos pela Parteira no ano de 2018:

agradeço muito ao Coletivo porque, pela primeira vez, eu falei para um grupo de mulheres o que tinha passado no Hospital HRDLEM, pela primeira vez eu não fui julgada, pela primeira vez eu recebi um abraço e eu me senti, depois do Coletivo eu me senti mulher. Porque eu me olhava no espelho eu não me sentia mulher, eu me sentia ... Eu olhava e dizia “não, eu não posso, eu não consigo, não fala para ninguém, não dá!” mas isso é mentira, eu consigo sim! Eu posso sim! E eu acredito que o Coletivo é uma força maior, que as mulheres de Porto Seguro têm. É uma válvula de escape, é tipo “eu tenho alguém para contar”. Eu tenho recebido mulheres com pergunta “posso falar para o Coletivo?” e eu falei “Não, você DEVE falar, a gente só quer ajudar” (Ativista Aroeira).

A ativista Aroeira, assim como outras integrantes do Coletivo, precisou ser primeiramente acolhida, em seus relatos pessoais, para depois passar a acolher outras mulheres. No caso de Aroeira, esse processo foi tão potente que ela se tornou uma doula comunitária, sendo referência para muitas mulheres, principalmente para outras mulheres negras como ela, em sua comunidade que é periférica.

A ligação estabelecida entre as ativistas no Coletivo proporcionou a criação de uma cultura grupal de acolhimento de si e de umas das outras, fazendo com que, a partir disso, o grupo funcionasse como um movimento-espaco de acolhimento coletivo, sendo utilizado para vocalizar esta dor e propor ações de transformação social junto às instituições do Estado e da Sociedade.

Esse engajamento com base na experiência pessoal da ativista também foi observado para mulheres que vivenciaram o parto humanizado. Algumas, por terem se envolvido com movimentos pela humanização durante a gestação, interessaram-se em se engajar no Coletivo para que outras mulheres pudessem também ter acesso a um parto humanizado.

Ou seja, a luta social pela humanização do parto e pelo enfrentamento à violência obstétrica engaja, diretamente e com maior frequência, mulheres que já experienciaram

alguma dessas situações em sua própria vida. Com isso, a partir do contato com a produção dos movimentos sociais nacionais e da ampliação do tema nas redes sociais, e/ou da própria formação de doulas e atuação do Coletivo na região, essas mulheres puderam reelaborar sua própria história e nomear o que entendem por violência obstétrica.

Ao utilizar a terminologia de Bohren *et al*, (2015)<sup>30</sup>, para classificar a violência obstétrica citada nos relatos pessoais das ativistas do Coletivo, coletados por meio do questionário *online* e das entrevistas semiestruturadas, identifiquei quatro tipos presentes: mau relacionamento entre mulher e profissionais; abuso verbal; estigma e discriminação; descumprimento de padrões de qualidade assistencial.

O quadro 6, a seguir, resume os diferentes atos relatados pelas ativistas conforme a terminologia adotada.

**Quadro 6** - Violências obstétricas vivenciadas pelas ativistas em seus partos agrupadas conforme a classificação de Borhen *et al* (2015)

<b>Tipos de Violências Obstétricas</b>	<b>Atos relatados pelas ativistas no questionário online</b>
Mau relacionamento entre mulher e profissionais	- falta de informações para a mãe sobre o estado de saúde de seu bebê internado em berçário - opções desrespeitadas na cesárea
Abuso verbal	- comentários desnecessários - xingamentos - gritos - ameaças - culpabilização da mulher - piadas e deboche
Estigma e discriminação	- comentários racistas - comentários sexistas
Descumprimento de padrões de qualidade assistencial	- Episiotomia - Tração de cordão para dequitação da placenta - Manobra de Kristeller - proibição de água e comida em trabalho de parto - abandono e negligência de cuidado - toque vaginal sem necessidade, doloroso - cesárea desnecessária - proibir a entrada do acompanhante - aplicação de dose excessiva de anestesia para cesárea - toque doloroso nas mamas durante o pós-parto

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2022.

A análise dos relatos das próprias ativistas sobre os tipos de violência obstétrica que vivenciaram, remete a práticas como: indução de cesárea e indução de trabalho de parto sem necessidade; ameaças de negação de atendimento; desrespeito; abuso de anestésicos como

<sup>30</sup> A terminologia de Bohren *et al* (2015) diferencia os maus-tratos relacionados ao nascimento em sete tipos de violência, a saber: 1) abuso físico; 2) abuso sexual; 3) abuso verbal; 4) estigma e discriminação; 5) descumprimento de padrões profissionais; 6) mau relacionamento entre mulheres e profissionais de saúde; e, 7) condições e restrições do sistema de saúde.

punição; piadas; negligência de atendimento; desrespeito à lei do acompanhante<sup>31</sup> e racismo, sendo esses últimos, respectivamente, o mais e o menos citado pelas participantes do estudo.

Nota-se que, ao aplicar a terminologia a esses relatos, os tipos “abuso físico” e “abuso sexual” não foram encontrados nas experiências vividas pelas ativistas. Já o tipo “condições e restrições do sistema de saúde”, por sua vez, não pôde ser verificado, pois uma parte dos relatos das ativistas referiram-se a atendimentos que ocorreram em diversos outros lugares do Brasil, dificultando a análise de elementos estruturais mais amplos.

Para compreender os tipos de violência obstétrica que ocorreram somente na região estudada, apliquei novamente a terminologia de Bohren *et al* (2015) para um outro grupo de relatos, incluindo aqueles que foram acolhidos pelo Coletivo ao longo dos anos e excluindo aqueles que se deram em serviços de saúde fora da região Sul da Bahia.

Sendo assim, a seguir, apresenta-se um panorama dos tipos de violências obstétricas que aconteceram na região antes e após a criação do Coletivo e que foram acolhidos pelo Coletivo de Mulheres.

#### **4.4 Classificação das violências obstétricas registradas pelo Coletivo de Mulheres na região**

Após analisar os relatos de violência obstétrica acolhidos ou presenciados pelas ativistas do Coletivo<sup>32</sup>, encontrei os seguintes tipos presentes nesta região, seguindo a terminologia de Bohren *et al* (2015): mau relacionamento entre mulher e profissionais; abuso verbal; estigma e discriminação; descumprimento de padrões de qualidade assistencial; e, condições e restrições do sistema de saúde. Mais uma vez, não foram encontrados relatos de abuso sexual ou abuso físico direto.

A maior parte dos relatos analisados referem-se ao atendimento de saúde que aconteceu no momento do parto hospitalar. Enquanto alguns referem-se a atendimentos que ocorreram no pré-natal, apenas um relato referiu atendimento durante situação de abortamento. A seguir, os relatos são analisados conforme as categorias desta terminologia.

---

<sup>31</sup> Trata-se da Lei Federal n. 11.108 de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos serviços do SUS.

<sup>32</sup> O conjunto analisado de relatos da região Sul da Bahia inclui: relatos de ativistas que sofreram violência obstétrica em seus partos; relatos de ativistas profissionais de saúde que acolheram relatos de mulheres nos serviços de saúde; relatos de ativistas que presenciaram violências obstétricas ao acompanharem outras mulheres nos serviços de saúde, a exemplo das doulas que fizeram parte do projeto voluntário “Doulas no SUS”; relatos de mulheres que sofreram violência obstétrica encaminhados ao acolhimento do Coletivo.

#### 4.4.1 Categoria de Condições e Restrições do Sistema de Saúde

Este tipo de violência obstétrica merece ser abordado antes dos demais, a fim de compreender o contexto estrutural e político em que os relatos de violência obstétrica da região estão inseridos. Segundo a terminologia de Bohren *et al* (2015), trata-se de um tipo de maus-tratos que contempla todas as pessoas envolvidas no serviço de saúde, pois afeta gestores, trabalhadores e usuários do sistema. Por isso, as falas das interlocutoras e ativistas apresentam-se intercaladas, buscando um diálogo que possibilite registrar uma parte do diagnóstico coletivo que foi construído ao longo dos anos analisados.

Para a ativista Aroeira, o maior entrave estrutural é a ausência de serviços de saúde adequados ao parto de risco habitual, como maternidades e centros de parto normal. Em sua comunidade, ela percebe o impacto dessa ausência que faz com que as mulheres tenham que parir em um “hospital de emergência”. Em sua fala, percebe-se algumas consequências dessa restrição estrutural do sistema, pois amplifica os medos das mulheres que não encontram ali um serviço de maternidade:

O maior obstáculo para mim é essas mulheres terem que parir no hospital regional, em hospital de emergência. Esse é um grande obstáculo, porque só de você pensar em enfrentar essa balsa, quando você entra em trabalho de parto nos distritos, pelos lados de cá, você só pensa que você não vai ter tempo de chegar ao Hospital HRDLEM, que não vai dar tempo. E tem um outro ponto, (...), existe um medo muito grande nas mulheres, (elas sempre relatam para mim e eu não comentei com você ou no Coletivo, nem para ninguém) mas por ser no hospital de emergência, elas têm a ilusão que elas não vão conseguir entrar, que não vão conseguir parir. Como se o atendimento não fosse chegar no momento que elas precisam, e isso tem sido um inferno na vida das mulheres. Então, o maior obstáculo é não ter uma casa de parto, não ter um lugar, não ter uma maternidade, isso é um obstáculo imenso. E o comportamento e a resistência a ter doula e ter enfermeira obstétrica. Isso realmente é muito pesado. (...) Então, se fosse numa casa de parto, numa maternidade, com certeza seria outra coisa, com certeza seria um outro cenário (Ativista Aroeira).

A ausência de casas de parto, denominadas pela política nacional de Centros de Parto Normal, retrata a região como um todo. E, embora o serviço de assistência ao parto no município de Teixeira de Freitas aconteça em uma maternidade, pelos indicadores de saúde e dados analisados até o ano de 2020, percebe-se que este serviço não seguia o padrão assistencial preconizado pela Rede Cegonha, apresentando taxa de cesárea superior a 50%, por exemplo. Além disso, pela distância geográfica, Teixeira de Freitas e Porto Seguro comportam duas diferentes regiões de saúde.

Nesse contexto regional, o Hospital HRDLEM, por ser estadual, absorve grande parte da demanda de partos, como aponta a interlocutora:

É um tema que nos ocupa porque aqui, particularmente onde eu trabalho, é um local onde a gente cobre toda a demanda obstétrica da região, praticamente 100% de Porto Seguro e uma porcentagem bem significativa do entorno (Interlocutora do Hospital).

A demanda do Hospital HRDLEM é composta pelas gestantes de alto risco, sendo referência em atendimento para toda a região, e pelas gestantes de risco habitual do município de Porto Seguro que, por sua vez, não tem serviço próprio para partos e obstetria. A sobrecarga do HRDLEM advém, portanto, dos partos de risco habitual que poderiam estar acontecendo nos respectivos municípios.

A realidade do Hospital HRDLEM mostra-se complexa quando os municípios não conseguem organizar sua assistência ao parto de risco habitual e precisam encaminhar suas gestantes. Como pode ser observado na fala da ativista que trabalha no município de Santa Cruz Cabrália, local que não atende a maior parte de suas parturientes:

Olha, o hospital de referência, não é de Cabrália, é de Porto Seguro. Então as mulheres saem de lá, às vezes nem passam pelo hospital de Cabrália, já vai direto pra Porto Seguro. (...) Vou ser sincera pra você, eu já orientei estágio no hospital daqui, né. Eu estava lá com minhas estagiárias e quando chegava uma gestante, que a gente estava crente que ia fazer o parto, aí o médico chegava, avaliava e simplesmente encaminhava pro Hospital HRDLEM. Então a gente já sabe que lá eles não fazem parto, porque não tem maternidade, não tem ‘não-sei-o-que’, meio mundo de desculpas. Mas eu penso assim, se a gente consegue fazer um parto em casa, imagina em um hospital que tem toda a equipe. Mas eles não gostam de fazer no hospital, então a referência é Hospital HRDLEM mesmo. Só faz lá quando já chega em fase expulsiva que não tem como segurar. Aí fazem (Ativista Canela).

Essa situação demonstra a importância da regionalização do SUS para gerir os problemas de saúde pois, de maneira isolada, alguns municípios do interior dificilmente conseguiriam abarcar toda a sua demanda, seja por problemas relacionados a infraestrutura, recursos humanos, verba para investimento, ou mesmo pela inércia política de muitas prefeituras. É o que acontece com o parto, com alguns tipos de exames e outras necessidades de saúde materna: muitas mulheres de cidades pequenas se veem obrigadas a ir para outras cidades para obter a atenção necessária.

No caso específico da assistência ao parto, a literatura já denominou como “peregrinação anteparto” quando a mulher precisa passar por mais de um serviço de saúde antes de encontrar a sua “vaga” e ser admitida para parir, sendo reconhecido como um problema ligado a morbimortalidade materna e violação de direitos (MORAES, 2018).

Essa necessidade de mulheres saudáveis precisarem recorrer a outros municípios, envolvendo transporte para deslocamento, a fim de obterem assistência obstétrica para partos de risco habitual trata-se de um reflexo do modelo dominante de parto hospitalar, do

recrudescimento das parteiras e da fragilidade da política de formação e interiorização de enfermeiras obstetras em casas de parto, dentre outras questões. No passado, a Bahia já foi exemplo de casas de parto rurais (BITTENCOURT, 1984) mas, para algumas regiões, no momento atual, apostar neste tipo de serviço de atenção à saúde das mulheres tem mostrando-se particularmente difícil.

O Hospital HRDLEM como referência regional, entretanto, apresenta muitos obstáculos relacionados a sua estrutura física, não sendo adequado aos partos de risco habitual, como aponta a interlocutora:

Olha, eu acho que hoje os maiores obstáculos, são: estruturais. Porque eu acredito que a falta de uma estrutura física adequada também incorre em não receber adequadamente, a gente não tem condições de muitas vezes se adequar a uma preservação da imagem, a uma privacidade, a uma ambiência escolhida pela gestante. Porque, olhando todo aquele leque do que se enquadram na violência obstétrica, que não é só a questão do ato físico em si, então, eu acho que a nossa estrutura, implica em a gente precisar deixar a mulher no corredor, ela vai parir no corredor, outras pessoas estão olhando, a distância do bloco cirúrgico em relação ao pré-parto muitas vezes nos impede de, ao detectada alguma distocia ou algo que precise de ser indicada uma cesariana, o tempo de chegar nesse setor. Então, eu acho que a questão da infraestrutura é um ponto (Interlocutora do Hospital).

Nessa situação, a assistência ao parto de risco habitual precisa ser submetida à lógica de funcionamento do hospital geral, sendo diretamente afetada pelo esquema de plantões característicos. Na percepção das ativistas, o modo de funcionamento hospitalar torna o processo de trabalho fragmentado, como percebe-se na fala da ativista Canela quando diz: “muda o plantão, muda tudo!”, ou na fala da ativista Prímula sobre como o atendimento à mulher dentro do hospital geral acontece de maneira fragmentada:

Eu acho assim, é muita sorte da gestante chegar lá e pegar essa equipe que está trabalhando dessa forma já, mas em compensação tem outra equipe, que.... né.. alguma hora vai deixar a desejar. (...) Muda o plantão, Muda tudo! Eu percebi quando fiquei no hospital, porque... Tem aquela pessoa que você pensa ‘Poxa, hoje é aquela pessoa...’ e já fica triste. E no outro dia quando chega aquela que você gosta, pensa ‘Oba, hoje vai ser um dia maravilhoso’ (Ativista Canela, sobre sua experiência de parto no Hospital HRDLEM).

Então, o que acontece: ela chega no setor pré-parto e depois que ela parir, sobe pra obstetrícia onde ela fica pelo menos 24h de internação ou fica mais, dependendo se deu algum problema nos exames do neném ou nos dela, então ela fica mais tempo. Então acaba que a gente não consegue muito ter um feedback (Ativista Prímula, sobre sua experiência de trabalho no Hospital HRDLEM).

Na visão da ativista Pimenta Rosa, “as instituições hospitalares já são engessadas, já têm um sistema para trabalhar, tem um tipo de administração que é clássica, então é cada

pessoa no seu lugar, é hierarquia, isso dificulta bastante o trabalho”. Sua fala chama a atenção também para a própria característica jurídica do serviço, uma vez que se trata de um hospital público gerido por um instituto privado. Nesse ponto, o tema da precariedade das condições de trabalho sensibiliza a ativista para esse tipo de violência obstétrica que afeta os próprios profissionais de saúde:

A instituição é engessada, no “Hospital HRDLEM” eu vejo cenários completamente inóspitos ainda. A gente tem casos pontuais de situações onde a mulher tem o mínimo, não é nem um parto respeitoso. (...) É muito serviço, muita demanda e funciona como uma empresa, se puder vai ter uma enfermeira só pra todos os setores, ou um médico e uma enfermeira. Durante muito tempo o Hospital HRDLEM trabalhou com um médico e uma enfermeira, e todos os partos normais era a enfermeira que fazia (literalmente fazia o parto) e o médico fazia cesárea, e morria gente, morria criança. Era uma loucura! Imagina a vida desses seres humanos que estavam atendendo ali e tinham que se adaptar à realidade. Ou era aquilo ou saia dali, e às vezes a pessoa que tá trabalhando não tem muita escolha, não tem tanta atitude, disposição (Ativista Pimenta Rosa).

De maneira geral, a interlocutora do Estado lista uma série de obstáculos para a efetivação da política na região. Dentre eles, destaca a escassez de médicos obstetras e, mais ainda, de médicos obstetras que tenham sido formados para trabalhar na perspectiva do modelo humanizado de assistência à saúde materno-infantil. Essa dificuldade tem sido considerada um grave entrave para a mudança das práticas assistenciais, pois torna-se mais difícil conseguir acessar os médicos que fazem partos na região, especialmente, de maneira que eles se interessem e participem da Rede Cegonha e do processo de mudança do modelo.

Na fala da interlocutora do Hospital, esse problema de acesso aos médicos surge como um grave empecilho, pois nos muitos espaços de educação permanente e planejamento de mudanças nas práticas obstétricas, os médicos não estão presentes:

Eu acho que a maior dificuldade hoje que a gente encontra é em relação a essa comunicação, essa disponibilidade que na maioria das vezes não existe. Porque nós sabemos que hoje o recurso humano médico aqui é bem escasso, as pessoas que vêm para cá, às vezes, elas vêm para dar um plantão de final de semana, elas não permanecem durante a semana. Então, quando a gente vai propor fazer alguma ação coletiva, multidisciplinar, raramente a gente consegue ter a participação médica. Nos fóruns mesmo, né. A gente recebeu um convite de um fórum que vai abordar a questão da Hipertensão e seria muito interessante que a gente tivesse uma adesão médica, porque sem essa adesão fragmenta, fragmenta o saber, fragmenta o cuidado multi. Essa é uma das maiores dificuldades que a gente enfrenta, a disponibilidade para discutirmos algumas mudanças necessárias (Interlocutora do Hospital).

Ainda em relação aos distanciamento dos médicos obstetras da esfera pública da Rede Cegonha e dos espaços de educação permanente, as falas das ativistas e interlocutoras apontam para outro fator condicionante: o perfil da formação profissional. Como aponta a

interlocutora de Eunápolis ao citar um episódio de violência obstétrica que presenciou durante um de seus estágios de graduação:

Uma formação médica horrorosa, uns médicos tradicionais, conservadores com uma visão totalmente deturpada do cuidado ou de uma medicina não centrada na pessoa e centrada no médico. A naturalização da violência dentro da instituição, então todo mundo vê dentro do hospital, eu via isso, todo mundo tinha medo do médico. Eu tentei falar com minha supervisora, mas ia atrapalhar meu estágio, então essa naturalização dentro da instituição e essa formação médica, dessa galera arrogante mesmo, que acha que pode fazer isso com outros ou que é normal. Por isso que eu acredito na mudança da formação médica (Interlocutora de Eunápolis).

Na fala das ativistas, o tema ganha um status de mentalidade, que é relacionada ao fazer médico mas, por ser medicalizante, mostra-se também na atuação da própria enfermagem obstétrica no contexto do hospital geral que vivencia a hierarquia do poder obstétrico, denominado pela ativista “mini-médicos”:

Eu acho que o maior obstáculo, está no corpo médico. Num corporativismo médico, numa mentalidade médica que é muito instaurada nos espaços que recebem essas gestantes. E na cadeia de “poder”, são as pessoas que acabam tendo mais poder naquele espaço, naquele ambiente, então elas têm todo esse poder e tem toda uma mentalidade que tem muita resistência, como a um parto que não seja medicalizado, um parto em que esse poder delas não seja imperativo. Eu acho que a maior resistência é nos espaços públicos (Ativista Gengibre).

A gente sabe de experiência, e por exemplo, dá assistência para um parto normal, uma mulher saudável o ideal seria ser uma enfermeira, mas até hoje a gente tem as enfermeiras que atendem a vários partos e no que eu chamo de modelo mini médico, no hospital. É tipo, o médico faz altas violências e elas fazem altas violências no âmbito de atuação dela, e às vezes sem saber que aquilo é violência. Porque ela aprende desse jeito e eles também aprendem. E sair desse pensamento, essa desconstrução não é uma coisa fácil, e menos ainda se você tá dentro do sistema (Ativista Pimenta Rosa).

Outro obstáculo destacado nesta categoria é a rotatividade de profissionais de saúde, esse problema decorrente da precarização dos vínculos de trabalho em todo o setor saúde é muito comum e atinge, em especial, a atenção básica, como pode-se perceber na fala da ativista sobre o Município de Eunápolis:

Eu acho que tem a ver também com a questão da precarização do serviço, os profissionais estão muito sobrecarregados, principalmente esses da atenção básica, há uma rotatividade muito grande, são pouquíssimos os profissionais daqui que são concursados, a maioria é contrato. Chega um período desses, eles já começam a ficar tensos porque há uma prática de não pagar o salário no final do ano, nem férias, nem décimo terceiro, nada. Eles demitem, fecham a unidade, demite número de funcionários e depois reabre. Então, é uma precarização absurda, isso tudo causa um desgaste, uma frustração e também esse ‘apagar incêndio’ que os profissionais ficam fazendo e não



conseguem dar conta dessa parte preventiva, de promoção de saúde, de orientação. Fazem a parte ambulatorial basicamente (Ativista Cajueiro).

Na realidade, esse (a rotatividade) é um dos piores entraves que a gente tem na região. Não só muda coordenadores, muda toda a equipe de saúde. Então, você tem atenção básica em município que troca de seis em seis meses, que troca de ano em ano. Como você capacita, como você trabalha essa visão do cuidado, como é que você integra a rede com equipes que não se mantêm? (Interlocutora Estadual).

Nesse contexto, o problema da rotatividade impacta diretamente o vínculo e a qualidade do cuidado com a gestante no pré-natal, mas não somente, uma vez que, na fala da interlocutora, a rotatividade nessa região tem sido percebida também entre as funções e cargos de gestão, dificultando ainda mais o trabalho de coordenação regional da política:

Quando tem muita rotatividade, é muito difícil trabalhar, e não é só na rede cegonha, são em todas as áreas. Muda em todas as áreas, três meses para cada gestão, acabou de mudar toda área de saúde de novo no Município de Eunápolis, por exemplo. Muda tudo, muda todos os cargos, muda todas as equipes. (...) E o que é estranho é que, assim, você está dentro da gestão pública, dentro da mesma gestão. Porque a gente estava acostumada (não que a gente deveria se acabar acostumando-se com isso, mas a gente acaba não estranhando mais) quando muda de uma gestão para outra. Então as pessoas tinham esse discurso: “não sei onde tem nada, não sei de nada”. Mas nesse último mandato foi dentro da mesma gestão. Então, as pessoas assumiam e não sabiam de nada do que a colega que tinha saído da mesma gestão tinha feito. Então, trabalho não deu, não deu, não deu. Isso é característica mais do Município de Eunápolis, mas nos outros também tem uma rotatividade, porque a grande maioria são processos seletivos, então processos que duram um ano. Difícil! (Interlocutora Estadual).

Para esta interlocutora, onde tem menor rotatividade por ter mais profissionais concursados, é onde encontram-se menores dificuldades para a implementação da política. Ela ressalta que Porto Seguro é o local que tem apresentado maior estabilidade e avanços, sendo o único município da região a designar uma coordenação municipal para a Rede Cegonha.

Por conseguinte, o panorama das condições e restrições do sistema de saúde obstétrica na região Sul da Bahia apresenta-se nesta pesquisa como um contexto que envolve: ausência de casas de parto e maternidades; infraestrutura hospitalar inadequada; ausência de participação do corpo médico nos processos de avaliação e revisão das práticas obstétricas; e, alta rotatividade dos profissionais da atenção básica responsáveis pelo acompanhamento pré-natal e puerperal.

#### 4.4.2 Categoria de Abusos Verbais

Dentre os abusos verbais que se destacaram nos relatos, são percebidos os seguintes atos por parte dos profissionais de saúde: piadas de cunho sexual, gritos direcionados às mulheres, ironias na comunicação e o tão frequente “cala essa boca”:

Tem uma colega minha, profissional da área que falou pra mim assim: “minha filha, eu sofri tanto que até a minha médica me falou: meu médico me falou que eu não posso ouvir gritos, então cala essa boca!”. Sabe assim, umas coisas que não dá pra entender? E isso foi recente, não tem nem dois meses que ela teve o bebê. Ela disse: “Nossa, eu fui muito maltratada pela equipe, por todos do hospital”. (...) Ela é técnica de enfermagem. disse que foi triste e que sofreu dentro do hospital (...) durante a pandemia! (Ativista Canela, relato de um caso no Hospital HRDLEM).

Essa prática de não permitir que a mulher se expresse pareceu comum e foi registrada nas seguintes variações: “falaram que lá eu não podia gritar”, “na hora que eu pedia socorro falavam que ter neném não era o fim do mundo e que eu não ia morrer por isso”, “Ah, essa aí grita muito! Essa aí só vai dar trabalho, melhor mandar pra cesárea logo”, “Não adianta gritar não, porque se grita o bebê sobe”, “fecha a boca mãezinha, senão o bebê sobe”. Essas frases foram recortadas de diferentes relatos, tendo sido proferidas por médicos e enfermeiras durante o parto hospitalar, até mesmo por enfermeiras que são vistas como “humanizadas”.

Uma das ativistas ressalta o aspecto sutil deste tipo de violência e sua abrangência em qualquer tipo de serviço de saúde:

Às vezes o profissional joga pra aquela família coisas que não tem nada a ver. E isso acontece em todas as camadas da sociedade, às vezes você vai pra uma ultrassonografia e o médico comemora porque vai ser um menino ‘um macho’, e nem perguntou nada. Eu vejo por meio de relatos. Esses dias atendi uma mulher que o médico saiu da sala pra dizer que ia ser homem pro pai e ficou super empolgado. E o que ele tem a ver com isso? Ela achou que o cara era um babaca, e desse jeito você vê o caráter das pessoas. Uma vez a mulher perguntou na sala de parto, ‘é menino mesmo?’ e responderam, ‘é, por enquanto é, mas vamos ver se vai continuar ser...’ Para que esses comentários inconvenientes? O que a pessoa ganha com isso? As pessoas perdem de ficar caladas. Acho que no parto quando menos falar, melhor. Muita coisa do comentário é sutil, mas é uma violência, como a pessoa ouve aquilo, como ela recebe. Muita coisa é desnecessária, às vezes a pessoa não gritou com você, mas falou uma coisa que te feriu, que te agrediu (Ativista Pimenta Rosa).

Esse tipo de abuso verbal tem sido percebido pelas ativistas em diferentes serviços de saúde e também ambientes sociais, não sendo restrito ao hospital. Como no relato acima, que mostra uma situação que se passou em um serviço particular de ultrassonografia, outros relatos trazem esse tipo de abuso verbal sendo percebido durante o pré-natal e na própria interação da gestante na sociedade, com sua família e até com “desconhecidos na rua”:

a gente vê uma violência obstétrica muito sutil, desde familiares, desde pessoas desconhecidas na rua que abordam as gestantes que eu trabalho e ficam fazendo comentários desnecessários, até o profissional médico que está fazendo o pré-natal que tenta influenciar a gestante a fazer cesariana desnecessária, tenta influenciar a gestante a ter medo do parto normal. Então essa tem sido a minha realidade (Ativista Prímula).

O relato a seguir traz esse tipo de abuso verbal sendo cometido pela mãe de uma gestante, enquanto estava como sua acompanhante para o parto no Hospital HRDLEM. No relato, a ativista percebe que a mãe da gestante segue o mesmo padrão cultural sustentado pelas equipes de profissionais de saúde, que implica em fazer com que a mulher não se expresse durante o parto segundo suas necessidades mais íntimas:

eu acompanhei uma gestante que já estava em trabalho de parto, no expulsivo. E foi muito emocionante, mas eu lembro que era uma mulher negra e ela estava acompanhada da mãe (...). Cometeram muitas violências com ela, porque assim falavam que ela não poderia gritar, a gente via a menina sofrendo e que ela tava reprimindo as sensações que ela sentia do parto, de sentir dor, de querer falar, de querer andar, então ela ficava deitada de lado meio que de concha, vinha a contração, ela fazia uma cara de dor e a mãe começava a falar com ela para ela parar com aquilo, tava meio incomodada. Porque nesse processo as grávidas ficam com seus acompanhantes e a equipe médica só vem mais para o final mesmo, e ela tava sofrendo violência pela própria mãe, então assim é uma coisa que já tava incomodando, a gente sabia o que tava acontecendo, mas a gente ficava um pouco de longe. (...) A gente ficou incomodada, mas quando o bebê nasceu e a gente falou “olha, ele chegou”, e a mãe ficou muito emocionada, a gente percebeu a gratidão dela, porque eu acho que era uma coisa que ela deve ter sofrido também, né (Ativista Hortelã).

No relato acima, a ativista infere que essa própria mãe acompanhante pode ter vivenciado isso em suas experiências obstétricas. Outra ativista aborda esse mesmo tema sobre perspectiva diferente, possibilitando a compreensão de que uma mulher pode incorrer em abuso verbal para tentar proteger a outra, isso porque já é culturalmente sabido que se uma mulher chega gritando ou questionando as condutas dos profissionais “ela é tida como encrenqueira” e pode sofrer retaliações. Nas palavras da ativista Cajueiro: “elas passam por tanto sofrimento, que estão recomendando isso para as outras mulheres, porque é uma padronização desse atendimento desrespeitoso, e todo mundo sabe disso!”

#### 4.4.3 Categoria de Estigma e Discriminação

Quando o abuso verbal vem acompanhado de referência a certos atributos e características da gestante ou do bebê, envolvendo, especialmente, aspectos étnico-raciais ou sexistas, caracteriza-se como um outro tipo de violência, nomeada na terminologia de Bohren

(2015) como “estigma e discriminação”. Este tipo de violência foi identificado em três relatos que serão analisados a seguir.

O primeiro relato é da ativista Cajueiro. Ela é enfermeira e docente de uma instituição de ensino superior e pôde observar situações envolvendo violência obstétrica por discriminação enquanto acompanhava estudantes em estágio de formação profissional nos serviços de saúde de Eunápolis:

Eu percebi também isso: a mulher, por exemplo, na Unidade de Saúde da Família, que era não negra, ela tinha mais informação e, às vezes, o nível de escolaridade era o mesmo do que da outra. Então eu percebia que havia um cuidado maior, até no acolhimento. Eu vi quando chegou uma gestante branca com cabelo longo de luzes, o acolhimento da unidade de saúde pra essa mulher foi diferente do que pra uma outra. Eu fiquei em alguns momentos sentada na unidade fazendo essa observação. Elas tratam com mais carinho, mais respeito, com mais preocupação, tem mais tato no momento de falar. Quando a mulher chega, às vezes, com *piercing* ou é mais jovem, ou se souberem que o parceiro é traficante, todos esses estereótipos, todas essas condições, vão levando essa mulher a uma condição de muito mais vulnerabilidade. Essas mulheres ficam muito mais expostas a esse desconhecimento, a essa falta de informação e a partos violentos! Eu acho que isso tem um entrecruzamento com a questão de gênero, com a questão de raça e de classe social, sem dúvida nenhuma. E outras questões também como a questão da idade, quanto mais jovens as mulheres, mais elas sofrem discriminação no momento da gestação e do parir também. Se tem parceiro ou se não tem, aquela mulher casada é atendida de forma diferente daquela que é solteira. Se ela tem um acompanhante, se ela não tem um acompanhante. Todos essas são iniquidades sociais que vão fragilizando mais essa mulher e colocando essa mulher na condição de muito mais vulnerabilidade. Deveria de ser o contrário, né? (Ativista Cajueiro).

A partir do relato acima, pode-se perceber, mais uma vez, que a violência obstétrica está inserida dentro e fora dos hospitais, fazendo parte do contexto de sexismo, etarismo e racismo que impacta a sociedade como um todo, favorecendo que as mulheres que já estão submetidas a preconceitos e violências de gênero, sofram também por suas características biológicas, culturais e até circunstanciais nos próprios serviços de saúde.

A violência por preconceito racial apareceu também na história pessoal da ativista Aroeira que, sendo uma mulher negra, mãe solo e periférica, sofreu diversas violências obstétricas em seus partos, todos ocorridos no hospital HRDLEM. Para acolher o seu caso junto ao Coletivo, que envolveu conhecer a história de três partos violentos, foi realizada uma entrevista em profundidade.

A ativista Aroeira conta que sofreu diversas violências ao longo de sua vida, desde jovem e, são inúmeros os trechos que revelam a perversa associação entre violência de gênero, racismo e pobreza na sua narrativa. A seguir, destaca-se um dos trechos a respeito de um dos seus partos, para explicitar como o racismo surge como um elemento inerente no

contexto da assistência violenta, deixando as mulheres negras e pobres ainda mais vulneráveis nos serviços de saúde:

E na sala de parto que começou o calvário, que foi pior! Porque eu tava numa posição muito desconfortável, né, que a gente põe uma perna lá, outra cá. E eu colocava muita força. E a doutora S. começou a falar: “Põe força!”, e eu falei: “Doutora, eu estou pondo força”. E ela “Mas, vai! Vai!” E ela começou a falar assim, ela não parava de falar “Põe força! Você vai matar seu neném! Você vai matar seu neném! Seu neném tá morrendo! Você vai matar seu neném!”. Quando ela começou a dizer “Você vai matar o bebê, você vai matar o bebê.” Eu não conseguia por força, eu conseguia tremer, porque eu senti uma coisa assim: “Nossa! Eu vou matar minha filha! Como assim eu vou matar minha filha?!” Eu comecei a me sentir culpada, um monstro, eu comecei a me sentir uma coisa horrorosa. Ela: “Você não pode desistir!”, e eu falei: “Mas eu não tô desistindo!”. (...) A enfermeira só falou assim: “Ô mãezinha, respira direito”, mas a médica tava me pressionando muito. Então a enfermeira começou a empurrar, praticamente se deitou em cima de mim, empurrava a neném. Aí a doutora S. falou: “Quer saber?!” Pegou o bisturi e passou... passou exageradamente (risos) e a neném saiu. Foi... eu tava muito fraca já, desorientada, porque foi uma mistura de sentimento de “você vai matar seu neném, você precisa ter força” e uma enfermeira antes veio e disse: “Imagina, negona?! Negona tem que saber parir! Como assim? Nego pari em casa, né? E tem que saber parir. É frescura!”. E isso tudo deixa a gente muito constrangida, muito, né? Tudo bem, eu tive a neném, e eles colocaram... não vi a minha neném, eles não me mostraram, só enrolaram ela, e colocaram nas minhas pernas, na maca, e no corredor. Era troca de plantão. Eu não sei precisar porque eu não tinha relógio. Mas eu fiquei muito tempo ali. Muito, muito tempo. E as pessoas passando no corredor e eu ali com a neném. E assim, a impressão que dá na gente é que a gente é um pedaço de carne podre que tá ali e que ninguém quer encostar, porque... É horrível a sensação! (Ativista Aroeira, sobre um de seus partos no Hospital HRDLEM)

Alguns estudos têm chamado a atenção para a relação entre piores indicadores sociodemográficos e maiores índices de violência obstétrica, especialmente nos grupos de mulheres negras, se comparadas às mulheres de cor/raça branca. Essas últimas tendem a receber melhores atendimentos nas maternidades. Os dados indicam também que as violências mais comuns sofridas durante o atendimento ao parto entre mulheres negras e indígenas são a episiotomia, a manobra de Kristeller e o impedimento de um acompanhante no momento do parto (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; VENTURI; RECAMÁN; OLIVEIRA, 2010; D’ORSI, 2014; FONSECA *et al*, 2015).

Este tipo de estigma e discriminação também precisa ser observado do ponto de vista das mulheres indígenas, especialmente nesta região que abarca diferentes aldeias e etnias. Uma das ativistas indígenas que compõem o Coletivo, fala de como o enfraquecimento da tradição das parteiras já levou a maioria das indígenas a terem seus partos no hospital.

E além de tudo, ela ainda pode sofrer o racismo, o preconceito racial. Por exemplo “Ah, porque você é índia você aguenta” e se a pessoa estiver

tentando se conectar com sua própria ancestralidade na hora de parir, e eu já ouvi isso “ah, você é índia mesmo, querendo inventar essas modas”, é uma realidade que a mulher indígena também não está isenta de sofrer (Ativista Hortelã).

Segundo dados da FUNAI (2020), o município de Porto Seguro sedia a Coordenação Regional do Sul da Bahia, responsável por atuar junto aos povos indígenas das etnias *Pataxó*, *Pataxó Hã Hã Hãe*, *Tupinambá*, *Mongoió*, *Baenã*, *Camacã*, *Kariri-Sapuiá*, *Guerém*, abrangendo, aproximadamente, 22 mil indígenas.

Apesar da grande população indígena e da força de suas tradições, que inclui a parteira tradicional, Santos (2021) identificou em sua pesquisa que, nesta região, as mulheres indígenas já têm sentido as consequências do predomínio do modelo medicalizado, evidenciando um cenário de redução do número de parteiras e dos partos realizados nas aldeias. Segundo a pesquisadora, “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” (SANTOS, 2021, p. 51).

#### 4.4.4. Categoria Descumprimento de Padrões de Qualidade Assistencial

Nesta categoria foram incluídos os relatos que fizeram referência a práticas como: abuso de episiotomias, fórceps e ocitocina; uso da Manobra de Kristeller; restrição ao acompanhante; e, iatrogenias decorrentes das práticas comuns do modelo medicalizado de atenção ao parto. Ou seja, todas aquelas práticas que já possuem um lastro de evidências científicas que comprovam que seu uso deveria ser banido ou extensamente restrito a casos específicos.

O abuso de práticas para acelerar o trabalho de parto tem sido comumente observado pelo Coletivo. Como pode-se perceber nos relatos abaixo selecionados, esse processo ocorre em um contexto de péssima comunicação do profissional com a mulher que, na maioria das vezes, não é nem mesmo informada sobre a realização de episiotomia, uso de fórceps ou administração de ocitocina durante o trabalho de parto, por exemplo.

Eu gostaria que a nossa realidade fosse melhor. Mas, quando eu recebi um relato, recente, de uma moça que desmaiou por causa do fórceps, ela me contando, e ela voltou pegou na mão do médico e implorou para ele, ela gritava “por favor me dá uma chance, eu consigo! Eu consigo! Eu consigo!” ela implorou, ela disse “eu não ajoelhei porque eu não tinha condição de ajoelhar, mas eu segurei nas duas mãos dele e olhei dentro do olho dele, e implorei a ele pela minha vida, porque eu tinha certeza de que não ia aguentar a dor”. Agora, em época de pandemia, tenho visto mulheres mutiladas pela episiotomia, mortas por dentro por causa da manobra de

kristeller, do fórceps e é muito triste (Ativista Aroeira, sobre os partos das mulheres da sua comunidade no Hospital HRDLEM).

Eu acompanhei uma amiga no hospital, e quando cheguei ela tava já com soro, e aí só depois que eu percebi que tinha colocado ocitocina nela. Como eu não tinha experiência, eu vi que ela tava com uma dor descomunal, não tava tendo dilatação. Então, eles colocaram ocitocina muito antes, ela sofreu desnecessariamente e acabou tendo que ter uma cesariana porque não avançou o trabalho de parto. E aí foi super traumático, ela fala que não quer mais ter filho. Depois de um tempo eu conversei sobre isso com ela, perguntei se ela sabia que ela tinha ocitocina, ela falou que não, eu falei para ela que só depois que eu soube disso por conta da minha experiência, mas ela disse que foi “ah, mãe eu vou botar um sorinho aqui para te ajudar” e eles falam de uma forma tão bonitinha, que se a mulher não tem a informação, ela realmente acha que está sendo ajudada e acha que aquela dor a mais, que ela tá sentindo, é normal. Acaba sendo um pouco de falta de ética da equipe (Ativista Hortelã).

Outro tipo de prática assistencial problemática é o uso da Manobra de Kristeller que, especificamente, consiste em pressionar o fundo do útero para “facilitar” o parto, porém, segundo Nascimento *et al* (2021), não há qualquer evidência científica sobre o benefício do seu uso e sobram evidências sobre os danos e malefícios causados à mulher e ao bebê, sendo inclusive causa de danos irreparáveis a saúde materna e infantil (CÔRTEZ *et al*, 2018). Por esta razão, esta manobra encontra-se proibida em alguns países e tem sido considerada como uma prática que deve banida pelos organismos internacionais.

No Brasil, contudo, a manobra continua fazendo parte do ensino médico em obstetrícia (NASCIMENTO *et al*, 2021) e, como vê-se nos relatos, continua fazendo parte da realidade dos serviços hospitalares. O inquérito nacional “Nascer no Brasil”, realizado nos anos de 2011 e 2012, revelou que um terço das mulheres ainda são tratadas com essa manobra durante o trabalho de parto (FIOCRUZ, 2018; LEAL *et al*, 2014).

O relato a seguir evidencia o contexto de uso dessa manobra nos Hospitais, sempre acompanhado de outros abusos e tipos de violências:

E quando cheguei no município de Eunápolis, que eu fui para o hospital, me deparei com cenas que eram terríveis! Dos médicos mandando às mulheres calar a boca, muita episio, muita manobra de kristeller. E as mulheres nem sequer tinham coragem de falar. Aquilo me impactou muito, eu fiquei muito incomodada, e cheguei até pedir pra sair do estágio por um tempo, porque eu não dei conta daquilo (Ativista Cajueiro, sobre os partos que viu durante sua passagem como docente no Hospital de Eunápolis).

Recentemente, a referida manobra ganhou destaque nos debates nacionais, pois, no ano de 2022, o Ministério da Saúde fez uma defesa do procedimento na “nova caderneta da gestante”, alegando sua utilidade para salvar vidas a critério médico (COFEN, 2022). Segundo Nascimento *et al* (2021), a insistência no uso da manobra de Kristeller não decorre

de má formação dos profissionais que a utilizam, mas sim por ser um procedimento presente nos protocolos assistenciais dos hospitais.

Dentre os relatos que citam a manobra de kristeller, analisados nesta tese, destaca-se a noção de alguns médicos sobre ser uma técnica que “salva vidas”. Esse argumento foi usado em uma reunião do Fórum Regional I, como mostra o relato de uma das ativistas:

Eu lembro que a primeira experiência que eu tive chocante com o Coletivo foi na Rede Cegonha, quando a gente ouviu a fala de vários médicos... que eu cheguei em casa fiquei muito chocada e chorei muito. Porque eu tava vendo na prática o que já tinha escutado no curso (de doulas). Os homens falando “não, mas a gente tá fazendo isso porque parto dói, a gente faz, por exemplo, a manobra de kristeller, dá anestesia ou faz cesária, porque dói, a gente tá ajudando elas”. (...) E a manobra de Kristeller, porque já tem várias comprovações que é prejudicial, que dói, pode machucar a mãe, pode machucar o bebê, e aí um dos médicos ficou assim “Como não?! Já fiz isso tantas vezes! A gente tá ajudando, a gente tá salvando” (Ativista Hortelã)<sup>33</sup>.

Nesse contexto, entretanto, não só os médicos podem ser apontados como responsáveis por esse tipo de manobra. Para Nascimento *et al* (2021), o envolvimento dos profissionais de enfermagem neste tipo de prática ocorre porque, muitas vezes, veem-se constrangidos pelo poder médico a participarem ou presenciarem o procedimento. Entretanto, como vemos na fala abaixo da ativista Algodão, a despeito das evidências científicas, ainda existe enfermeira ensinando outras enfermeiras a fazerem a manobra:

Presenciei muita, muita violência. Embora eu estivesse no dia da equipe que dizem que é mais tranquila e que é “humanizadíssima” (risos). Eu vi muita coisa e ouvi muitos relatos também, de mulheres que estavam lá pra ter o segundo ou o terceiro filho e que já tinham passado por coisas horríveis no Hospital. Assim, eu vi, por exemplo, uma enfermeira chamando outra pra “mostrar como é que ela faz”. E o como ela faz é bem violento, tipo: empurrar o colo do útero sem necessidade, durante um trabalho de parto tranquilo e sem nenhuma intercorrência. Ela “ajudar” empurrando o colo do útero e eu vi a mulher urrar de dor, muita coisa assim. Ocitocina antes da hora, se é que há uma hora, né. Mas, muito cedo, muito cedo. Pra elas sofrerem muito mesmo (Ativista Algodão).

Já existem muitas evidências e respaldo sobre os malefícios da manobra de kristeler, ou da aceleração precoce do trabalho de parto com ocitocina, como citou Algodão, mas, mesmo assim, muitas condutas profissionais continuam sendo tomadas no sentido contrário. Situação semelhante acontece com a presença do acompanhante da gestante que, mesmo sendo defendida pela literatura como uma prática assistencial que atua como um fator de

---

<sup>33</sup> Os “homens” a quem Hortelã se refere neste trecho da entrevista, são médicos que participaram do Fórum Regional I pela primeira vez (e talvez única), haviam sido convidados por serem responsáveis pelo SAMU, a fim de pactuar melhorias relacionadas ao atendimentos das demandas de saúde materno-infantil, portanto, eram socorristas que estavam habituados a encontrar casos complicados e viam na manobra de kristeller, dentre outros procedimentos, os melhores meios de salvar vidas.



proteção contra a violência obstétrica (DINIZ *et al*, 2014), também tem sido negada às mulheres.

No Brasil, a presença do acompanhante é muito importante como padrão assistencial, pois ajuda a promover confiança e segurança à mulher no momento do parto, amenizando a dor e reduzindo a sensação de solidão (DODOU *et al*, 2014). Porém, apesar de ser um direito garantido por lei federal, a análise dos relatos acolhidos pelo Coletivo demonstra como os profissionais de saúde desta região, especialmente, os médicos obstetras e anestesistas, ainda têm facilmente negado esse direito às mulheres:

A anestesista impediu a acompanhante da gestante no centro cirúrgico. O motivo alegado pelo anestesista à acompanhante foi dito nas seguintes palavras: “você vai me atrapalhar”. Mesmo insistindo a acompanhante foi impedida e a gestante passou pela cesárea sozinha (Mulher acolhida 3 - registro de ouvidoria anônima pelo Coletivo, ano 2018).

O relato a seguir, da ativista Canela, demonstra a fragilidade deste direito frente ao contexto político institucional que pode ocorrer em torno desse tipo de violência. Uma situação que reforça o poder obstétrico dos médicos, posto que a restrição do acompanhante se torna facilmente validada pelos demais setores e até mesmo pela direção dos hospitais, gerando prejuízos graves para a mulher e sua família, fazendo com que tenham que lutar pela presença do seu acompanhante durante o seu próprio trabalho de parto:

Sem acompanhante! Porque meu marido já estava lá fora brigando com a coordenadora do hospital, já tinha ligado na ouvidoria, ele também se desesperou, até pro governador na época ele ligou. Aí o governador ligou pra direção do hospital, a diretora foi e conversou com ele, disse “poxa, você quer me queimar? Quer me acabar?”. E ele, “Não, é você que tá querendo me acabar tirando o meu direito de ver meu filho nascer! Eu vou entrar!”. E quando ele entrou já passou pelo meu filho no corredor indo pro berçário (Ativista Canela, sobre seu parto no Hospital HRDLEM).

A decisão tomada nesta pesquisa de classificar a negação do direito a acompanhante como um tipo de violência dentro da categoria “descumprimento de padrões de qualidade assistencial” resulta da compreensão de que cumprir a lei brasileira é atender a um padrão assistencial juridicamente validado. Ou seja, nenhuma instituição deveria permitir que seus profissionais de saúde tomem pra si a decisão de cumprir ou não um padrão garantido em lei, bem como nenhum profissional de saúde deveria compactuar com uma instituição que normatiza a negação de um direito.

A existência de padrões que orientem a qualidade assistencial faz-se importante para garantir que o processo de trabalho em equipe funcione conforme as melhores evidências científicas disponíveis e não de acordo com a opinião ou decisão unilateral de um outro

profissional. Neste sentido, garantir padrões de qualidade significa prezar pela segurança do paciente, a fim de evitar iatrogenias como a exposta no relato abaixo:

A gestante de alto risco foi encaminhada para a cesárea e durante os procedimentos teve sua bexiga perfurada. Quando sua acompanhante perguntou ao médico Dr. A. o que havia acontecido, ele respondeu com essas palavras: “foi a cabeça do bebê que perfurou”. Posteriormente, alguém da equipe de enfermagem disse para a paciente que o médico tinha acabado com a vida dela e que ela não poderia ter mais filho, disse ainda que a bexiga dela havia sido perfurada na colocação da sonda. Essa mulher não recebeu desculpas ou mesmo uma explicação cuidadosa sobre o dano em momento algum no hospital (Mulher acolhida 1 - registro de ouvidoria anônima pelo Coletivo, ano 2018).

A gravidade da iatrogenia e o contexto de comunicação violenta estabelecida pela equipe de saúde com esta gestante demonstra o alto grau de negligência e violência a que estas mulheres estão expostas nos hospitais da região. O caso acima descrito evidencia como que, na obstetrícia, o relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes está longe de seguir os padrões de qualidade recomendados pelos organismos internacionais e pela vasta literatura já apresentada.

#### 4.4.5 Mau relacionamento entre profissionais de saúde e gestantes

Os relatos a seguir, apesar de, como os demais, demonstrarem uma complexa trama de diferentes tipos de violências, foram interpretados aqui pelo viés do mau relacionamento. Entre abusos verbais, iatrogenias e descumprimento de padrões de qualidade assistencial, percebi nestes relatos a fragilidade, ou melhor, a péssima qualidade da comunicação estabelecida entre equipe e mulher atendida, evidenciado, principalmente, pelo desrespeito à autonomia da mulher sobre seu corpo e estado de saúde.

Dei entrada no “Hospital HRDLEM” em trabalho de parto ativo. Estava com minha acompanhante, que é enfermeira obstetra e com plano de parto. A médica obstetra do plantão prescreveu ocitocina e eu recusei, pois sabia que o parto estava evoluindo (cheguei ao hospital com 8 cm de dilatação e com 1 hora já estava na dilatação total). Mas a médica em questão não aceitou minha decisão, mesmo constando no meu plano de parto. A médica insistiu e me acuou dizendo “eu que sou a médica” e não apresentou argumentos válidos. A médica me pressionou psicologicamente me constringendo tanto que me vi forçada a aceitar. O uso da ocitocina pode estar associado à gravidade da laceração que ocorreu no meu períneo, pois minhas dores aumentaram muito e tudo evoluiu rápido demais. Não foi realizada episiotomia e não houve medidas de proteção do meu períneo, mesmo com ação da ocitocina sintética que, sabemos, altera a normalidade do trabalho de parto. Para suturar a laceração veio outra médica obstetra. Ela realizou a sutura dizendo frases que me constringeram novamente já não bastasse toda a

sensibilidade do momento (Mulher acolhida 2 - registro de ouvidoria anônima pelo Coletivo, ano 2018).

Esse mau relacionamento foi relatado também durante o pré-natal, por algumas mulheres de Porto Seguro e Eunápolis, embora somente uma delas tenha solicitado que o Coletivo encaminhasse seu caso à ouvidoria de maneira anônima, pois, como ela explica no relato abaixo, existe um receio de sofrer retaliação no serviço de saúde:

Vou relatar o que me aconteceu há dois meses atrás na consulta de pré-natal na Unidade de Saúde da Família. Não gostaria de revelar meu nome porque continuo sendo atendida pela mesma profissional. Eu descobri que estava grávida e fui ao postinho (...). Saí cheia de expectativa para minha primeira consulta de Pré Natal. Estava feliz. Quando fui chamada para ser atendida, eu pedi que a enfermeira M. passasse outra paciente na minha frente, pois estava aguardando meu esposo que queria participar também. Na minha cabeça achei que não ia interromper em nada a rotina normal dela, pois eu que passaria a vez e teria que ficar esperando. Mas me doeu e me senti desrespeitada com a maneira grosseira que a enfermeira me respondeu. Ela me disse “seu marido vai ter nove meses pra te acompanhar”, e disse que era pra eu entrar logo porque ela não tinha tempo de ficar esperando e que não tinha atendimento especial ali. Tentei argumentar que ela não ia ficar me esperando, poderia atender outra paciente na minha vez, que seria eu quem ficaria esperando. Enfim não teve conversa. Foi uma consulta turbulenta pra mim. Comecei a chorar... mas ela nem ligou.... meu marido chegou no meio da consulta e foi feita a consulta, mas meu dia foi destruído. Fiquei tão triste porque a gente já tá sensível com toda a situação de estar grávida. Eu só queria ser bem acolhida... Agora, nas últimas vezes que fui, não aconteceu mais nada, graças a Deus. Porém não me sinto à vontade para tirar dúvidas na consulta. Tenho medo de que se repita, não só comigo, mais com outras mães também. Entendo que ela talvez estivesse passando por algum problema, mas acredito que a maneira grosseira que respondeu não era necessária. A inclusão do pai, o meu marido, no pré-natal é algo importante para minha saúde e bem-estar durante a gravidez, e está previsto como uma recomendação do ministério da saúde, deveria haver mais sensibilidade para isso por parte da equipe de saúde (Mulher acolhida 4 - registro de ouvidoria anônima pelo Coletivo, ano 2018).

Ao analisar os relatos dessas mulheres, percebe-se que alguns profissionais de saúde têm dificuldade de desenvolver um cuidado que envolve escuta e empatia e, até mesmo, uma certa falta de preparo para lidar com as subjetividades envolvidas no contexto gravídico-puerperal. O relato a seguir demonstra que esse problema pode acontecer em qualquer tipo de serviço de saúde que recebe gestantes, sendo comum também nos outros municípios da região:

Morava no município Itagimirim e tive esse desprazer ao buscar atendimento. Primeiro fui direcionada ao obstetra, o obstetra me avaliou, fez toque. Ele questionou o porquê que eu estava procurando atendimento no hospital se eu não sabia que azia era um sintoma normal na gravidez, com quem que eu estava fazendo meu pré-natal. E eu sinalizei que estava fazendo meu pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF) com enfermeira. Ele

questionou a conduta da enfermeira, como se a enfermeira não soubesse como conduzir um pré-natal. Eu ainda não era formada, estava fazendo faculdade, mas aquilo me incomodou também de forma pessoal, porque eu estava fazendo faculdade para ser enfermeira, para saber tratar, pra saber atender, pra saber acompanhar qualquer caso, inclusive um pré-natal. Aquilo me incomodou bastante, fiquei mais nervosa e saí de lá; a azia tinha melhorado, mas eu estava com dor de estômago. Quando retorno ao hospital já fui negligenciada com relação ao tratamento de não ser conduzida para um atendimento com o obstetra, fui conduzida para um atendimento com clínico geral, como se eu não estivesse sentindo nada demais. Tinha aquelas queixas tipo 'há, em pleno domingo dia dos pais o que que essa mulher está fazendo aqui?', infelizmente. Fui conduzida para um clínico, o clínico demorou 40 min pra me atender e receitar. Ele receitou, fui medicada com medicação intravenosa e ele falou para o meu marido que eu esperasse uns 40 minutos pra fazer efeito. E eu disse que não existe isso, que a medicação intravenosa tem efeito muito rápido. Então a gente teve que partir para outro local, procurar outro hospital, em um município que não tem hospital particular, então tive que me deslocar para outra cidade e aí eu tive minha filha. Cheguei com bastante dor, passando bastante mal, minha pressão já estava lá nas alturas e o médico resolveu interromper minha gestação. Então assim, são situações que a gente passa, que na hora eu acho que só potencializa o que a gente tá sentindo. Eu já estava me sentindo mal clinicamente, e isso só potencializa com o como as pessoas te tratam. Falta empatia, falta humanização, e isso tudo, foi um misto desses sentimentos que eu tive no dia do meu parto (Interlocutora de Porto Seguro).

Na análise documental foram encontrados relatos relacionados, principalmente, ao parto hospitalar e ao pré-natal. Sobre abortamento, o Coletivo de Mulheres registrou o relato de apenas uma mulher, que referiu mau relacionamento por parte da médica que a atendeu durante um abortamento espontâneo no Hospital HRDLEM, conforme transcrito a seguir:

Eu tava com ameaça de aborto. E nessa experiência de ir pela primeira vez no “Hospital HRDLEM” nessa condição eu fui prontamente atendida, quanto a isso não tenho do que queixar. Mas a médica que prestou atendimento, não foi acolhedora, acho que muito em função do que estava acontecendo no momento, né, foi logo no início do *boom* mesmo da doença. E aí então a médica espirrou (risos) na ocasião, na conversa que a gente tava tendo. Aí, ela espirrou, eu falei “saúde” para ela e ela falou “espero que seja mesmo só um resfriado, porque a gente está recebendo pacientes com o vírus neste momento”. Era um momento em que eu deveria estar sendo acolhida né? E eu ouvi da pessoa que eu mais esperava esse acolhimento, uma palavra assustadora. Eu gostaria verdadeiramente, assim, de poder contar com um espaço que recebesse, acolhesse e tivesse preparado para receber essas mães que vão dar à luz nesse momento de pandemia. Precisa mesmo ser um ambiente preparado, equipado, com profissionais capacitados e que resguardassem essas mães e esses bebês do pior, e tão desconhecido vírus. Eu espero de verdade que isso tudo passe logo, para todos nós, e que a tempo a gente possa encontrar soluções, assim, para que ninguém precise passar pelo pior (Mulher acolhida 7, registro do Coletivo, ano 2020).

O problema da comunicação entre profissionais e usuárias na assistência ao parto tem sido enfatizado pelas orientações internacionais como um agravante na saúde materno-infantil

(OMS, 2018). Isso porque, na ausência de uma boa comunicação, situações graves podem ser desencadeadas por negligência ou pouca valorização das demandas da gestante ou parturiente, como pode ser percebido nos relatos acima detalhados.

Por conseguinte, a aplicação da terminologia de Bohren *et al* (2015) na análise dos dados possibilitou registrar um diagnóstico sobre os tipos de violências obstétricas presentes nessa região. Os relatos acolhidos pelo Coletivo no período estudado referem-se a violências que aconteceram majoritariamente no parto hospitalar. Relatos pontuais revelaram situações de maus-tratos durante a gestação, durante acompanhamento pré-natal em Unidade de Saúde da Família, e em situação de atendimento hospitalar por abortamento.

Considerando a insuficiência de parâmetros e métodos pré-definidos para orientar esse tipo de classificação das violências obstétricas durante a coleta de dados desta pesquisa, compreende-se que a aplicação da terminologia escolhida aos resultados deste estudo não permitiu uma mensuração da frequência dos tipos de violência obstétricas na região, entretanto, ainda assim, possibilita que os tipos de violência relatados possam ser utilizados como base de comparação em estudos futuros, além de contribuir para o amadurecimento deste tipo de análise, demonstrando a pertinência de adotá-los desde o planejamento das futuras investigações.

Assim, com base neste estudo, pode-se dizer que as mulheres da região Sul da Bahia, principalmente aquelas que dependem dos serviços públicos de saúde dos municípios de Porto Seguro e Eunápolis, estão expostas a muitos tipos de violências obstétricas cometidas há anos por profissionais de saúde da medicina e da enfermagem nos hospitais, tais como: abuso verbal, discriminação racial, descumprimento de padrões de qualidade, abuso de práticas de aceleração do parto, mau relacionamento profissional e diversas condições e restrições do sistema de saúde que atrapalham o acesso à saúde. Nesta pesquisa só não foram identificados relatos que envolvam os tipos de abuso sexual e físico.

A ausência de relatos de abuso sexual dentre os tipos de violência obstétrica identificados nos relatos não deve, por sua vez, causar a impressão precipitada de que esse tipo de violência não ocorra na região, apenas que não foi identificado neste estudo. A relação entre sexualidade e parto na assistência obstétrica tem se mostrado um debate complexo e cheio de tabus, tal como é na sociedade e essa dificuldade têm resultado, inclusive, em uma

barreira à compreensão e ao dimensionamento do tipo de violência obstétrica considerada como abuso sexual<sup>34</sup>.

Quanto ao abuso físico, embora não tenha sido registrado nenhum relato que envolvesse agressão física diretamente propositada por algum profissional de saúde contra a mulher, fica evidente que existem consequências e danos físicos que são indiretamente causados pelas condutas profissionais e que precisam ser lidas com o conceito de iatrogenia, exposto no capítulo três, sendo resultado direto do tipo de violência obstétrica descrito como “descumprimento de padrões de qualidade assistencial” pela classificação de Bohren *et al* (2015).

Cabe ainda ressaltar dois tipos específicos de violência obstétrica que foram classificados como descumprimento dos padrões assistenciais de qualidade, entretanto, mostraram-se passíveis de serem interpretados por outras categorias. O primeiro refere-se ao desrespeito à lei do acompanhante. Esse tipo de violência mostrou-se resultante tanto de decisões profissionais, quanto institucionais, sendo necessário avaliar cada caso e cada hospital envolvido para compreender. Porém, mediante a pandemia de covid-19 no ano de 2020, esse tipo de violação tornou-se uma condição e restrição do sistema, posto que foi adotada como regra pelos hospitais e, posteriormente, validada pela Secretaria de Estado e pelo Ministério Público.

O segundo tipo refere-se à manobra de kristeller. Essa manobra, quando lida pela classificação de Bowser e Hill (2010) bastante utilizada, será lida como um abuso físico, entretanto, pela terminologia de Bohren *et al* (2015), a manobra pode ser observada como um procedimento vinculado ao padrão medicalizado de assistência que, neste caso, não representa a qualidade esperada e orientada pela humanização, por estar sendo ainda defendida por entidades médicas e, recentemente, pelo Ministério da Saúde, ela torna-se um bom marcador da transição paradigmática. Entretanto, não deixa de ser importante ressaltar que, na prática, trata-se de uma grave violência física que, ainda que não seja feita com a intenção de causar danos e sim por ser padrão, repetiu-se nos relatos do campo, mostrando a veia negacionista do poder obstétrico, que mantém as práticas iatrogênicas a despeito das evidências científicas atuais.

---

<sup>34</sup> Alguns estudos relacionam os toques vaginais excessivos e o resultado das episiotomias nessa categoria de abuso sexual, o que não se confirma neste estudo que utiliza a classificação de Bohren, *et al.* (2015) que compreende os toques excessivos e as episiotomias como “descumprimento de padrões assistenciais de qualidade”.

A seguir, aprofunda-se o tema das consequências das violências obstétricas para a vida das mulheres acometidas, unindo relatos de ativistas, mulheres acolhidas pelo Coletivo e interlocutoras entrevistadas.

#### **4.5 Consequências das violências obstétricas para a vida das mulheres**

Os relatos a seguir selecionados trazem a percepção das mulheres sobre os efeitos e as consequências da violência obstétrica para suas vidas, permitindo a essa pesquisa algumas reflexões a respeito. Por esse caminho, ficou notório que existem consequências físicas, psicológicas, sexuais, reprodutivas e neonatais para as mulheres, evidenciando na violência obstétrica sua característica iatrogênica.

Um tipo de consequência percebido nos relatos diz respeito à cesárea agendada, que consiste em programar o dia da cirurgia mesmo que não tenha entrado em trabalho de parto. No caso da ativista Canela, ela carrega um arrependimento e sente que sua decisão pela cesárea agendada foi uma consequência direta da violência que sofreu no primeiro parto no Hospital HRDLEM e da própria assistência médica durante o pré-natal que lhe impôs limitações:

Sabe, assim, foi uma verdadeira violência e tive um parto trágico ainda, pra variar. Então isso ficou na minha cabeça. Aí eu falei pro meu marido “aí, quero ter outro filho, mas eu não quero nunca mais pisar nesse hospital”, falei assim com ele. Isso aconteceu, eu saí de lá e já logo fiz um plano de saúde particular pra mim, engravidei novamente, fiz uma cesariana agendada. Olha só o que eu poderia ter evitado, né? Aí fiz tudo diferente, pra não passar por aquilo novamente. (...) Hoje eu me arrependo disso, porque tirei meu filho com 38 semanas, porque a médica disse “não, é carnaval e se você entra em trabalho de parto pra semana, no carnaval eu não vou estar aqui, vou estar na Europa”, e eu disse “pronto, então vamos tirar amanhã”. Eu podia ter esperado mais um pouquinho né? (...) Mas, por falta de conhecimento... Aconteceu! Então, assim, cesariana, só em último caso, por indicação médica. Cesariana você não escolhe, não vai lá e agenda como eu fiz (Ativista Canela).

Na fala de uma das interlocutoras, a respeito da cesárea agendada, percebe-se como a primeira cesárea pode induzir à segunda. Em seu relato, ela conta que não sabia sobre violência obstétrica à época, e somente hoje percebe como foi desencorajada ao parto vaginal durante a gestação:

Todo mundo desencoraja aqui, não só os médicos, mas também a família inteira. Fala: ‘não, você é complicada!’, ‘você não vai dar conta’, ‘nem pensar em ter parto normal’ (...) eu já tava bem desencorajada para ter normal, pensei “eu já tenho o primeiro cesárea, tá melhor o segundo ser cesárea também”, então, o dela foi um parto programado, fui fazer cabelo, fui “toda”...(risos). Foi diferente do de E., né? E ela nasceu com desconforto

respiratório, aí eu fiquei me sentindo culpada de ter tido. “Será que eu tive antes da hora? Será que não era a hora dela?”, mas ela saiu sozinha do desconforto e foi tudo bem, também (Interlocutora Estadual).

No relato acima, percebemos a sinalização de possível consequência para a saúde do bebê, o que traz à tona também o conceito de violência neonatal e os estudos que tratam da morbimortalidade neonatal por causas relacionadas à assistência durante o pré-natal e no momento do parto (LEITE *et al*, 2019; AMARAL; RIBEIRO, 2021).

Segundo Amaral e Ribeiro (2021), a violência neonatal constitui-se mediante condutas abusivas e inadequadas que podem causar ao recém-nascido “dor, frio, medo, solidão e estranheza, em comparação ao ambiente do qual ele acaba de sair; além de suas consequências para o binômio mãe-bebê” (AMARAL; RIBEIRO, 2021, p. 7). As autoras concluem que o tema tem sido pouco explorado pelas pesquisas e que as mesmas deveriam aprofundar esse debate, uma vez que a violência neonatal interfere no contato precoce do recém-nascido com a mãe e sua família e, conseqüentemente, contribui para fragilizar a humanização da assistência.

O Coletivo, por sua vez, tem trabalhado o tema do modelo de atendimento ao neonato como parte do processo obstétrico, tendo incluído em suas atividades orientações sobre procedimentos neonatais não recomendáveis ou questionáveis. Sobre as consequências da violência obstétrica para as crianças, a percepção da ativista Aroeira aponta possíveis benefícios para quem nasce com a presença de uma doula:

se a gente fosse fazer uma pesquisa de todos os bebês que nasceram com doula dentro do hospital (...) Se a gente pegasse esses bebês e fosse olhar eles, pesquisar, e olhar aqueles que nasceram no cenário de violência, de medo, de dor, a gente já vê o desenvolvimento dessa criança, a saúde desta criança. Se a gente olhar essas crianças felizes, crianças com um mês já sorrindo, e olhar uma criança que nasceu no cenário de violência, essa criança que nasce em cenário de violência (...) chora mais, ela tem mais cólica, ela tem mais medo. A criança que nasce em um cenário feliz, ela é uma criança muito mais sorridente, mama muito mais e dorme muito mais. Eu tenho feito essa comparação esses dias e consegui perceber isso. (...) se as autoridades pudessem compreender isso, seria sensacional. Mas como eu tô começando agora, eu viajo e fico sonhando. Por isso que eu falo, mas eu tenho percebido isso, as que nasceram com e sem doula é muito diferente (Ativista Aroeira).

Neste estudo, a partir da análise dos dados, e da compreensão de que as práticas violentas com o recém-nascido decorrem, principalmente, da separação entre mãe e bebê após o parto, contrariando as evidências científicas que apontam esse momento como essencial à saúde da mulher e do bebê, compreende-se a violência neonatal como um desdobramento do modelo obstétrico, não sendo possível separá-la do debate da violência obstétrica. Assim,



compreende-se também que a nomeação da violência neonatal como um tipo de consequência da violência obstétrica, neste contexto, poderá contribuir para a ampliação do conhecimento a respeito do tema.

Além de consequências reprodutivas e neonatais, são percebidas as consequências psicológicas. Quando as mulheres relatam as situações de violências vivenciadas por elas durante o parto ou a gestação, sobressaem a noção de trauma e de danos psicológicos:

Eu identifico a violência obstétrica como um dano para vida, um dano grave na vida das pessoas e eu tenho vivenciado isso. Como você sabe eu sofri violência, três violências gravíssimas, que afetou a minha vida seriamente, né, tenho problemas psicológicos até hoje por causa da violência obstétrica. Na atualidade, eu tenho visto isso muito presente na vida das mulheres e que, de uma certa forma, elas acabam me pedindo socorro. (...) Infelizmente, a violência obstétrica mata a gente um pouco por dentro, sabe? Quando a gente sofre uma violência a gente morre um pouco. É muito triste, é muito doloroso, é muito danoso para uma mulher a violência obstétrica (Ativista Aroeira).

Foi algo que eu realmente não consigo esquecer, infelizmente. Eu acho que todas as situações de violência, elas ficam marcadas em nossa vida, sempre! Eu acredito que superei, mas isso marca. Fica lá aquele risquinho que não apaga não, eu passei por isso. Então esse é o meu relato do que aconteceu comigo com relação a violência obstétrica, a violência no meu parto, no meu pré-natal, no meu período gestacional. É algo que realmente a gente não consegue esquecer, infelizmente (Interlocutora de Porto Seguro, sobre atendimento no município Itagimirim).

Muitas das vezes, como recurso pra se proteger emocionalmente, a mente faz com que a pessoa bloqueie algumas coisas. Algumas mulheres nem lembram alguns detalhes do parto, o que faz parte também da fisiologia do trabalho de parto, essa questão da mente. Nessa questão da mente entra o mais perigoso: aquilo fica impregnado no subconsciente e acaba virando uma questão a ser trabalhada mais pra frente. Às vezes, ali na hora ela bloqueia, mas tá tudo dentro guardado. Às vezes ela não vai falar, mas vai sentir e sofrer as consequências (Ativista Pimenta Rosa).

Como percebe-se nas falas, é muito difícil para a mulher conviver com a memória da violência que sofreu. Nomear a violência obstétrica significa, portanto, mexer em um trauma. No campo, foi possível perceber que a dor do trauma impede que muitas mulheres denunciem ou mesmo peçam ajuda, fazendo com que o problema siga invisibilizado para os profissionais de saúde que, em sua grande maioria, não identificam essas mulheres.

O problema da invisibilidade da mulher que sofre a violência obstétrica, entretanto, não decorre apenas do silêncio da vítima, mas também da barreira de acesso que ela encontra para ser ouvida e cuidada pelo sistema. Essa situação ocorre mesmo em casos que envolvem consequências físicas para o corpo da mulher, ou seja, danos diretamente causados por procedimentos. No relato de uma mulher acolhida pelo Coletivo no ano de 2018, após seu

parto no Hospital HRDLEM, entende-se que foi submetida a procedimentos de aceleração de trabalho de parto sem seu consentimento esclarecido:

Hoje, três meses após o parto, além do dano emocional de não ter sido respeitada no meu direito de ter um parto natural digno e humanizado para o qual tanto me preparei e me informei, eu tenho que lidar com danos físicos. Não consigo retomar minha atividade sexual vaginal porque a região da sutura segue me causando muita dor e sofrimento. Minha sensação é de que prejudicou a anatomia perineal e que preciso de uma avaliação clínica (Mulher acolhida 2 - registro de ouvidoria pelo Coletivo, ano 2018 – Fonte: arquivo do Coletivo).

O relato acima aponta consequências de, no mínimo, dois tipos de violência obstétrica: descumprimento de padrões de qualidade assistencial e mau relacionamento por parte dos profissionais de saúde, conforme terminologia de Borhen *et al* (2015). Sem o acolhimento do Coletivo ela não teria encaminhado a denúncia para a ouvidoria. Entretanto, apesar da mulher solicitar, na própria denúncia, uma avaliação clínica para avaliar os danos físicos causados pelas intervenções a que foi submetida, as coordenadoras do hospital apenas orientaram que a mulher poderia procurar novamente o plantão para ser avaliada.

O desfecho deste e de outros casos parecidos ressaltaram na análise de dados deste estudo a completa ausência de ofertas de acolhimento às puérperas por parte dos serviços de saúde, mesmo em uma situação que envolva danos físicos causados pelos próprios profissionais, ou seja, supostamente mais difíceis de serem invisibilizados como os demais prejuízos.

Nesse ponto da análise, percebe-se que além da dificuldade emocional que a mulher precisa enfrentar para declarar-se vítima de violência obstétrica, existem as dificuldades externas, ou seja, próprias das condições e restrições do sistema de saúde. Condições que podem ser resumidas pela ausência de boas práticas de saúde e acolhimento pós-parto e pós-aborto. Ou seja, nesse contexto, se os gestores dos serviços e os profissionais de saúde não assumem que tratam mulheres, recém-nascidos e acompanhantes de maneira violenta durante a assistência à gestação, parto e aborto; o sistema não se prepara para acolher a mulher e seu trauma. Como aponta a ativista:

imagina uma mulher que vai lá no puerpério, às vezes, com bebezinho no colo mamando, ou com a mama rachada, pra fazer uma denúncia e sofrer um descaso ou alguém falar ‘ah minha filha, é assim mesmo’. Isso desestimula, porque a ideia é que a denúncia chegue, não que a pessoa passe por um constrangimento maior. O fato de ter que reviver aquela história é muito dolorido (Ativista Pimenta Rosa).

Nesse sentido, a criação do coletivo de mulheres, representada a partir da busca de diálogo com os serviços de saúde por parte de corajosas vítimas, comprova a lacuna no

sistema, mostrando serviços e profissionais de saúde despreparados para acolher a mulher vítima de violência obstétrica e criar formas de reparação e cuidado continuado. Esse tem sido o intuito do Coletivo desde seus preâmbulos.

Ao “dar voz” às mulheres, desde a Carta ao Hospital escrita pela “Amiga Psicóloga”, o Coletivo demonstra a intenção de relatar as violências para colaborar com a melhoria da assistência, como apontado na ouvidoria que foi enviada ao Hospital HRDLEM em 2018:

meu intuito com esse relato é muito mais que um apelo para conseguir uma avaliação para um possível reparo, é também uma tentativa de fazer o corpo clínico consciente da situação, a fim de evitar que outras mulheres passem pelo mesmo que eu em um momento tão especial de suas vidas, para que a única marca que elas carreguem após seus partos seja da alegria e satisfação de terem sido respeitadas e que levam consigo o maior presente de suas vidas em seus braços (Mulher acolhida 2 - registro de ouvidoria anônima pelo Coletivo, ano 2018 – Fonte: arquivo do Coletivo).

Portanto, a violência obstétrica na vida das mulheres gera uma série de consequências, inclusive a própria mobilização social, tornando-se uma experiência de dor, engajamento e acolhimento para romper com o silêncio e a impunidade. As mobilizações sociais que levaram as mulheres a criarem o Coletivo foram, em si, as movimentações que continuaram compondo o próprio fazer do Coletivo. Ao que resultou em um modo de funcionamento e um repertório de ações fundamentado no ato de “acolher” e “dar voz” às mulheres com relatos de violência obstétrica, buscando envolver gestantes, puérperas, acompanhantes, profissionais de saúde e gestores em um movimento de mudança.

Nesse fazer, o Coletivo possibilita que as consequências da violência obstétrica para a vida das mulheres ganhem alguma atenção. De outra forma, o próprio Coletivo mostrou-se capaz de motivar e facilitar que profissionais de saúde interessadas sensibilizadas pudessem desenvolver ações de acolhimento e educação em seus respectivos postos de trabalho na atenção primária a saúde, na formação de profissionais e até mesmo em hospitais. A seguir, o capítulo cinco apresenta como o Coletivo de Mulheres se organizou ao longo dos anos, desde a criação, e que papel desempenhou na região.

## 5 AS AÇÕES DO COLETIVO DE MULHERES

As ações do Coletivo de Mulheres são analisadas neste capítulo na perspectiva das estratégias de enfrentamento à violência obstétrica que buscam, de maneira geral, contrapor o modelo medicalizado e impulsionar o paradigma da humanização na obstetrícia. Neste contexto de disputa entre paradigmas encontra-se a equipe multiprofissional de assistência obstétrica e, quando a experiência de cuidado ofertado não proporciona os aspectos da humanização e produz danos às mulheres, os movimentos sociais têm denunciado a violência obstétrica (LEITE *et al*, 2022).

De acordo com Diniz e colaboradoras (2015), desde a década de 1980 a violência obstétrica tem sido negligenciada no Brasil, mesmo quando era uma pauta em comum dos movimentos feministas e das políticas de saúde, a exemplo do próprio Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Para as autoras, dentre as causas desta negligência destacam-se: a resistência dos profissionais em reconhecer o problema, em especial dos médicos, e a forma como os serviços são organizados para atender as mulheres no parto e no abortamento.

Para superar a violência obstétrica, Diniz e colaboradoras (2015) indicam três caminhos para intervenção: um que visa alcançar os profissionais durante sua formação; outro que busca levar informação às mulheres e suas famílias durante a gestação; e, por fim, um terceiro caminho que trabalha para comprometer as instituições e as políticas públicas com a solução do problema, todos detalhados a seguir.

Conforme as autoras, o caminho para intervir no campo da formação dos profissionais de saúde, seja durante graduação, pós-graduação ou na forma de educação permanente ou continuada para os trabalhadores, implica a adoção de três tipos de ações: 1) inclusão do tema direitos sexuais e reprodutivos nas disciplinas; 2) formação de especialistas em parto fisiológico, como obstetras e enfermeiras obstetras; e 3) revisão do ensino obstétrico na formação de todas as profissões de saúde, incluindo aprendizagem sobre assistência fisiológica no currículo e modificando a ambiência da aprendizagem com a inclusão dos “Centros de Parto Normal-escola” (DINIZ *et al*, 2015, p. 5).

O segundo caminho de enfrentamento à violência obstétrica sugerido pelas autoras volta-se ao fortalecimento das mulheres e suas famílias no contexto da assistência à saúde. Para isso, indicam dois tipos de ação: 1) informar as gestantes no pré-natal utilizando também o plano de parto como recurso educativo; e 2) garantir o cumprimento da lei do acompanhante, preparando a mulher para essa necessidade desde o pré-natal.

Por fim, o terceiro caminho de intervenção inclui cinco tipos de ações que poderiam contribuir para a visibilização e responsabilização junto às instituições: 1) tornar visível o problema para as instituições que devem responsabilizar-se pela mudança junto aos movimentos de mulheres, como o Ministério Público; 2) fomentar pesquisas e desenvolver indicadores que permitam mensurar e monitorar a problemática; 3) divulgar os canais de ouvidoria e, em especial, a Central de Atendimento à Mulher – Disque 180 para denúncias de violência obstétrica; 4) priorizar a humanização na assistência ao abortamento e o acesso ao aborto seguro; e 5) implementar o Fórum Perinatal com regulação e controle social.

Tais caminhos, propostos pelas autoras, possibilitaram uma reflexão sobre o papel do Coletivo de Mulheres no cenário de transição paradigmática local. Para expressar esta análise, o capítulo apresenta a noção de membro e a forma de trabalho e comunicação pela qual o movimento construiu sua identidade e missão; as principais ações desenvolvidas e os obstáculos encontrados no enfrentamento à violência obstétrica; as conquistas percebidas na realidade local; e, o tema do acolhimento como ponto de partida da ação social e maior contribuição do Coletivo de Mulheres, exposto como um achado da pesquisa.

### **5.1 A organização do Coletivo de Mulheres**

O Coletivo considera como membro as mulheres que participam do grupo de conversas online. As mulheres que não compõem o grupo online, mas participam de atividades promovidas pelo Coletivo, são vistas como apoiadoras. Para fazer parte do Coletivo, o critério era ser indicada por alguma integrante e ser livre de objeção. Os poucos pedidos de ingresso que foram rejeitados pelas cofundadoras ocorreram quando as solicitantes eram vinculadas a alguma instituição interlocutora do Coletivo, sendo funcionária do Hospital ou da Prefeitura, por exemplo.

Em geral, a entrada de uma nova integrante acontecia após alguma atividade presencial com o Coletivo. Na análise dos dados, percebe-se três momentos que favoreceram a adesão da maioria das ativistas que ingressou como membro do Coletivo:

a) o momento de adesão de mulheres mães, durante os dois primeiros anos de criação do Coletivo, a partir das reuniões realizadas após a Conferência Livre de Saúde da Mulher, em atividades com gestantes e, principalmente, com o apoio da Roda de Mães;

b) o momento de adesão das doulas, durante os cursos realizados pelo empreendimento autônomo da Parteira que, antes da pandemia de covid-19, já havia formado

cinco turmas com a devida atenção ao tema da violência obstétrica, possibilitando o engajamento de muitas no Coletivo;

c) o momento de adesão das estudantes, durante diferentes atividades realizadas pelo Coletivo, em parceria com instituições de ensino, saúde e assistência social mas, principalmente, com a Universidade Federal do Sul da Bahia, junto aos programas de graduação e pós-graduação, em seus eventos acadêmicos e projetos de extensão, atraíram estudantes de graduação e pós-graduação para o Coletivo, bem como professoras.

Por conseguinte, além do papel das enfermeiras já ressaltado na história de criação do Coletivo narrada no capítulo quatro, o histórico de adesão de mulheres ao movimento possibilitou um perfil misto dessas identidades principais: enfermeiras, mães, doulas e estudantes. Cabe destacar, entretanto, que foi a partir dos cursos de formação de doulas e da relação com a UFSB que o perfil do Coletivo se tornou mais diversos em aspectos étnico-raciais e socioeconômicos, pois foram movimentos que possibilitaram a aproximação de mais mulheres pretas, pardas e indígenas, além de jovens estudantes sem filhos e de mulheres periféricas. Com essa diversidade de mulheres, o Coletivo procurou se colocar nos espaços de participação social que iam surgindo por meio dos diálogos na esfera pública.

Entretanto, a experiência mostrou que, para engajar mulheres negras, indígenas e periféricas na pauta da violência obstétrica como representantes do Coletivo, seria necessário lançar mão de estratégias que pudessem facilitar, minimamente, as condições básicas de acesso a essa participação. Sobre isso, pode ser citada a organização do transporte por meio de caronas solidárias, por exemplo. Isso porque, para a maioria das mulheres do Coletivo, deslocar-se entre os municípios da região sem carro, representava uma barreira concreta à participação social<sup>35</sup>.

Essa ação favoreceu, portanto, que outras mulheres pudessem participar de reuniões e eventos distantes, permitindo ao Coletivo um grupo de representantes mais diversos. Mas, além da barreira de acesso por meio de deslocamento, havia também uma barreira relacionada ao horário em que essas atividades políticas ocorriam, sendo incompatível, ou mais difícil compatibilizar com a rotina, para a maioria das ativistas mães e trabalhadoras.

Isso porque, para uma ativista participar dessas reuniões significava, em muitas das vezes, dedicar um dia inteiro de trabalho. Assim, para a maioria das ativistas autônomas, ir

---

<sup>35</sup> Para entender esses deslocamentos, a agenda do Coletivo, a partir do ano de 2018, passou a envolver reuniões mensais nos municípios de Porto Seguro e Eunápolis e, como o Fórum Regional I adotou uma estratégia itinerante para realizar o encontro mensal a cada vez em um dos oito municípios da região, a cada mês poderia também ocorrer atividade em outro município mais distante. Envolvendo as vezes um total de quatro horas de deslocamento de carro.

para alguma reunião de participação social para representar o Coletivo junto às instituições públicas significava deixar de trabalhar e receber naquele dia, dentre outras consequências que remetem à sobrecarga de funções sociais destinadas às mulheres, como no caso das que são mães e não podem sair de casa sem seus filhos.

Com relação às bolsas criadas pela Parteira em seus cursos de formação de doulas, que é um curso pago organizado pelo seu empreendimento autônomo, foram em sua maioria, voltadas a incluir mulheres negras e indígenas, sendo que, boa parte delas, foram selecionadas após as atividades realizadas pela Parteira e pelo Coletivo de Mulheres junto à comunidade acadêmica da UFSB.

A UFSB, por sua vez, possibilitou que estudantes negras e indígenas fizessem parte desse universo porque tem em sua organização o princípio da inclusão social. Sobre a criação de bolsas em seus cursos, a Parteira conta:

A ideia de criar bolsas sempre foi para a gente conseguir acessar lugares, se infiltrar em vários núcleos, várias camadas da sociedade, em vários lugares onde as portas estariam fechadas para a gente. E aí você tem alguém de lá que pode falar. Por exemplo, quando é uma bolsa para uma mulher indígena, essa mulher vai ter informações e ela vai poder conversar com a mulher que tá ali pertinho dela, e qualquer coisa que aconteça com alguém na comunidade dela, também vai saber que a gente é um grupo, que pode ser um ponto de apoio para ela, independentemente de ser indígena, de morar na periferia, saber que a gente tá ali para contribuir com aquilo. É muito mais fácil você tendo uma indígena que é doula, do que por exemplo, eu ser doula ou você e atuar lá, a receptividade é outra, as vezes nem vão deixar você entrar. Para mulheres negras, a mesma coisa, se você é uma mulher negra, você passa as situações de discriminação, e todas as questões de vida que uma mulher negra, e se for negra e pobre mais ainda, né. Você conhece por dentro, não é só ter empatia, você tentar se colocar no lugar, é você já ter passado. Então é uma pessoa que conversa muito mais próximo daquela pessoa, e a doula, ela precisa ser essa pessoa que tem essa proximidade. (...) Tendo doulas, gente informada, a gente amplia essa rede de mulheres que estão disseminando uma informação de valor (Parteira).

Outra forma de tornar-se membro foi a solicitação por meio das redes sociais, o que aconteceu algumas vezes no período estudado, principalmente, quando o Coletivo intensificava sua atuação na internet. Funcionou assim: a partir das mídias que o Coletivo publicava em suas redes, a mulher entrava em contato com o perfil, enviando mensagens privadas onde mostrava-se interessada em participar e, em todos os casos registrados e analisados, elas identificaram-se como vítimas de violência obstétrica.

As ferramentas de internet e o mundo virtual foram elementos-chave para a organização social das mulheres no território, desde os acontecimentos que o originaram. Pela internet e rede sociais elas conversam, planejam, decidem, divulgam e analisam suas ações

sendo que, algumas dessas ações, são completamente executadas em ambiente virtual. O que não diminui a importância dos encontros presenciais que, de maneira frequente ao longo dos anos, proporcionaram vínculo e identidade ao Coletivo.

A comunicação entre as mulheres do Coletivo dava-se, principalmente, por meio do aplicativo de conversas *WhatsApp*. Também quando se encontravam nas atividades, eventos e reuniões presenciais que elas mesmas organizavam ou para as quais eram convidadas. Além disso, durante esses anos de atuação, aconteceram algumas reuniões presenciais e virtuais voltadas à auto-organização do próprio Coletivo, convocadas com o intuito de consensuar sobre as escolhas do mesmo.

A adesão para qualquer atividade do Coletivo ou mesmo engajamento em alguma discussão ou tema sempre foi livre e voluntária onde, como diz a Ativista Pimenta Rosa “cada uma vai se encontrando no que ela tem de melhor para fazer”. Esta noção se fez realmente presente no cotidiano de interação do Coletivo, sendo visível que cada mulher entrava na agenda conforme seus talentos e interesses próprios que pudessem contribuir.

Segundo a análise documental, a ação do Coletivo gera interlocução com diferentes atrizes e atores sociais, principalmente com gestantes, seus acompanhantes e familiares; profissionais de saúde e gestores do SUS:

As atividades do Coletivo alcançam profissionais de saúde, mulheres grávidas e puérperas, bem como seus acompanhantes e familiares. O Coletivo reúne doulas, enfermeiras e profissionais de saúde interessados na temática e dialoga com profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde municipal, regional e estadual, através da via do controle social no SUS. (Projeto de Extensão com a Universidade, 2019).

Nos documentos do Coletivo são encontrados diferentes fragmentos de texto que definem o próprio Coletivo. É possível perceber que essa definição foi sendo alterada ao longo do tempo, mas sem perder a noção de que o Coletivo seja, ao mesmo tempo, um movimento social e uma rede de mulheres advindas de diferentes realidades sociais, que se dedica voluntariamente ao enfrentamento da violência obstétrica. O que muda com o passar do tempo é sua abrangência de atuação, seus objetivos e suas práticas.

Na Carta Pública escrita e divulgada pelo Coletivo em abril de 2018 para a direção e os profissionais de saúde do Hospital HRDLEM, um dos primeiros documentos veiculados pelo movimento, consta a seguinte definição: “é um movimento social de mulheres que representa diferentes grupos e se constituiu (...) para enfrentar o desafio da violência obstétrica” (Carta Pública do Coletivo ao Hospital, 2018).



No mesmo ano, no documento em que apresentou o Projeto “Doulas no SUS” ao Grupo de Trabalho municipal da Rede Cegonha de Porto Seguro, o Coletivo circunscreve sua atuação no Sistema Único de Saúde de Porto Seguro e ressalta o perfil diversificado de suas participantes:

um movimento social que reúne mulheres de diferentes grupos, associações e iniciativas desenvolvidas (...). A pauta comum entre essas mulheres - mães, gestantes, pedagogas, psicólogas, enfermeiras, doulas, empregadas domésticas, estudantes, pesquisadoras - é a erradicação da violência obstétrica e a garantia de um atendimento humanizado e adequado durante a gravidez, parto e puerpério para todas as mulheres que utilizem o Sistema de Saúde Público (SUS) (Projeto “Doulas no SUS”, 2018).

Foi a partir do ano de 2018 que os documentos do Coletivo passaram a trazer a noção de abrangência regional, ao invés de colocarem-se como um movimento restrito ao município Porto Seguro. Essa mudança ocorreu a partir de três fatores: a abrangência regional do Hospital HRDLEM, principal serviço de saúde envolvido nos relatos de violência obstétrica acolhidos pelo Coletivo; a abrangência regional dos Fóruns da Rede Cegonha, criados a partir do ano de 2018, após a mobilização do Coletivo para colocar-se como representante do Controle Social; e a abrangência regional da UFSB, que trouxe para o Coletivo integrantes que residiam, estudavam e trabalhavam em outros municípios da região e que propuseram-se a fazer atividades nestes locais como multiplicadoras do Coletivo e suas ações.

Sobre os objetivos do Coletivo, esses também foram sendo formulados e alterados mediante a própria ação do Coletivo. Começou com o acolhimento de mulheres com relatos de violência obstétrica e a busca pela visibilidade do problema por parte dos serviços de saúde. À medida em que as ativistas perceberam a dificuldade de as mulheres reconhecerem e denunciarem os casos de violência obstétrica, as ações do Coletivo passaram a focar em promover conhecimento sobre os direitos reprodutivos.

Com o desenrolar da “arquitetura participativa” (DAGNINO, 2002) da Rede Cegonha, o Coletivo compreende que pode incluir o objetivo de “garantir a representação das mulheres do território nas instâncias de participação e gestão compartilhada da política pública e seus serviços de saúde” (Projeto de Extensão com a UFSB, 2019). Em registro de uma reunião presencial do Coletivo realizada em março de 2020, um novo objetivo é registrado: “Facilitar o acesso das mulheres aos cuidados e serviços humanizados e seguros (ex: doulas voluntárias, grupos de gestantes adolescentes)”. Esse novo objetivo relaciona-se à inserção de novas doulas e enfermeiras obstetras ao grupo.

Partindo desses objetivos, o Coletivo desenvolveu uma série de ações ao longo do período estudado, gerando diferentes frentes de atuação e projetos. Quando perguntadas no

questionário online sobre qual seria a frente de ação do Coletivo mais importante e estratégica para enfrentar a violência obstétrica, as respostas das ativistas distribuíram-se da seguinte maneira nas cinco frentes sistematizadas<sup>36</sup> e apresentadas: “Acolhimento das mulheres que sofrem violência obstétrica” (26%); “Projetos para informar a população sobre direitos reprodutivos” (26%); “Participação nas políticas públicas” (21%); “Ampliação do acesso às doulas e parteiras” (21%). A frente de atuação menos citada foi a de “Atividades para sensibilizar profissionais<sup>37</sup>”, citada por apenas uma mulher. Esses percentuais corroboram com a fala da Ativista Gengibre “eu acho que todas essas ações do Coletivo são muito importantes e a produção de material também, para poder mostrar para a comunidade nas redes sociais”.

A seguir, apresentam-se as principais ações e projetos desenvolvidos pelo Coletivo de Mulheres durante o período estudado.

## 5.2 As ações do Coletivo de Mulheres entre os anos 2017 e 2020

À medida em que o caminho de participação social na esfera pública foi se desenhando, como resultante da pressão social imposta pelas denúncias apresentadas e pela constatação inicial de que a região ainda não havia implementado a política Rede Cegonha, o Coletivo de Mulheres passou a traçar estratégias de enfrentamento ao problema no território. As principais ações serão apresentadas a seguir, procurando localizá-las nos anos que contemplam o período pesquisado e dando destaques aos principais obstáculos e dificuldades encontradas nos caminhos de enfrentamento à violência obstétrica adotados pelo Coletivo de Mulheres.

### 5.2.1 Principais ações desenvolvidas no ano de 2017

Na análise das ações realizadas no ano de 2017, foi possível perceber o foco em dar forma e visibilidade ao Coletivo, que procurava destacar-se como representante do controle social das mulheres na política de saúde a partir da Conferência Livre. O grupo de conversas no *WhatsApp* foi criado no mês de setembro, pela Professora cofundadora do Coletivo, e a

---

<sup>36</sup> A sistematização das ações do Coletivo em frentes de ação foi construída no campo, com o apoio da pesquisadora, em reuniões de organização do Coletivo. Foi construída junto com as ativistas para o próprio Coletivo e, posteriormente, serviu a própria pesquisa.

<sup>37</sup> Significa sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde por meio de atividades de educação permanente e atualização de conhecimento. São alguns exemplos de ações que o Coletivo realizou voluntariamente em parceria com as secretarias municipais: oficina com agentes comunitários de saúde, oficina com psicólogas e assistentes sociais, oficina com enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde.

primeira adesão foi das mulheres que participavam das Rodas de mães, juntamente com as enfermeiras que se colocaram como representantes da Conferência Livre.

Neste ano, em decorrência dos compromissos firmados nas audiências realizadas logo após a Conferência Livre com a gestão municipal, estadual e hospitalar, foram tomadas decisões no âmbito da Comissão Intergestores Regional – CIR e esse processo, protagonizado pela Secretária de Saúde do Município de Porto Seguro, desencadeou a retomada da negociação a respeito do desenho regional da Rede Cegonha.

Nesse contexto de organização da gestão regional e compromissos firmados com o Coletivo de Mulheres, foram criados os primeiros Grupos de Trabalho da Rede Cegonha, um no Município Porto Seguro e um de caráter regional, coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB por meio de sua instância descentralizada de gestão. A partir do mês de junho, o GT do município de Porto Seguro passou a reunir coordenadoras municipais e coordenadoras do Hospital HRDLEM com representantes da UFSB e do Coletivo de Mulheres, em reuniões mensais que aconteciam na sede do próprio Hospital HRDLEM. Quanto ao GT Regional, a entrada das representantes do Coletivo e da UFSB teve seu início no final do ano de 2017, tendo sido mais bem efetivada nos primeiros meses de 2018.

Outra ação importante, ainda no ano de 2017, foi a participação das mulheres na Conferência Municipal de Saúde de Porto Seguro, que aconteceu no mês de agosto. Mais uma vez, retomando o movimento prévio que havia sido feito pela Parteira junto a outras mulheres na Conferência Municipal de Saúde realizada anteriormente no ano de 2015, o tema do Centro de Parto Normal tomou centralidade nas reivindicações das mulheres. Na Conferência Municipal de 2017, as mulheres foram em grupo, muitas acompanhadas de seus bebês e participaram ativamente dos debates e das proposições, chamando à atenção dos gestores e demais presentes. Desse movimento resultou a aprovação da construção de um Centro de Parto Normal em Porto Seguro, o que foi comemorado como uma conquista pelas ativistas do Coletivo.

Nesse ano também foram realizadas algumas ações no intuito de dar visibilidade aos relatos de violência obstétrica por meio das ouvidorias do SUS. Nessa época, as ativistas e mulheres que acompanhavam o Coletivo se perguntavam se haveria “prazo de validade” para denunciar os casos de violência obstétrica. Isso porque os casos que o Coletivo estava acolhendo até aquele momento referiam-se a partos que haviam ocorridos anos antes da criação do movimento. As ativistas entenderam, entretanto, que qualquer mulher que sentisse a necessidade de relatar seu caso em forma de denúncia o deveria fazer independente do ano de acontecimento, pois compreendiam que esta ação de denunciar poderia ser benéfica para a

mulher que foi vítima e para o sistema de saúde que precisava tomar contato com essas denúncias.

E assim, eu acho que fazer a denúncia é um compromisso cidadão, de quem passa por uma situação pública, como em hospital ou em um espaço público. Porque é uma coisa que aconteceu com você uma vez, mas vai continuar acontecendo com outra pessoa ou mais pra frente com você. Então assim, quando a gente tem a consciência de que a gente se manifestar e falar a respeito vai ajudar outras pessoas, isso é parte de ser empática e da sororidade, de você estar um grupo de mulheres (às vezes tem homens também, família). Como guardiães desse nascimento. Eu vejo que você poder contar com uma rede é muito importante. E as redes são de vários níveis, tem a rede familiar, a rede de profissionais. Essas coisas só vão mudar quando a mulher tomar consciência de que é ela quem tem que falar. Só o Coletivo falar a gente ainda tem alguns avanços, mas quem tem força mesmo é a mulher. E às vezes a mulher fala, ‘mas eu sozinha?’, não é a mulher sozinha, é ela que é a situação da vizinha, que é a situação da cunhada, que é a mesma situação de todo mundo. Então, ela não tá sozinha (Ativista Pimenta Rosa).

Nesse sentido, foi feito um esforço coletivo para divulgar os canais de ouvidoria e incentivar que as mulheres denunciasses. O ano terminou com o Coletivo posicionado para representar as mulheres na política de saúde Rede Cegonha em Porto Seguro, com o desafio de ampliar sua atuação para a região e conseguir acolher e dar voz às mulheres que estavam sofrendo violências obstétricas. Foi um ano importante também para a atuação em rede na comunidade, tendo fortalecido as relações do Coletivo com as associações, lideranças e grupos da sociedade civil, principalmente de mulheres, que atuam no mesmo território.

### 5.2.2 Principais ações desenvolvidas no ano de 2018

O ano de 2018 foi bastante intenso em atividades para as mulheres do Coletivo. Com objetivos, identidade e rede relativamente estabelecidas, o grupo organizava-se para conseguir sustentar o lugar de participação conquistado junto à política Rede Cegonha, no já citado GT Municipal. O GT Regional, por sua vez, criado no segundo semestre de 2017, acontecia na sede regional da SESAB localizada no Município de Eunápolis e reunia com as coordenadoras e técnicas estaduais e regionais, diversos coordenadores dos municípios regionalizados em torno de Porto Seguro. Este GT Regional começou a produzir um diagnóstico da saúde materno-infantil para fundamentar a elaboração do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, documento que, posteriormente, foi validado pelas Comissões Intergestores do SUS e passou a orientar as ações e a alocação de recursos no processo de implementação da política.

Após alguns meses de trabalho, as representantes do Coletivo de Mulheres que vinham atuando junto ao Município de Porto Seguro e Hospital HRDLEM foram convidadas a compor o GT Regional que ainda continuava na fase de diagnóstico e planejamento de ações, e essa entrada deu-se, mais efetivamente, a partir de janeiro e fevereiro do ano de 2018, junto com a representação indicada pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Importante destacar que tanto o GT Regional, quanto o Municipal contaram com o apoio técnico de coordenadores e apoiadores institucionais vinculados ao Conselho Municipal de Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS-BA, além de coordenadores e apoiadores vinculados à SESAB<sup>38</sup>. Destaca-se também que, embora todos os municípios tenham sido orientados a criarem seus GT's da Rede Cegonha, somente o Município Porto Seguro o tinha em funcionamento regular.

A fala de uma das interlocutoras traz elementos para compreender como essa abertura criada para o Coletivo de Mulheres no GT Regional se deu em meio a certa “resistência” por parte de coordenadores municipais, tendo sido fundamental a defesa que esta coordenadora fez sobre o papel do controle social em todas as etapas do ciclo da política pública retomada no território, como interpreta-se no trecho a seguir:

eu achei que era de fundamental importância o Coletivo já fazer desse primeiro momento. Eu, ainda comentei que tinha um Coletivo de mulheres (...) e eles comentaram “não, depois que tiver projeto pronto a gente pode convidá-las”. Mas eu achei que vocês tinham que participar desde o início do processo, não teria muita lógica a construção, né. A gente convidou o Coletivo para participar desde a construção do projeto da Rede Cegonha aqui da região (Interlocutora Estadual).

Mediante o convite, as representantes do Coletivo que já participavam do GT Municipal compreenderam que a participação em todas as etapas do ciclo de implementação da política pública seria necessária, incluindo essa ampliação do âmbito municipal para o regional, tendo em vista que, desde as primeiras audiências com a gestão pública, ficava claro que o Hospital HRDLEM deveria ser analisado no contexto regional e não apenas sob o ponto de vista do Município Porto Seguro. Apesar das dificuldades impostas à essa participação no GT Regional, que implicava em deslocamento a outro município para participar das reuniões

---

<sup>38</sup> Vale registrar que alguns desses coordenadores do COSEMS e da SESAB haviam tomado contato com a demanda das mulheres a respeito da violência obstétrica e da ausência de Centros de Parto Normal na região antes mesmo da Conferência Livre, durante um Congresso regional de secretarias municipais de saúde promovido pelo COSEMS-BA e realizado em maio de 2017 por meio de uma parceria com a UFSB. Na oportunidade desse congresso tanto esses coordenadores, como alguns docentes da UFSB foram abordados para tomarem ciência dos acontecimentos locais, anteriormente narrados na história de criação do Coletivo de Mulheres.

mensais e em horário de trabalho, as mesmas mulheres representantes do GT Municipal passaram a participar do GT Regional em 2018.

À medida em que se envolviam diretamente na análise dos indicadores de saúde e dos problemas da assistência materno-infantil, sob a ótica de gestores e profissionais de saúde nos espaços de gestão compartilhada, as representantes do Coletivo procuram desenvolver uma forma de atuação nesses espaços da esfera pública que fosse potente e útil às mulheres da região.

Em suas conversas internas, ficava evidente que o intuito das representantes do Coletivo com essa participação social nos espaços públicos de gestão da Rede Cegonha, deveria buscar formas de dar voz e visibilidade aos relatos de violência obstétrica que elas vinham acolhendo sobre a assistência materno-infantil desenvolvida pelos serviços de saúde da região. Isso porque, desde as primeiras audiências com a gestão pública, as representantes do Coletivo percebiam os limites impostos ao próprio modelo de representação política ali em desenvolvimento, pois elas eram poucas representando um movimento social e já vinham percebendo como era difícil mobilizar mudanças a partir dos registros em ouvidoria, frente ao que continuavam se perguntando: como levar para a esfera pública a realidade das mulheres cujos relatos de violência obstétrica chegaram ao Coletivo?

Na análise do histórico de ações desenvolvidas pelo movimento social de mulheres, foi possível perceber um modo específico de funcionamento utilizado para selecionar e formatar as demandas a serem levadas à esfera pública desde esse início de atuação. Isso porque, o processo de acolhimento de mulheres com relatos de violência obstétrica desempenhado pelas ativistas do Coletivo em suas práticas cotidianas, gerou uma espécie de “ciclo de acolhimento”, tendo sido identificado no campo a partir das seguintes etapas: 1) a ativista acolhia alguma pessoa com relato de violência obstétrica; 2) a ativista que acolheu levava o relato ao conhecimento do Coletivo, sendo acolhida pelas demais; 3) as ativistas procediam com o registro em texto na forma de denúncia para ser submetido às ouvidorias competentes, mediante autorização da mulher e, por fim; 4) o Coletivo encontrava uma maneira de expor o caso nos espaços de participação social para serem acolhidas pelo sistema de saúde.

Esse ciclo de acolhimento se repetiu algumas vezes, com alguma variação de métodos e situações, e geralmente resultava na construção de uma mídia de comunicação a ser utilizada pelo Coletivo na esfera pública, às vezes em formato de apresentação de *slides* e às vezes em formato de vídeos de curta duração. Essas apresentações e vídeos passaram a ser levadas aos GT's e aos Fóruns Regionais criados nos meses subsequentes, sendo o Fórum I

em 2018 e o II em 2019. Paralelamente, mas de maneira integrada, os relatos autorizados pelas mulheres iam sendo encaminhados aos canais de ouvidoria, sendo que, na maioria das vezes, a mulher pedia que o próprio Coletivo encaminhasse a denúncia dela de maneira anônima.

Frente ao pedido de anonimato por parte das mulheres acolhidas, o Coletivo passou a pactuar com os gestores dos serviços de saúde que o movimento pudesse ser porta-voz para essas mulheres. A partir desta pactuação, o Coletivo passou a encaminhar por escrito as denúncias que recebia e ajudava a registrar. Os serviços, por sua vez, apontavam ao Coletivo que sem dizer o nome da mulher, o nome do profissional e o dia de atendimento tornava-se muito difícil responder à denúncia, mesmo assim, acolhiam as ouvidorias e comprometiam-se a dar sequência à demanda exposta.

O ciclo de acolhimento pode ser exemplificado em duas ações específicas que se destacaram no ano de 2018. Uma decorrente da morte de um recém-nascido e outra decorrente de três mulheres acolhidas pelo Coletivo com relatos de violência obstétrica, todos os casos aconteceram no Hospital HRDLEM. O primeiro caso, excepcionalmente, chegou ao conhecimento das ativistas pela mídia local, não tendo sido pessoalmente acolhido. A notícia trazia o relato de homem contando sobre o parto de sua esposa realizado em fevereiro de 2018. A partir das informações desse relato, era possível compreender que houve negligência e desrespeitos no atendimento à gestante. No grupo de conversas *online* o caso mobilizou reações emocionadas por parte de algumas ativistas e o processo de acolhimento foi como lidar com uma dor coletiva pois, mesmo sem conhecerem a mulher e o homem envolvidos no relato, elas realmente sentiram-se tristes e indignadas com o caso, o qual detalha-se a seguir.

Segundo o relato do homem, sua esposa estava com 41 semanas de gestação e fortes contrações quando chegou ao Hospital, entretanto, seu atendimento só foi realizado quatro horas após sua chegada e, mediante avaliação da médica obstetra de plantão, foi mandada para casa e orientada a voltar no dia seguinte pela manhã. O homem fez seu relato por escrito em uma rede social, mais especificamente, em um grupo de vendas da região. Abaixo, o relato publicado pela mídia local detalha o que aconteceu depois desse primeiro atendimento:

nessa noite minha esposa não conseguiu dormir de dor sangrando forte (...) Fomos na segunda feira as 9:00 horas da manhã ela entrou sozinha demorou um pouco foi atendida já por outro médico. O médico não ia internar foi então que a minha esposa falou, que a médica no dia passado tinha mandado ela se internar cedo. Foi então que internaram a minha esposa por volta das 11:45 sentindo fortes dores. Minha esposa na segunda feira ainda ficou à espera de um leito das 9:00 da manhã às 00:30 da noite. Com muita persistência da minha sogra T.S.C, conseguiu o leito pra minha esposa tentar dormir. A médica disse: “Vamos te encaminhar pro leito, vamos te aplicar o

remédio na sua vagina pra aumentar as dores daqui a pouco”. Minha esposa ficou alegre porque teria nosso filhinho nos nossos braços, mas esse não foi o caso, a médica que estava de plantão deixou minha esposa gemer de dor a madrugada toda, só veio aplicar o remédio em minha esposa as 6:30 da manhã na terça feira. Minha esposa sentindo fortes contrações, a médica então colocou o remédio na vagina da minha esposa, a partir daí aumentou, a dor piorou, estava prestes a ter meu bebê em meus braços. Minha esposa ficou sentindo dores até as 12:50, foi então que eu imediatamente chamei o médico e o Doutor competente A. veio fazer o toque em minha esposa L. S., já estava com 8 centímetros de dilatação. Minha esposa mesmo na dor deu aquele sorriso feliz, o médico ouviu o coração do meu filho, já não estava mais batendo. O médico Doutor A. tentou uns 15 minutos, mais outra enfermeira, ouvir o coração do meu filho, mas infelizmente, por negligência médica não foi escutado. O médico já tinha dito pra minha esposa que já tinham que ter feito a cesariana em minha esposa. Então imediatamente o médico Dr A. encaminhou minha esposa pra sala de ultrassom pra ver o bebê, mas mesmo assim o meu filho não mexeu. Encaminharam pra sala de cirurgia cesariana às pressas, fizeram o parto e o meu filho, minha vida, nasceu morto pela demora de ser atendida, ela já estava sangrando muito, sangue duro, mas as enfermeiras falavam que era normal que “nestante” ela dava à luz, mas não foi o ocorrido. Algumas Enfermeiras do setor de baixo ignorantes sem respeito com minha esposa, todos “noís” sabemos que agachar, andar é bom pra abrir o eixo, então uma enfermeira chegou em minha esposa e disse que é feio ela como mulher ficar agachando porque tinha médicos passando e é feio pra mulheres. Nossa só Deus na causa, estou horrorizado. Minha sogra foi falar com a enfermeira que minha esposa estava sentindo muitas dores e que se demorasse mais minha esposa ou meu filho iriam morrer, a enfermeira então disse que ela estudou pra isso e que ela sabe o que faz e diz... Foi tanta falta de respeito com outras grávidas também. Por favor, compartilhem até que cheguem às autoridades. Estou como pai e marido super angustiado, só Deus pra mim dar Forças, sei que é um grupo de vendas, mas vim aqui prestar a minha indignação para que não aconteça com outras famílias porque só quem sabe a dor é quem tá sentindo e quem já passou por isso (CRIANÇA MORRE E PAI FAZ DENÚNCIA..., 2018)<sup>39</sup>.

Esse caso mobilizou muito as mulheres do Coletivo, era como se tudo o que elas já vinham fazendo, desde os acontecimentos nos anos anteriores, ainda não estivesse surtindo efeito algum. Afinal, elas estavam atuando nessa temática coletivamente desde os primeiros acontecimentos do ano de 2015. Nesse contexto, a semelhança com o caso da amiga psicóloga, no que diz respeito à demora no atendimento à gestante, à omissão e aos desrespeitos da equipe frente às demandas da mulher e, ainda, a constatação de que as demais gestantes ali internadas também estavam sendo violentadas, fazia crescer o sentimento coletivo de indignação e dor por parte das ativistas. Durante suas conversas, virtuais e presencialmente, elas trocavam seus sentimentos e analisavam o que elas poderiam fazer

---

<sup>39</sup> Para facilitar a leitura, foram retirados os *emojis* e os erros de digitação característico do texto em redes sociais, mantendo-se, em maior parte, a forma própria da escrita original coloquial. Os nomes citados foram abreviados pelas iniciais.



frente a este caso emblemático que envolvia uma morte. Embora o Coletivo não tenha sido procurado por essa família, as ativistas entendiam que o seu papel de representantes do controle social deveria servir a todos e todas da sociedade, especialmente em um caso tão grave.

Assim, as representantes decidiram apresentar esse relato na reunião do GT Regional da Rede Cegonha. Em forma de apresentação de slides, elas contextualizaram como o Coletivo havia sido criado e por que razões elas estavam ali ocupando esse espaço de participação social na política pública. Em sua forma de comunicar, era evidente o intuito de sensibilizar as gestoras e os profissionais presentes com os próprios sentimentos expressados no relato.

Pela avaliação das representantes do Coletivo, elas sentiam que a estratégia de aproximação pelos relatos começava a surtir efeito na postura de abertura e reconhecimento dos problemas assistenciais por parte das gestoras e profissionais de saúde envolvidas com o planejamento da política, permitindo que os GT's incluíssem no diagnóstico problemas e situações concretas, para além dos números e indicadores matematicamente (e friamente) condensados.

O segundo caso que demonstra esse ciclo de acolhimento desenvolvido pelas ativistas, aconteceu quando três relatos chegaram ao conhecimento do Coletivo, tendo sido acolhidos individualmente por três ativistas, dessa vez em forma de áudio. Mediante a autorização das mulheres acolhidas, esses áudios foram compartilhados no Coletivo pelas ativistas e, mais uma vez, dispararam sentimentos de tristeza e indignação, demonstrando uma forte empatia. Após o acolhimento dos áudios, foi realizado o registro em texto, para documentar futuras ouvidorias. Ao analisarem os áudios-relatos como ferramentas de participação social, tal como se fez desde o caso da “amiga psicóloga”, e tendo entre as ativistas algumas mulheres com habilidades próprias da produção audiovisual para a internet, elas optaram por levarem os áudios até os gestores e trabalhadores, dessa vez, na oportunidade da segunda reunião do Fórum I.

Os três depoimentos sobre atendimentos que aconteceram no Hospital HRDLEM, entre os anos de 2016 e 2018, referiam-se ao momento do parto. Os áudios foram tratados e editados no formato de um vídeo com duração de 3 minutos e 28 segundos. Na imagem, somente um plano de fundo opaco e dinâmico para ressaltar palavras-chave e trechos mais marcantes dos depoimentos. O vídeo foi produzido em agosto de 2018 e apresentado em três oportunidades nos meses subsequentes: na segunda reunião do Fórum Regional I da Rede Cegonha; no seminário de educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica

de Porto Seguro, que incluiu algumas enfermeiras e a diretora recém nomeada do Hospital HRDLEM; e em eventos realizados junto à formação de estudantes da Universidade Federal do Sul da Bahia.

Nenhum dos relatos desses dois ciclos de acolhimento descritos, entretanto, vieram espontaneamente até as ativistas. O relato do primeiro caso, que envolveu a morte do recém-nascido, veio por meio de notícia veiculada na mídia local, enquanto os relatos das três mulheres acolhidas vieram de uma espécie de “campanha” informativa do Coletivo sobre o que é a violência obstétrica e como deve ser denunciada. Por meio de mensagens compartilhadas em redes sociais, as ativistas espalharam em seus outros grupos de conversas *online* imagens e textos com as informações e o objetivo do Coletivo com essa ação era se firmar enquanto rede de acolhimento e apoio às vítimas de violência obstétrica.

Percebe-se nesse modo de funcionar do Coletivo a prática de uma “busca ativa” de casos de violência obstétrica, desenvolvida com base nessa estratégia de comunicação baseada em informação e compartilhamento em redes virtuais. Isso porque, desde os primeiros acontecimentos e a partir da própria criação do Coletivo, tinha-se a percepção de que era muito difícil para as mulheres falarem sobre as experiências de violência obstétrica<sup>40</sup>.

Sobre essa dificuldade de as mulheres relatarem e denunciarem a violência obstétrica, as ativistas apontam como motivos do silêncio: não querer reviver a dor da experiência, medo de se expor, medo de retaliação em futuros atendimentos, falta de rede de apoio, limitações decorrentes do puerpério, limitação financeira e falha no pré-natal, no sentido de não ter acesso a informações sobre as práticas recomendáveis e não recomendáveis na obstetrícia:

a dificuldade é conseguir com que as mulheres falem, né? Todos os momentos que a gente tentou dar voz para essa violência obstétrica, a gente teve algum sucesso aí. Mas, a gente sempre vê que é um processo difícil, que não é algo fácil você conseguir acessar essas pessoas, porque são experiências muito doloridas, que elas também não querem se expor, porque tem medo, por ser cidade pequena e ficar marcada e em algum momento que tiver que viver isso de novo, ser ainda pior. Por uma série de razões, muitas vezes acessar essas vozes e conseguir consolidar isso para combater e evitar que isso se repita, acho que isso tem sido um dos maiores obstáculos nesse sentido (Ativista Gengibre).

várias situações, um puerpério é mais que suficiente pra gente perceber que a mulher não quer guerra com mais ninguém. O puerpério, a limitação até física, pensando em cesárea ou parto normal violento, as sequelas emocionais e físicas. São tantas as questões, às vezes não contar com o apoio do parceiro, às vezes o parceiro pede para não expor. Enfim, já ouvi relatos

---

<sup>40</sup> Interessante ressaltar que, como a grande maioria dos relatos acolhidos pelo Coletivo tratam de experiências violentas durante o parto, não foi possível verificar se essa dificuldade de falar era também percebida nos demais casos relatados que envolviam violação durante a gestação e o puerpério. O aborto e o planejamento reprodutivo foram os conteúdos menos abordados em relatos acolhidos pelo Coletivo durante os anos pesquisados.

de vários tipos. Fora isso, às vezes, até questão financeira para se deslocar (Ativista Pimenta Rosa).

a partir do momento que você faz um pré-natal que não deixa dúvidas, pergunta mesmo pra gestante “você tem dúvida?”, “Você quer falar sobre alguma coisa?”, eu acho que fica mais fácil pra ela entender e depois conseguir explicar o que aconteceu com ela. Eu acho que essa falha está no pré-natal. (...) eu acho que quando é um pré-natal bem-feito, que a gestante sai sem dúvidas, que ela sabe o que é uma violência obstétrica, fica mais fácil pra ela falar (Ativista Canela).

Essa questão do medo em relatar a violência obstétrica aparece na fala de outras ativistas, sendo associado às relações de poder dominantes na cultura da sociedade, ora na relação com o poder público, ora em relação ao poder técnico do saber profissional:

a gente não consegue ainda ter essas falas dessas mulheres, a gente não conseguiu ainda que essas mulheres ganhem confiança. Porque realmente é muito difícil, elas vão voltar pra seus serviços, eu compreendo muito bem esse medo que elas têm, porque elas vão voltar pro serviço e a gente sabe que há retaliação mesmo, quando chega. E aí, elas ficam amedrontadas, até porque ela também, nunca foram incentivadas a estar enfrentando profissionais de saúde. Profissional de saúde se apresenta como detentor do conhecimento, então ‘porque você está questionando se eu sou enfermeira, se sou médico’ (Ativista Cajueiro).

É que aqui é muito diferente da realidade que eu já conheci na minha vida, na minha atuação de 10 anos como enfermeira, e aqui é completamente diferente de tudo. Então, aqui falta muita informação, aqui tanto os profissionais quanto os próprios pacientes têm uma postura de achar que tudo que está acontecendo ali é um favor. E isso é falta de informação mesmo, eles não têm noção de que o SUS realmente é deles e é direito deles. Então, muitas vezes aceita, sofre calada, não denuncia, às vezes pensa ‘poxa, eu vou denunciar, mas eu vou engravidar de novo, vou voltar aqui e aquele médico vai me atender de novo’, se sente completamente impotente referente a aquela situação toda (Ativista Prímula).

Para as interlocutoras, esse trabalho do Coletivo com as denúncias é muito importante, pois é a partir das denúncias das mulheres que as gestoras consideram ser possível a compreensão da realidade local assistencial e a tomada de decisões por parte da gestão para reparar o problema. Como podemos ver na fala da interlocutora, embora ela lamentasse não ter denunciado na época do seu parto, ela defende que a mulher denuncie:

Que a gente possa mostrar para ela, que se por um acaso aconteceu, que ela fale! Para que a gestão, e agora me coloco em nome da gestão, possa intervir quanto a esse profissional, ajudar também esse profissional, para que haja mudança e ele não continue fazendo da mesma forma. Então, eu acho que algo muito importante é que a vítima possa falar, que ela tenha um meio de falar, que ela possa contar. Porque se tudo ficar silencioso, ninguém vai saber que aquele profissional está fazendo determinada atitude, então não vai ter como ter mudança, porque não chegou ao olho da gestão, não chegou ao ouvido dos superiores e até mesmo do profissional. O profissional ele às vezes, mas ele não quer mudar e tá tudo bem, ninguém tá reclamando, então

vamos continuar fazendo. Então, eu acho que é importante a gente empoderar as mulheres mesmo, para que elas possam falar. Porque isso ficar guardado para elas, vai ser pior, principalmente para ela. Eu acho que a gente se sente um pouco melhor quando compartilha, porque divide isso, não fica só seu. Você fica mais tranquila, acalma um pouco mais quando você divide algo que te incomoda, né e principalmente nesse sentido (Interlocutora de Porto Seguro).

Essa noção de que o registro do relato de violência em forma de denúncia possa ter o poder de contribuir para atitudes de mudança por parte da gestão e dos trabalhadores de saúde, também foi percebida nas falas das ativistas que entendem que o poder real do Coletivo de Mulheres vem, de fato, da coragem que as mulheres que sofrem violência obstétrica têm de denunciar sua experiência. Para isso, ativistas e interlocutoras concordam que é importante ter para quem relatar de maneira a ser devidamente acolhida e apoiada e consideram que o Coletivo cumpre esse papel:

a formação de rede é indispensável, porque numa hora que você está vulnerável, você ter alguém, um Coletivo pra se reportar, uma pessoa que vá ser sua voz ali, é muito importante você poder ser acolhido e ter sua voz. Sabendo que tem um Coletivo que você vai poder se reportar em caso de acontecer alguma coisa, que ali vai ter gente que vai te acolher, vai te orientar a fazer uma denúncia, se for essa a vontade da pessoa (Ativista Pimenta Rosa).

Desde que eu conheço o Coletivo das rodas de conversa que participei, dos fóruns também, da Rede Cegonha, sempre as mulheres que já sofreram violência são orientadas a correr e fazer uma denúncia. Tem aquele vídeo também, muito legal das mulheres que relataram suas experiências e a gente teve a oportunidade de escutar. É um material didático que a gente tem e que vai dar acesso para as pessoas saberem, ouvindo de pessoas que já sofreram violência, o que é. Às vezes, mulheres já sofreram, acham que nunca sofreram e ao ouvir que isso é caracterizado como violência muda a cabeça delas. Então assim, acho que isso é um avanço (Ativista Hortelã).

Percebe-se na fala da ativista acima, que o vídeo com relatos que resultaram dos ciclos de acolhimento realizados pelo Coletivo para quebrar o silêncio da violência obstétrica, possibilitam novos ciclos de acolhimento. Isso porque, frente ao obstáculo imposto pelo silêncio das mulheres, um dos nós críticos que podem ser desatados nesse problema é o desconhecimento das mulheres sobre o que é violência obstétrica e sobre quais são seus direitos reprodutivos. Dessa maneira, com o uso dos relatos como ferramentas de comunicação, o Coletivo passava também a promover uma ampliação do acesso à informação. Essa estratégia de produzir comunicação social a partir dos relatos, especialmente no formato de vídeo, foi reconhecida pelas ativistas e interlocutoras como potentes para mobilizar tanto as mulheres que utilizam os serviços, quanto os profissionais de saúde.

Essa situação de desconhecimento também foi percebida pelo Coletivo desde as experiências das próprias ativistas que sofreram violência obstétrica e não denunciaram por

falta de informação. A mesma situação pode ser percebida nos relatos pessoais das interlocutoras que também revelaram ter passado por violência obstétrica e só ter descoberto anos mais tarde, quando tomaram contato com o tema, algumas pelas mídias sociais, notícias, outras pelo curso de formação de doulas, outras pelo Coletivo de Mulheres e outras pela própria inserção nos serviços de parto, como docente ou estudante.

Frente a essa situação, entendendo que “o Coletivo tem esse papel não só de denunciar a violência obstétrica, mas de propor um caminho para um parto humanizado” (Ativista Gengibre), as ativistas passaram a fortalecer as ações no campo da educação em saúde. Nesse sentido, ficava evidente para as ativistas que os relatos surgiam, principalmente, quando eram realizadas intervenções com informação sobre os direitos reprodutivos.

Nas entrevistas, o caminho mais citado para solucionar o problema da violência obstétrica foi o da educação em saúde, tanto voltada às mulheres, quanto aos profissionais de saúde, como forma de transformar a cultura que sustenta o paradigma obstétrico medicalizado. De fato, o Coletivo dedicou-se a diferentes atividades, sendo muitas voltadas à educação de mulheres, gestantes e acompanhantes no pré-natal, estudantes universitários e profissionais de serviços de saúde. Nesse ano foram realizadas diversas rodas de gestantes e acompanhantes em diferentes locais da comunidade, às vezes em algumas associações de moradores, outras vezes na casa de alguma ativista, e o papel das doulas recém-formadas começou a ganhar destaque.

Nas rodas com as gestantes o Coletivo trabalhava com a noção de “bom parto”<sup>41</sup>, procurando incentivar o parto natural e trabalhar com o medo cultural em torno deste tema, utilizando também modelos de plano de parto para promover a autonomia das mulheres. Outro tema que ganhava destaque era o papel do acompanhante como forma de cuidar e proteger a mulher durante a assistência ao parto. As rodas, porém, não atraíam tantas mulheres como o Coletivo gostaria e, para resolver essa questão, as ativistas passaram a propor parcerias em algumas Unidades de Saúde da Família. Para tanto, as ativistas visitavam as unidades para propor à enfermeira o projeto de rodas de gestantes nos dias de atendimento pré-natal. Esse processo passou a acontecer em algumas Unidades de Porto Seguro e se mostrou bastante satisfatória na visão das ativistas envolvidas, tendo contribuído para ampliar o acesso das gestantes à informação e para protegê-las de algumas violências obstétricas.

---

<sup>41</sup> Com base no material trabalhado pela ONG Parto do Princípio, o Coletivo fez uma adaptação e confeccionou um banner intitulado “10 passos para um bom parto” que passou a ser utilizado como ferramenta de educação em saúde. O material de inspiração pode ser encontrado no link: <https://www.partodoprincipio.com.br/10-passos-para-um-bom-parto>

Com a formação das primeiras doulas e sua inserção nessas rodas, o Coletivo passou a estruturar um projeto visando fortalecer essa parceria com os serviços do SUS, projeto que foi denominado “Doulas no SUS”. A pretensão do Coletivo com este projeto era inserir as doulas como voluntárias nos serviços de saúde para, com isso, alcançar os seguintes objetivos: levar informações às mulheres, sobre seus direitos reprodutivos e sobre as evidências científicas do paradigma da humanização na saúde materno-infantil; cuidar das mulheres, colocando os saberes e fazeres das doulas a serviço das gestantes e parturientes; favorecer o reconhecimento das doulas como nova ocupação na área da saúde, incentivando a formação na região; e permitir que as doulas, recém-formadas, ganhassem experiência atuando junto às mulheres por meio do voluntariado.

A união das mulheres identificada em meio às ações de acolhimento de vítimas de violências mostra-se descrita em falas que traduzem sentimentos de pertencimento por parte das ativistas, apesar das diferenças entre elas:

eu aprendi demais nesse período como Coletivo, aprendi inclusive a ouvir mais, a ver que preciso aumentar esse pávio e trabalhar dentro de outras perspectivas. E é muito bom porque a gente tem essas diversidades todas, a gente discute e depois se entende por que a gente tem um objetivo em comum. Esse objetivo a gente nunca perde de vista, lutar pelos direitos sexuais e reprodutivos é que nos inclui nisso. Dentro de perspectivas diferentes, mas a gente se vê dentro dessa luta, seja por ser mulher, por ser feminista, ou seja como for, eu me vejo dentro desse espaço. E isso é muito bom, tenho aprendido muito com vocês, muito, muito mesmo! Eu sou muito grata por esse encontro (Ativista Cajueiro).

De fato o Coletivo apresenta diversidades, em diferentes sentidos, congregando num mesmo espaço de participação mulheres feministas e não, religiosas e não, que se conectam em forma de rede, onde alguns objetivos e diretrizes, minimamente, sustentam o elo do todo. Afinal, entre a defesa do parto humanizado e a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos existe uma série de questões e algumas, certamente, produzem diferenças entre elas, a exemplo do aborto que, nunca causou controvérsia entre as ativistas, mas tampouco engajamento como o parto.

Ao longo de 2018, na esfera pública da Rede Cegonha, foram consolidados o diagnóstico da saúde materno-infantil na região e o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, com uma série de ações previstas para os municípios. Deste Plano de Ação Regional destaca-se a programação de construção de dois Centros de Parto Normal, nos Municípios de Porto Seguro e Eunápolis, conforme critérios nacionais pré-estabelecidos. Neste Plano de Ação foi inserido um capítulo do controle social, onde o Coletivo pode contribuir com um texto contendo aspectos do diagnóstico da violência obstétrica, ações

propostas para gestores e profissionais de saúde e compromissos firmados pelo próprio Coletivo. Ressalta-se que os compromissos do controle social foram elaborados a partir de uma sugestão dos apoiadores do COSEMS-BA, que entendiam que o controle social também poderia planejar suas ações de maneira compartilhada no Plano de Ação Regional.

Desde 2017 o Coletivo vinha estabelecendo diálogo com os Conselhos de Direitos das Mulheres dos municípios de Porto Seguro e Eunápolis, tendo sido mais efetivo no primeiro. Assim, no final do ano de 2018, o Conselho Municipal de Direitos das Mulheres de Porto Seguro, conseguiu aprovar junto à Câmara de Vereadores o Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres. Neste Plano, o Coletivo também deu suas contribuições, de maneira que algumas de suas principais demandas foram nele registradas, dentre elas, destaca-se mais uma referência à necessidade de serviço de Maternidade e Centros de Parto Normal para atender às gestantes do município.

Alguns estudos já indicaram que nos movimentos sociais de mulheres contra a violência obstétrica e em defesa dos direitos das mulheres, a presença de mulheres brancas, de classe média e altamente escolarizadas é significativa (CARNEIRO, 2011; HIRSCH, 2014), o que também foi constatado neste estudo, pois, embora o Coletivo tenha conseguido tornar-se diverso em seu perfil sociodemográfico, os dados analisados evidenciaram que as condições básicas para exercício da cidadania são impactadas pela desigualdade social.

Ainda neste contexto do ano de 2018, algumas iniciativas pontuais foram realizadas nos municípios de Eunápolis, Santa Cruz Cabrália e Belmonte, em parcerias com coletivos de mulheres, gestores, profissionais de saúde e docentes de instituições de ensino superior. Podem ser citados o diálogo com um coletivo feminista de Eunápolis, que passou a incorporar as demandas do Coletivo em sua pauta e a apoiar as iniciativas do mesmo; uma roda com mulheres do município de Santa Cruz Cabrália, para avaliar a assistência ao parto e estimular a participação social local; e a participação do Coletivo na primeira formação de doulas comunitárias promovidas pela secretaria de saúde do município de Belmonte.

### 5.2.3 Principais ações desenvolvidas no ano de 2019

O terceiro ano de atuação do Coletivo de Mulheres foi voltado ao fortalecimento do projeto Doulas no SUS, iniciado no ano de 2018, alcançando novas Unidades de Saúde na parceria para a realização de rodas com gestantes atendidas no pré-natal. Além disso, no ano de 2019, o Coletivo se aproximou mais do Conselho Municipal de Direitos da Mulher do de

Porto Seguro, levando ao conhecimento das conselheiras o tema da violência obstétrica e das ações de enfrentamento, passando a ocupar uma vaga de suplência neste Conselho.

O ano de 2019 também foi ano de mais uma Conferência Municipal de Saúde e, novamente, o Coletivo conseguiu participar por meio de um grupo organizado de ativistas. Nessa conferência foi dada grande importância à demanda de construção de uma maternidade e Centros de Parto Normal, tendo sido mais uma vez aprovada como diretriz do controle social para orientar as prioridades da gestão municipal de saúde.

As ações de educação permanente também continuaram, tendo sido inclusive expandidas para os profissionais da política de assistência social, por meio de uma oficina realizada para psicólogas e assistentes sociais, dentre outros profissionais que à época atuavam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF de Porto Seguro. Neste ano de 2019, o Coletivo insistiu na demanda do Plano de Parto e pactuou esse tema em reuniões do Fórum Regional I. Para tanto, as ativistas formularam um modelo próprio que passou a ser divulgado e utilizado junto às gestantes nas ações do Coletivo.

O ano de 2019 também foi profícuo para a relação entre Coletivo e a Universidade pública, tendo resultado na realização de um projeto de extensão de educação em saúde em uma escola estadual de Porto Seguro. O projeto foi desenhado pelo grupo do projeto de extensão e contou com a participação de diversas ativistas do Coletivo. O objetivo do projeto era levar o tema dos direitos reprodutivos aos adolescentes do último ano do ensino médio e a metodologia elaborada pelo grupo de extensão foi pensada para trazer à tona o tema da violência obstétrica a partir dos relatos de parto e nascimento dos próprios adolescentes<sup>42</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), as pesquisas recentes demonstram a gravidade da situação brasileira a respeito da gravidez na adolescência:

Estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicado em 2018, aponta que a gravidez na adolescência ocorre com maior frequência entre as meninas com menor escolaridade e menor renda, menor acesso a serviços públicos, e em situação de maior vulnerabilidade social. De acordo com a pesquisa Nascer Brasil 2016, do Ministério da Saúde, 66% das gestações em adolescentes não são planejadas. Ainda, cerca de 75% das mães adolescentes

---

<sup>42</sup> Na metodologia do projeto foi criado o “Memorial do Parto e Nascimento”, sendo um instrumento de investigação oferecido para que os adolescentes pesquisassem, junto aos seus familiares, as histórias envolvidas nos partos que aconteceram em sua família. Os relatos dos adolescentes foram trabalhados junto às ativistas do Coletivo e demais estudantes participantes do projeto de extensão e possibilitou o reconhecimento dos direitos reprodutivos e das violências obstétricas. Nesta metodologia, os relatos de violência obstétrica e de partos humanizados das próprias ativistas do Coletivo, narrados durante as rodas feitas na escola, foram essenciais para a compreensão das situações narradas pelos adolescentes a partir do Memorial. Este projeto resultou em dois artigos escritos e publicados pela equipe do projeto. O artigo “Narrar a dor”, disponível no link: <http://novosdebates.abant.org.br/revista/index.php/novosdebates/article/view/218> e um capítulo do livro que está no prelo, organizado pelo PPGES/USFB.



estavam fora da escola, segundo a PNAD 2013, o que pode sugerir consequências sociais e econômicas, além de emocionais, para as mães adolescentes. Há ainda riscos para o recém-nascido. Estudo do Ministério da Saúde, chamado Saúde Brasil, indica uma das maiores taxas de mortalidade infantil entre mães mais jovens (até 19 anos), com 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos (acima da taxa nacional, de 13,4 óbitos). Isso porque além da imaturidade biológica, condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam nos resultados obstétricos (BRASIL, 2022, s/p).

Na visão da ativista, esse projeto conseguiu ampliar o acesso à informação aos adolescentes, bem como possibilitou que as adolescentes grávidas identificadas na atividade pudessem ser cuidadas pelas doulas voluntárias, como conta a ativista:

A nossa atuação junto às escolas (infelizmente a pandemia deu uma cortada na nossa atuação), mas eu tenho certeza absoluta de que foi fundamental (...). E o grupo de gestantes que formou a partir da nossa ida na escola, foram bem empoderadas por nós e a maioria teve partos bons no “Hospital HRDLEM”, foram bem atendidas e isso se deve muito ao conhecimento que elas chegaram demonstrando lá. Então, só por isso aí já acho que vale muito a pena a gente continuar com esse projeto. Espero que quando a pandemia acabar, a gente consiga retomar, inclusive tem outra escola aqui (...) que já solicitou nossa presença, mas foi bem no início de março quando começou a pandemia e não tivemos tempo de ir. Mas, com certeza a gente vai (Ativista Algodão).

Foi um ano intenso de formulação de pesquisa, tendo despertado o interesse de outras pós-graduandas dessa Universidade que realizaram seus estudos nesta mesma região sobre o tema da violência obstétrica. No âmbito da Universidade, as ativistas que eram também estudantes de graduação e pós-graduação, procuravam manter-se em diálogo para alinhar seus projetos e aproveitavam os eventos científicos para levar a temática em forma de oficinas voltadas aos estudantes da Universidade.

Foi no final do ano de 2019 que o Coletivo conseguiu colocar em prática o projeto piloto de doulas voluntárias no Hospital HRDLEM<sup>43</sup>. Esse piloto teve duração de dois meses<sup>44</sup> e, na percepção das ativistas e interlocutoras, teve um alto impacto na assistência. Percebe-se na fala das entrevistadas que a inserção das doulas no setor pré-parto foi avaliado positivamente pelas doulas, pelo Coletivo, por profissionais de saúde do Hospital, em especial da enfermagem, e pelas mulheres e acompanhantes que receberam diretamente a assistência das doulas no setor pré-parto do hospital. Apesar do sucesso do projeto, as limitações

<sup>43</sup> O projeto Doulas no SUS havia sido proposto em meados do ano de 2018 para a direção do Hospital HRDLEM, tendo levado mais de um ano para conseguir ser aprovado e autorizado.

<sup>44</sup> O projeto aconteceu da seguinte maneira: formaram-se duplas de doulas para revezarem-se durante os plantões de segunda-feira. Decidiu-se, junto à chefia da obstetrícia, que os plantões das doulas só poderiam acontecer no dia em que a chefe da obstetrícia estivesse responsável pelo plantão. Pois, a chefe em questão, era a única médica obstetra do Hospital HRDLEM que, efetivamente, se envolvia na esfera pública da Rede Cegonha. Os plantões das doulas eram supervisionados por duas enfermeiras do Coletivo, que se revezavam para atender as demandas que surgissem.

financeiras impediram a continuidade, uma vez que o Coletivo não contou com nenhum tipo de apoio externo e as doulas se viram sem condições para continuar a ação de maneira voluntária.

#### 5.2.4 Principais ações desenvolvidas no ano de 2020 durante a pandemia de covid-19

Estudos evidenciam que, durante a pandemia de covid-19, houve piora nas taxas de mortalidade materna e nos demais indicadores de saúde materno-infantil, sendo reconhecida como uma situação mundial e brasileira (UFMG, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020). Um estudo sobre a pandemia de covid-19 nas Américas, publicado em maio de 2021 pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), verificou que houve um aumento relevante de casos em gestantes e puérperas, bem como de óbitos maternos por covid-19 em 12 países. Segundo os dados da OPAS, o Brasil registrava os maiores números de óbitos e taxas de letalidade neste contexto (OPAS, 2021b).

De acordo com o Boletim do Observatório Covid-19 da Fiocruz, desde o início da pandemia as gestantes e puérperas brasileiras despontaram como um grupo de grande preocupação diante da evolução da morte materna em níveis elevados. Ainda, de acordo com o Boletim, estudos vêm demonstrando que a mortalidade materna foi maior entre as famílias mais pobres e isso também tem sido visto como um impulsionador da pobreza e da desnutrição nas famílias afetadas. Nos primeiros meses da pandemia foram notificados vários casos de óbitos maternos (em gestantes e puérperas até 42 dias após o parto). O Boletim indicava número de óbitos e taxa de letalidade três vezes maior do que a taxa de 2,8% registrada antes da pandemia (FIOCRUZ, 2021).

Na região estudada, foi possível observar o impacto da pandemia de covid-19 no contexto da reorganização da saúde materna na região e as ativistas do Coletivo de Mulheres vinham acompanhando as notícias sobre a saúde materna do cenário nacional. A suspensão da Lei Federal do Acompanhante pelos hospitais públicos e privados na região foi quase imediata, dando-se como prática logo no início do isolamento imposto pelas autoridades sanitárias. Sem a presença do acompanhante e sem Centros de Parto Normal, as ativistas avaliam que as práticas de violência aumentaram e que gestantes e parturientes ficaram mais vulneráveis nos serviços de saúde hospitalares.

Frente à ausência de respostas sobre os Centros de Parto Normal programados para serem construídos nos municípios de Porto Seguro e Eunápolis, o Coletivo de Mulheres se mobilizou para pressionar as respectivas prefeituras e sensibilizar gestores e profissionais para

a vulnerabilidade da saúde materno-infantil durante a pandemia, a fim de que esses projetos fossem executados pelas gestões municipais ainda no ano de 2020 que, além de ter sido o primeiro ano de isolamento social, foi também ano de eleições municipais.

Nesse contexto, de denúncia de mortes e violação de direitos realizada por parte das organizações, movimentos sociais, feministas e pesquisadoras da saúde pública, a saúde materna mostrou-se como um problema politicamente secundarizado durante a pandemia. Na região analisada, a partir da percepção das ativistas do Coletivo de Mulheres, aconteceu a mesma situação e foi possível perceber o impacto da pandemia covid-19 na reestruturação do cuidado e no próprio processo de enfrentamento à violência obstétrica que estava em curso.

Na percepção das ativistas, as dificuldades do ano de 2020 demonstraram a fragilidade dos avanços que haviam sido conquistados na região com o envolvimento do Coletivo no controle social da Rede Cegonha. Até mesmo o próprio diálogo entre gestão e controle social mostrou-se bastante afetado pelo contexto de isolamento. As barreiras de acesso ao pré-natal e ao parto humanizado e a suspensão da Lei do Acompanhante nos hospitais destacaram-se como retrocessos, sendo apontados por algumas ativistas como um fator que favoreceu o aumento de práticas ultrapassadas e outros problemas de saúde:

Infelizmente, agora na época da pandemia a coisa ficou muito intensificada, eu tive a ilusão de que depois que o Coletivo começou a atuar, lutar, que melhorasse, que teria o que a gente quer, né, melhorias e qualidade para todas. Eu cheguei a sonhar que a violência ia diminuir na nossa cidade, na nossa região, que os médicos iam tomar consciência e que a coisa ia melhorar. Cheguei a sonhar com isso e teve um tempo de paz. Uma falsa paz né! (...) A falta do acompanhante e essa mulher ter que entrar nesse hospital de emergência, sozinha, é o que dá um poder absurdo para a violência intensificar do jeito que intensificou. Porque deu uma parada depois que começou o projeto, a Rede Cegonha... Não é que não tinha violência, mas eles ficavam em uma zona de desconforto muito grande para violentar. A equipe médica, a equipe técnica todas elas tinham um cuidado, falava meio com medo. Depois que veio a pandemia e que disse “não, não pode entrar”, eu senti que eles: “Agora eu posso voltar a trabalhar em paz, sem ninguém me olhando, eu mando aqui, eu faço isso”. É tipo isso que tá acontecendo, e eu te falo isso porque, como eu te falei, eu vejo de perto, eu percebo, e às vezes recebo ligação de dentro do hospital. (...) É importante o acompanhante, isso não pode ser proibido, tem que existir. Porque só assim nós vamos conseguir dar uma freada, uma melhoradinha na violência obstétrica, na vida dessas mulheres (Ativista Aroeira).

Principalmente nessa época de pandemia, muitas mulheres não estão tendo direito de acessar uma consulta, às vezes respostas muito evasivas que deixam a pessoa sem saber. Vai no posto fazer pré-natal e não consegue ser atendida, por não ter acesso ao posto. Inclusive várias mulheres me procuram para que eu faça o pré-natal por essa falta de acesso ao posto. (...) Assim, muitas com medo de parir no hospital, muitas falando de parir desassistidas (Ativista Pimenta Rosa).

Assim, após três anos de uma experiência quase completa de ciclo de políticas públicas<sup>45</sup>, desenvolvida por um movimento interinstitucional com participação social, o Coletivo de Mulheres sentiu a necessidade de mobilizar a população e outros coletivos da região para demandar que a gestão pública priorizasse a problemática da saúde materno-infantil durante a pandemia. Assim, a ampliação da visibilidade das demandas do Coletivo para outras mulheres e outras organizações da sociedade foi o principal foco do trabalho realizado no ano de 2020.

Na análise dos dados foi possível perceber que, com cada uma das estratégias de comunicação utilizada, o Coletivo chegava em mais mulheres, favorecendo o acolhimento de novos relatos e a formação de novas parcerias. Uma das ações que o Coletivo protagonizou junto a outras organizações e instituições foi a elaboração e divulgação de uma carta pública direcionada aos gestores e profissionais de saúde da região a respeito da urgência das demandas de saúde materno-infantil.

A Carta Pública aos gestores e profissionais de saúde foi publicizada pelo Coletivo no dia 20 de abril do ano de 2020, sendo compartilhada pelas representantes nos espaços virtuais de diálogo da Rede Cegonha e nas redes sociais do Coletivo de Mulheres. No trecho destacado a seguir, percebe-se o tom do apelo:

Nós, mulheres residentes no território Extremo-Sul da Bahia, que dedicamos esforços em lutar por melhores condições de saúde para as mulheres, pelo fim da violência durante a gestação, parto e puerpério, e pela garantia dos nossos direitos na sociedade, estamos testemunhando as limitações dos serviços de saúde no atendimento a nós mulheres, durante a pandemia do novo coronavírus. Ao mesmo tempo, sabemos como profissionais e gestores de saúde estão se esforçando para garantir o melhor cenário na realidade tão difícil em que vivemos. Por isso, neste momento, além de agradecer por tanto empenho, precisamos compartilhar com vocês nossas preocupações em relação a defesa de nossos direitos. Direitos que precisam ser mantidos e respeitados, especialmente neste momento de crise. Direitos que conquistamos e nos quais ainda precisamos avançar conjuntamente em nossa região (Carta Pública Pandemia Covid-19, ano 2020, arquivo digital do Coletivo de Mulheres).

Para escrever a Carta, o Coletivo mobilizou outros movimentos e organizações sociais da região, dando início a um movimento de rede de coletivos, incluindo pesquisadores da área e lideranças indígenas locais, a fim de ampliar seus efeitos e alcance. O conteúdo da Carta destacava quatro demandas e caminhos para atender as mulheres: o cumprimento da lei do acompanhante nos hospitais da região; o respeito ao plano de parto e ao cuidado individualizado respeitoso com as gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal; o

---

<sup>45</sup> Envolvendo as fases de agenda, formulação, tomada de decisões e implementação da política Rede Cegonha, naquilo que compete ao âmbito local.

fortalecimento da rede de parteiras, enfermeiras obstetras e doulas da região com organização de serviços de saúde para garantir uma retaguarda assistencial aos partos domiciliares; e a demanda dos Centros de Parto Normal aprovados para a região no Plano Regional da Rede Cegonha<sup>46</sup>.

O efeito da Carta Pública para as autoridades sanitárias, entretanto, pareceu ter sido nulo, pois não impeliu nenhum gestor a responder diretamente. Neste contexto, as ativistas intensificaram a produção de conteúdo para plataformas digitais e mídias sociais e continuaram participando das reuniões da Rede Cegonha, que passaram a ocorrer de maneira remota. Deste processo destacou-se a produção de quatro novos vídeos do Coletivo: um primeiro vídeo com relatos de gestantes sobre o atendimento obstétrico durante a pandemia e outros três sobre as Casas de Parto do SUS.

A ideia do primeiro vídeo, intitulado “Parir durante a pandemia: relatos de medo e inadequação do atendimento em saúde”, surgiu depois da movimentação decorrente da Carta Pública, pois algumas ativistas relataram ter sido procuradas por algumas gestantes para acolhimento de relatos sobre a assistência durante a pandemia. Ao compartilharem esses relatos no grupo, com a autorização das mulheres envolvidas, o Coletivo organizou um vídeo de curta duração para sensibilizar gestores e profissionais de saúde para as falas das mulheres recentemente acolhidas. A seguir destacam-se os relatos de duas mulheres acolhidas que foram utilizados:

Como que o hospital que recebe coronavírus e as gestantes têm que ir e, por conta disso, a gente não possa ter um acompanhante. (...) E nesse momento de aflição a gente está sozinha, é meio traumatizante. Qual é a real segurança que eu tenho de não ser contaminada, de não estar exposta, de não tá colocando em risco minha vida, colocando em risco a vida do bebê? Então, assim, eu não estou frequentando o “Hospital HRDLEM”, por todos esses trajetos que eu teria que fazer para chegar até lá e, chegando lá, tudo o que eu poderia estar me expondo e tá expondo a minha gravidez (Mulher acolhida 5).

Não consigo conceber um momento de parto onde eu esteja sozinha, isso não é concebível, isso me dá profunda insegurança, me dá realmente muita aflição assim, muita angústia. Isso é inacreditável, é uma situação que gera total desconforto pra quem vai acessar o sistema. A maternidade é alguma coisa que precisa de um cuidado constante, seguro e não pode estar, realmente, o atendimento às mães não pode estar no mesmo espaço do atendimento a todas as outras questões e sobretudo uma questão de alto risco de contaminação, que é essa questão do coronavírus. Tenho muito medo de chegar num ambiente desses e ser tratada de forma muito rápida né... Enfim, da forma que justamente acontece quando um hospital tá dividindo suas atenções entre o combate o coronavírus e a maternidade (Mulher acolhida 6).

---

<sup>46</sup> Plano aprovado no ano de 2018 pelo Grupo de Trabalho Regional instituído sob o comando da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pelo Núcleo Regional de Base de Eunápolis.

Os relatos acima transcritos, demonstram a importância do acompanhante para as gestantes e apontam para um agravamento do relacionamento e da comunicação estabelecida entre profissionais e mulheres durante a assistência no contexto da pandemia. O referido vídeo foi transmitido em uma das reuniões do Fórum Regional I e publicado nas plataformas de internet do Coletivo.

Embora tenha mobilizado outras mulheres, abrindo espaço para que relatassem seus medos por meio das redes sociais do Coletivo, o vídeo não parecia surtir efeito entre os gestores envolvidos com a Rede Cegonha. A sensação das ativistas e apoiadoras da causa era de que não havia espaço na agenda da gestão pública para essa prioridade social.

Assim, frente ao cenário eleitoral municipal que delimitava o fim dos mandatos que haviam sido responsáveis pela pactuação das ações da Rede Cegonha constantes no Plano de Ação Regional, e, compreendendo que os Fóruns da Rede Cegonha e os Conselhos municipais de saúde e de direitos das mulheres da região não estavam conseguindo efetivar a demanda dos Centros de Parto Normal - CPN, as ativistas resolveram lançar mão de uma estratégia de comunicação ainda não experimentada pelo Coletivo: fazer uma campanha de pressão política diretamente voltada à então prefeita e prefeito dos municípios de Porto Seguro e Eunápolis.

À época, o município de Eunápolis encontrava-se em uma situação complexa, pois o governo municipal já havia recebido recursos federais para a construção da sua CPN e, se não desse início à obra até o fim do mandato, os recursos teriam que ser devolvidos aos cofres da União até o final do ano. O município de Porto Seguro, por sua vez, não tinha recursos federais, entretanto, foi o município que desde a criação do Coletivo de Mulheres e do relatório da Conferência Livre apresentada em maio de 2017 havia se comprometido em construir e implantar uma Casa de Parto, tendo sido essa promessa levada a conhecimento de todas as pessoas envolvidas na Rede Cegonha e nos conselhos municipais.

Para dialogar com as prefeituras desses municípios, em contexto de isolamento, o Coletivo lançou mão de uma campanha de mobilização pelos Centros de Parto Normal. Nesse contexto, foram acionados vereadores, programas de rádio, jornais locais e até mesmo alguns candidatos às respectivas Câmara de Vereadores e Prefeituras. Nessa campanha, o Coletivo criou um “bordão” comunicativo e produziu dois vídeos de curta duração para serem lançados nas redes sociais. Nos vídeos, as mulheres perguntam: “Por que não fez a nossa casa de parto?” em que citam, nominalmente, prefeita e prefeito, ambos candidatos à reeleição, cobrando respostas à antiga demanda.

Os vídeos contaram com a adesão de mulheres de outros coletivos e movimentos sociais feministas dos respectivos municípios, resultando na participação de mais de 40 mulheres que enviaram seus vídeos individuais para compor a edição dos vídeos coletivos. Pouco tempo depois, ao compreender que precisava de mais apoio da população, o Coletivo optou por lançar um quarto vídeo nas redes sociais, dessa vez com o objetivo de favorecer a compreensão da população sobre o que é uma Casa de Parto ou Centro de Parto Normal. Para tanto, uma das ativistas fez um vídeo explicativo que foi lançado em setembro do ano de 2020.

Com o empenho das ativistas na campanha foi possível uma conquista no município de Eunápolis, pois o prefeito deu seguimento ao processo que, posteriormente, resultou no início da obra da CPN com os recursos federais. Porém, no município de Porto Seguro, que obtinha muito mais aprovações no campo do planejamento participativo, não houve avanços significativos para além do “incômodo” gerado na gestão, conforme apontado pela fala acima da ativista Cajueiro. Nesse período, o clima de tensão ficou evidente na relação com o Coletivo, demonstrando os limites da arquitetura de participação social estabelecida na Rede Cegonha e no SUS, agravados por um contexto de isolamento social e comunicação remota.

Em relação ao papel do Coletivo de Mulheres no processo de participação social junto às políticas públicas, destacaram-se nas entrevistas de ativistas e interlocutoras percepções que apontaram e diferenciaram dois modos de atuação do Coletivo na esfera pública: um propositivo, que dialoga com os atores sociais, e outro intransigente, que pressiona o poder público.

O papel propositivo do Coletivo foi exercido e positivamente reconhecido desde sua inserção nos espaços de participação social garantidos pela Rede Cegonha, nas conferências municipais de saúde e no planejamento do plano de políticas públicas para mulheres junto aos Conselhos Municipais de Direitos das Mulheres. Porém, por esse caminho, as mudanças estruturais consideradas necessárias à transição paradigmática, que envolvem a necessidade de decisão orçamentária e vontade política para dar prioridade à implementação do modelo humanizado na região, mostraram-se quase inalcançáveis.

Foi a partir desse obstáculo que o movimento social buscou desenvolver outro repertório estratégico e comunicacional, passando a atuar em um campo visto como “político” e definido pelas ativistas e interlocutoras como “pressão social” e “cobrança” direcionadas ao poder público. Embora ativistas e interlocutoras reconheçam que a pressão social seja uma função inerente aos movimentos sociais, foi possível perceber que as duas formas de

participar, uma que pressiona e outra que propõe, geraram efeitos distintos nos espaços de participação social. Essas formas condicionaram a comunicação e a interação entre ativistas e interlocutoras e alguns limites puderam ser reconhecidos com o tempo.

No campo da atuação propositiva do Coletivo de Mulheres, as ativistas reconhecem que o domínio sobre o tema e a capacidade de comunicar-se com os agentes institucionais de suas representantes agregou um valor diferencial à participação do Coletivo. Isso porque, a capacidade de entender o conteúdo e as fases do ciclo de política pública, bem como de saber seus direitos e como acessar os canais de participação e controle social, pareceu favorecer o diálogo com as instituições.

Ou seja, por serem enfermeiras, doulas, pesquisadoras e estudantes dedicadas à temática, tornou-se mais fácil para as representantes do Coletivo atuar a partir de proposições, tal como foi a contribuição do Coletivo na construção da agenda, do diagnóstico e do planejamento da Rede Cegonha na região; a participação na elaboração do Plano Municipal de Políticas Públicas para Mulheres; o projeto de extensão universitárias com adolescentes escolares; o projeto de inserção das doulas no SUS; e o incentivo à adoção de Planos de Parto, dentre outras tantas ações que já foram citadas.

O papel de pressão social, por sua vez, surgiu no contexto de crise que foi a pandemia de covid-19, pois, ainda que a atuação do Coletivo nas Conferências Municipais de Saúde e de Políticas para Mulheres possam ser reconhecidas como uma forma de pressão social, compreende-se aqui que, pela lógica do controle social no SUS, principal referência de participação social para as ativistas, as conferências são em si propositivas, sendo instrumentos para garantir a escuta e a gestão compartilhada das demandas sociais.

Afinal, foi a partir da Conferência Livre, das audiências com a gestão municipal de saúde, das Conferências Municipais de Saúde e também de Políticas para Mulheres, dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos das Mulheres, Câmara de Vereadores e Fórum Regional da Rede Cegonha que o Coletivo apresentou de maneira participativa e propositiva a demanda por Maternidades e Centros de Parto Normal na região. Uma verdadeira arquitetura participativa utilizada pelo Coletivo para garantir que a voz das mulheres e os seus direitos encontrassem vez nas prioridades da agenda pública.

O que ficou mais evidente nos dados, é que a demanda dos Centros de Parto Normal precisou mobilizar por parte do Coletivo o recurso da pressão social. Essa pressão foi feita junto à mesma arquitetura responsável pelo processo de proposição e aprovação das demandas em documentos oficiais, mas novos meios foram utilizados para ampliar o debate na sociedade, tendo sido mobilizados os meios de comunicação locais, como rádios e jornais



online, o Ministério Público e as redes sociais, num primeiro momento. Tudo sendo feito de maneira remota, por efeito do isolamento social imposto pela pandemia.

Em meio a esta crise, o ano eleitoral passou a ser um recurso de pressão social do Coletivo. Não que o Coletivo tenha tomado lado nas eleições, mas sua cobrança e pressão social passou a ser direcionada, também, aos políticos e candidatos da região. Entretanto, essa atuação no campo “político” não foi bem compreendida por parte das interlocutoras e a pressão social levada para dentro das instâncias de participação social da Rede Cegonha foi interpretada como “destoante” frente ao objetivo, capacidade e governabilidade destes espaços, como pode-se perceber nas falas das interlocutoras:

Uma das coisas que eu gosto do Coletivo, é ser propositivo, não só do lugar de cobrança e de queixa, que também são importantes, mas vocês são propositivos, então vocês vão, chegam junto, “o quê que a gente pode ajudar?”. Vão lá, puxam a temática para vocês, esclarecem, encaminham. Isso, eu acho, que é uma coisa positiva, que ajuda o fórum a caminhar. Agora, eu acho que, recentemente, mudou um pouco a característica, não sei por que, mas assim, eu acho que caminhava melhor quando tava nessa movimentação. (...) Agora, tô sentindo que os municípios estão mais retraídos. Não sei, se esse momento que a gente tá vivendo de tantas coisas de coronavírus, de eleição e de todos esse momento tenso que a gente tá vivendo, aumenta a tensão de todos os lados. Mas, sinto que nesse período final o Coletivo caminhou por um lado de um tensionamento maior, sem julgamentos. Vocês sabem dos momentos, das posições e dos papéis necessários, mas eu acho que os municípios ficaram mais retraídos nesse último momento frente ao Coletivo (Interlocutora Estadual).

Eu acho que o que frustra muitas vezes o Coletivo, talvez, seja a falta de resposta. Por outro lado também, nós entendemos que muitas vezes as respostas dependem de um contato com as pessoas que têm essas respostas, e as respostas nem sempre vão acontecer dentro daquele prazo, de horas ou dias estipulados. Eu acho que isso é uma coisa que frustra muito vocês, né, essa ausência de respostas aos questionamentos, essa ausência nas motivações, implicam a ausência de resposta, então eu acho que essa seja uma das frustrações (Interlocutora do Hospital).

Então, tudo depende de como que é a demanda. Se é alguma queixa de um pré-natal, a gente tenta primeiro acertar entre nós, diretoria, Superintendência. Mas é diferente de uma casa de parto, por exemplo, é diferente de uma maternidade, que algo em que, eu enquanto superintendente, não vou conseguir fazer sozinha. Não é um processo de trabalho isso, isso é uma construção. É diferente, é estrutura, é um serviço novo. Então, a gente trabalha dentro das nossas competências e sempre deixando o secretário a ciência de tudo, e quem deixa a prefeita a ciência da situação, é o secretário. (...) Mas, eu acho que essa luta, essa briga, essa garra, esse desejo pela casa de parto são muito válidos, é muito importante! É necessário, a gente sabe! Eu hoje, do lado de cá, enquanto superintendente, sei da necessidade e sei da importância! Infelizmente não tenho como responder pelo projeto em si, pela construção, porque como eu falei, cada um tem a sua função, questão hierárquica e tudo mais. Mas, eu acho que assim que chegar a hora, e vai chegar! Tenho fé em Deus! Vai ser uma

conquista muito maravilhosa! E com certeza, essa conquista também é do Coletivo! Porque são diversas insistências, lutas, brigas. Briga no modo de dizer, de querer “a gente quer, a gente precisa (Interlocutora de Porto Seguro).

Na visão das interlocutoras os espaços de participação devem ser vistos de maneira diferenciada pelo movimento social ao definir sua comunicação, sendo necessário adequar o “tom” da participação segundo a governabilidade do espaço. Além disso, algumas interlocutoras estranharam o envolvimento do Coletivo na campanha eleitoral, quando levou o tema do Centro de Parto Normal para ser debatido pelos candidatos antes das eleições, mesmo sem ter declarado apoio a candidato algum. Como aponta a fala de uma delas:

Para mim na verdade, ficou confuso (risos). Porque no período eleitoral... se tem uma coisa que eu sempre gostei do Coletivo era essa questão de não ter envolvimento de partido, não ter envolvimento na política. No sentido, não da política geral do SUS, mas no sentido da política geral partidária. E como tá no período eleitoral, para mim ficou estranho, o quê que era do controle social, o quê que era da política, que era da eleição? E o tom, para mim, mudou um pouco. Eu tenho sentido, também, não só um acirramento muito grande e os municípios se calando mais. Eu vi um colega do Coletivo conversando sobre e ela disse que sentiu coagida por uma pessoa da gestão, mas a gestão também se sente coagida pelo Coletivo. Então, ela foi procurada diversas vezes para escutar, como estou nesse lugar de mediação, escuto os dois lados. Então, elas estão me dizendo que se sentir sentiram pessoalmente atingidas, trazendo que ela está num lugar de representação, que não é com ela. Se o gestor maior não está, quem responde é eles. Eu acho que a gente tem que encontrar um tom que a gente consiga pressionar, que é fundamental pressionar senão as coisas realmente não caminham, saber sempre os momentos e a quem dirigir, pra quem encaminhar, pensar direitinho. Porque quando a gente vai pressionar demais é tida como movimento contrário. Então, não sei. Mas, eu acho que faz parte também, desavenças sociais e conflitos sociais nesse enfrentamento mais acirrado, em determinados momentos sim. Por exemplo, agora o que ta acontecendo em Eunápolis, se a gente não pressionar agora, agora a gente perde. Não vai dar mais tempo de volta a possibilidade de ter uma Casa de Parto. Eu acho que Porto Seguro e Eunápolis tem duas situações, que são a casa de parto, mas são situações diferentes, com histórias diferentes. Acho que a gente perdeu um pouco o *time* da pressão com município de Eunápolis, me incluo nisso também, porque a gente acaba sendo meio que enrolado, né. “Ah, ta andando, ta andando a licitação, ta naquilo, a gente vai”. E quando a gente pensa que não, acabou o prazo. Então, eu acho que a pressão certa, no momento certo, ela é importante. Como é importante também, a gente não perder, não romper esse diálogo com a gestão, que é fundamental (Interlocutora Estadual).

Na visão das ativistas, os anos de participação social junto à gestão de Porto Seguro deveriam ter sido suficientes para que as decisões públicas fossem tomadas com base nas demandas de saúde provenientes do exercício de cidadania desempenhado pelo Coletivo. Entretanto, ao insistirem no diálogo com as interlocutoras nos espaços de participação social

sobre a demanda da CPN de Porto Seguro, as gestoras de nível intermediário ali atuantes sentiram-se desagradavelmente pressionadas, fragilizando as possibilidades de comunicação antes conquistadas.

Apesar dos tensionamentos e das críticas de ambos os lados nesta relação representativa entre Estado e Sociedade, ativistas e interlocutoras reconhecem e citam inúmeros avanços. Nas entrevistas, elas atribuem os avanços, a seguir apresentados, à mobilização social provocada na região pelo Coletivo de Mulheres.

### **5.3 Resultados alcançados pelo movimento social: um caminho de avanços e retrocessos**

Muitas ações do Coletivo foram analisadas como potentes pelas ativistas e interlocutoras, tais como: produção de mídias sociais sobre violência obstétrica; campanhas de engajamento em defesa dos Centros de Parto Normal; projeto de Doulas voluntárias em Unidades de Saúde da Família e Hospital; divulgação da problemática na região por meio dos jornais e rádios locais; projeto de educação em saúde em parceria com a Universidade para adolescentes nas escolas; controle social junto aos espaços de participação da esfera pública; ouvidorias com relatos de violência obstétrica; cursos voltados aos profissionais; proposição de Plano de Parto; e cartas públicas direcionadas às instituições.

Ainda assim, pela análise dos dados, percebe-se que a transição paradigmática da assistência à saúde sexual e reprodutiva, em especial a atenção ao parto, tem se mostrado lenta e dificultada na região estudada, mesmo com os esforços do Coletivo de Mulheres e das profissionais e coordenadoras de saúde que se envolveram na agenda da Rede Cegonha. Ainda assim, ativistas e interlocutoras avaliam que o movimento alcançou ganhos na região, sendo mais evidentes no município de Porto Seguro e no Hospital HRDLEM, e menos presentes nos demais municípios.

Dentre as conquistas e avanços notados pelas participantes do estudo, foram citados os seguintes fatos como desdobramentos da ação do Coletivo de Mulheres na região:

- a) entrada do tema na agenda pública, evidenciada pela retomada da implementação da Rede Cegonha na região, pela criação dos Fóruns Regionais da Rede Cegonha, pela inclusão do tema no debate eleitoral dos municípios de Porto Seguro e Eunápolis no ano de 2020 e pelo envolvimento de vereadores que pautaram o tema na câmara no ano de 2020;
- b) visibilidade e acesso às doulas, alcançada a partir da realização de trabalho voluntários nos serviços de saúde, com destaque para as rodas com

gestantes durante o pré-natal em Unidades de Saúde da Família do município de Porto Seguro e o projeto piloto realizado no Hospital HRDLEM;

- c) aumento de enfermeiras obstétricas na equipe do Hospital HRDLEM;
- d) andamento do processo para dar início à construção do Centro de Parto Normal no município de Eunápolis;
- e) fomento a ouvidorias com denúncia de violência obstétrica que geraram consequências para os profissionais citados, no município de Porto Seguro e no Hospital HRDLEM;
- f) fortalecimento do vínculo da Universidade Federal do Sul da Bahia com o território, a política pública de saúde e os movimentos sociais de mulheres;
- g) estímulo à participação social de mulheres e ao envolvimento dos demais movimentos sociais da região com a pauta da saúde materno-infantil e com o controle social junto à política Rede Cegonha;
- h) incentivo a formação de doulas na região;
- i) ampliação do acesso a informações para as mulheres, especialmente por meio das rodas de gestantes realizadas nas Unidades de Saúde Família dos municípios de Porto Seguro e Eunápolis;
- j) melhorias no cumprimento da lei do acompanhante, principalmente nos Hospitais HRDLEM e no hospital público de Eunápolis, antes da pandemia de covid-19;
- k) introdução do Plano de Parto no município de Porto Seguro, antes da mudança de gestão pós-eleições 2020, e maior visibilidade para esse instrumento entre as gestantes e demais participantes das atividades do Coletivo;
- l) retomada das visitas de vinculação ao Hospital HRDLEM, antes da pandemia de covid-19;
- m) encaminhamento de demandas ao Ministério Público, especialmente voltada à criação do Centro de Parto Normal no município de Porto Seguro. O MP acolheu a demanda, mas o diálogo realizado em audiências pouco avançou e o processo continuou sem resposta até o fechamento desta tese;
- n) desenvolvimento de capacitações e educação permanente voltada aos profissionais de saúde e da assistência social;
- o) fomento a pesquisas científicas na região a respeito da temática;

- p) ampliação da relação do Coletivo com outros coletivos e movimentos sociais de mulheres de outros municípios da região;
- q) produção de mídias informativas com relatos da própria região, servindo para ser utilizado em atividades desenvolvidas em diferentes âmbitos (ex: projetos, oficinas, minicursos, reuniões, eventos).

Apesar dos avanços reconhecidos, as entrevistadas apontaram diversos retrocessos e obstáculos. Isso porque, como exposto anteriormente, os inúmeros desafios impostos pela pandemia de covid-19 acarretaram ao movimento social uma série de perdas relacionadas aos mesmos avanços que pareciam terem sido conquistados.

Os indicadores de assistência ao parto na região, por sua vez, mostraram-se intactos. Conforme os dados apresentados no quadro 7, nota-se que o percentual de cesáreas permaneceu o mesmo no período no Hospital HRDLEM, mantendo os mesmos 32%. Nos demais serviços e municípios, entretanto, o percentual cesáreas aumentou<sup>47</sup>.

**Quadro 7** - Percentual de nascidos vivos por cesárea por local de ocorrência nos anos de 2015 e 2020 nos municípios Porto Seguro, Eunápolis, Itagimirim e Teixeira de Freitas

Município/Hospital	Percentual de Cesáreas por local de ocorrência	
	Ano 2015	Ano 2020
Porto Seguro/HRDLEM	32%	32%
Eunápolis	51%	55%
Itagimirim	23%	43%
Teixeira de Freitas	50%	52%

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2022.

Fonte: elaborado pela pesquisadora, 2022.

A manutenção das cesáreas em taxas elevadas corrobora o que foi destacado ao longo desta tese a respeito do poder médico e da dificuldade de mobilizar esta categoria profissional para a agenda de transição paradigmática. O que se percebe com esses indicadores é que, mesmo com todo o empenho realizado pelo Coletivo de mulheres e pelas gestoras e trabalhadoras que se envolveram na implementação da Rede Cegonha, os efeitos concretos para a mudança das práticas assistenciais ainda parecem distantes da realidade. Neste contexto, o poder obstétrico, conceituado por Ramírez (2014)<sup>48</sup>, pareceu sobrepor-se aos demais condicionantes da violência obstétrica, demonstrando ser um obstáculo muito complexo na estudada na região.

<sup>47</sup> Dados obtidos a partir do sistema DATA-SUS, sistema nacional de dados e informações em saúde do SUS. Optou-se por analisar a taxa de cesáreas, dando ênfase ao ano de 2015, anterior à pactuação regional da política Rede Cegonha, e ao ano de 2020, como forma de comparação.

<sup>48</sup> Conceito exposto na página 95 desta tese.

Neste cenário precário, a ação do Coletivo nos espaços de participação social não foi suficiente para influenciar que gestores oficiais<sup>49</sup>, cujo poder e governabilidade destacam-se perante os demais, tomassem decisões e condutas para transformar profundamente o modelo de atenção à saúde obstétrica vigente na região. Também não foi suficiente para conquistar a adesão da medicina, pois, ainda que algumas ações possam ter surtido algum efeito para um ou outro profissional, a hierarquia e o distanciamento da categoria médica na esfera pública mantiveram-se quase intacta.

Uma das ativistas destaca a importância da pressão social como recurso e estratégia de luta necessária para alcançar esse tipo de ator social, que se mantém distante e protegido com seu poder institucionalizado. Para ela, a pressão funciona quando “incomoda”:

Eu acho que um dos movimentos mais impactantes do Coletivo foi nesse período da pandemia. (...). Eles começaram a ficar preocupados, inclusive já tem candidatos preocupados com essa pauta. Então veja o tamanho do nosso reboiço, a gente já conseguiu incomodar até os candidatos, para eles colocarem isso em pauta (Ativista Cajueiro).

De fato, foi desempenhando o seu papel de controle social, ora propositivo/dialógico e ora intransigente/pressionador, que as ativistas alcançaram uma diversidade de atrizes/atores sociais e avanços. Porém, frente aos obstáculos e retrocessos, algumas das ativistas demonstraram valorizar resultados mais subjetivos, que puderam ser sentidos por elas desde sua realidade e na vida das mulheres que elas acolheram. A ativista Aroeira, por exemplo, revelou como tem sido satisfatório obter o retorno das mulheres que participaram de atividades do Coletivo e que tiveram, de alguma maneira, suas vidas transformadas: “a gente viu cenários de parto serem mudados (...). Isso é maravilhoso! É um privilégio ser doula e representar a comunidade” (Ativista Aroeira).

Neste sentido, percebe-se que as conquistas individuais obtidas com o apoio do Coletivo são motivadoras para a continuidade da ação social, pois refletem casos concretos de mulheres tornando-se mais autônomas frente à assistência ofertada nos serviços de saúde. Na avaliação de ativistas e interlocutoras, a visibilidade para o problema da violência obstétrica foi a maior conquista do movimento social, pois mulheres, adolescentes, estudantes de saúde e profissionais da atenção e da gestão do SUS foram alcançados, diretamente ou indiretamente, pelas informações e ações do Coletivo de Mulheres.

A análise das ações e dos resultados do Coletivo pela perspectiva das ativistas e interlocutoras entrevistadas nesta pesquisa, permite compreender que o papel do Coletivo de

---

<sup>49</sup> Considera-se gestor oficial aquele que ocupa cargo hierarquicamente superior, ou seja, que é capaz de tomar decisões políticas e/ou orçamentárias que direcionam o modelo de atenção à saúde. Exemplo: prefeito/a, secretário/a de saúde, governador/a, promotor/a público.

Mulheres na transição paradigmática da qualidade da saúde materno-infantil e da saúde reprodutiva nas políticas públicas implementadas na região Sul da Bahia, durante os anos de 2017 a 2020, foi a vocalização da violência obstétrica na esfera pública, para tirar do silêncio e da invisibilidade este grave problema.

Para desempenhar o papel vocalizador em sua trajetória de participação social, o Coletivo desenvolveu ações de denúncia, educação e controle social coerentes com os três caminhos de intervenção citados por Diniz *et al* (2015). Entretanto, a partir do levantamento das ações do Coletivo em cada ano e todo o estudo de caso realizado nesta pesquisa, foi possível evidenciar a existência de um ponto de partida em seu fazer: o acolhimento das mulheres que sofreram esse tipo de violência.

Foi a partir de uma postura de escuta e acolhimento, perante as mulheres que sofrem as consequências deste tipo de violência, que as ativistas do Coletivo de Mulheres conseguiram vocalizar a violência obstétrica na região e desenvolver todo tipo de ação mencionada.

#### **5.4 O acolhimento como contribuição do Coletivo de Mulheres**

A partir do questionário *online* foi possível conhecer as atitudes das ativistas mediante a violência obstétrica que sofreram e os resultados evidenciam duas realidades relacionadas ao baixo índice de denúncias: a falta de informação que impede que a mulher se reconheça como vítima e a ausência de canais de acolhimento para fazerem seus relatos, situações citadas pelas ativistas que sofreram violência obstétrica.

A maioria das ativistas (43%) informou ter tomado as seguintes condutas: “contei meu caso em grupos e redes sociais para informar outras mulheres” e “contei meu caso apenas para pessoas mais próximas”. A opção “não denunciei meu caso em instituições, ouvidorias e/ou órgãos de controle” foi a única resposta selecionada por quase um quarto das mulheres (23%), revelando que para elas não foi possível romper o silêncio e tomar qualquer tipo de atitude depois da violência obstétrica.

Todas as mulheres que não tomaram qualquer atitude após a violência obstétrica completaram escrevendo que a falta de conhecimento e de canais de escuta foram os principais condicionantes da não ação delas frente à violência obstétrica, como pode-se interpretar em cada uma das seguintes respostas: “não entendi como violência na época”, “na época não sabia como me portar diante da situação de vulnerabilidade que eu me encontrava”,

“na época não tinha o entendimento sobre todos os tipos de violência obstétrica”, e “não denunciei porque não sabia como denunciar”.

Ainda sobre a atitude da mulher após a violência obstétrica, houve uma ativista que escolheu a opção “procurei mais informações sobre meus direitos e casos semelhantes” e outra que escolheu “encaminhei meu caso para o Coletivo”, sendo que a mulher que encaminhou o caso ao Coletivo, foi a mesma única que encaminhou a denúncia aos órgãos competentes. Esses dados reforçam como o caminho da denúncia ainda está distante da realidade das mulheres que sofrem violências obstétricas.

Ao serem perguntadas se já haviam acolhido outras mulheres que sofreram violência obstétrica, mais de 95% das ativistas responderam que sim. Quando perguntadas a respeito da ação desencadeada a partir do acolhimento de mulheres que sofreram violência obstétrica, todas as ativistas afirmaram terem acolhido com escuta e empatia. A maioria das ativistas relatou ter indicado canais oficiais de ouvidoria e incentivado que formalizassem a denúncia (72%) e uma parcela menor encaminhou a mulher acolhida ao próprio Coletivo (22%).

De fato, em diversos momentos o Coletivo procurou se colocar como uma mediação que pudesse facilitar com que o relato da mulher chegasse até os gestores e profissionais de saúde responsáveis. Além disso, incentivava que os canais de ouvidoria fossem compartilhados e que, se alguma mulher precisasse de apoio para denunciar, que procurasse o Coletivo. Entretanto, como as ativistas do Coletivo que possuem suas próprias experiências e traumas da violência obstétrica, se sentem acolhendo relatos de violência obstétrica de outras mulheres? A fala da ativista Aroeira, que viveu graves violências em seus três partos, indica alguns aspectos desse acolhimento:

Eu fico ‘enlutada’ com cada relato que recebo. Eu sinto o luto por elas, porque a gente consegue olhar na visão dessas mulheres, (eu que vivo isso de muito perto, assim ao vivo mesmo) eu consigo ver a dor e o luto dessas mulheres. E além disso eu consigo sentir, porque passei na pele né, quando a gente sente na pele, a gente consegue entender a dor da outra pessoa. (...) Eu escutando isso, eu começo a vivenciar (...) a passar na minha frente aquele filme de terror que eu vivenciei no “Hospital HRDLEM”. Então, quando eu escuto isso hoje, 20 anos depois, 15 anos depois, 11 anos depois... A gente não acredita que estamos ainda vivendo nessa realidade. É surreal passar por isso (Ativista Aroeira).

Ao examinar as falas de outra ativista a respeito desse acolhimento desde o lugar de também vítima de violência obstétrica, percebe-se diferenças de posição social entre elas que podem tornar o acolhimento mais fácil ou mais doloroso:

Eu não sabia o que era violência obstétrica, já tinha ouvido falar. Mas quando a gente passa pela situação, é bem diferente né?! Então, pra mim era um momento que eu estava passando e que tinha que passar por aquilo. Um



tempo depois eu percebi que o que estava sofrendo era violência obstétrica. Então, a partir desse momento, o que eu posso fazer pra ajudar as mulheres, pra evitar a violência ou pra denunciar, então eu estou fazendo. (...) pra ser sincera, pré-natal e parto é uma coisa que eu amo de paixão, então, pra mim, é fácil falar e orientar (Ativista Canela).

Em que pese que as duas ativistas tenham construído identidade com a saúde materno-infantil por meio da formação em obstetrícia (Aroeira como doula e Canela como enfermeira obstetra) e do ativismo no Coletivo, o acolhimento das duas partem de posições muito diferentes. Canela trabalha como enfermeira em uma Unidade de Saúde da Família no município Santa Cruz Cabralia e atende muitas mulheres no pré-natal e no puerpério e, nesse contexto, ela aproveita o que aprendeu sobre violência obstétrica e direitos reprodutivos ao preparar as gestantes para o parto durante o pré-natal e ao atender as puérperas que voltam do parto hospitalar, desenvolvendo uma comunicação ativa específica para conseguir identificar situações de violência e acolher relatos em seus atendimentos, como vemos em sua fala:

Olha, diretamente, pra pessoa chegar assim expondo os fatos é meio difícil, sabe? Às vezes por falta de conhecimento... Mas eu pergunto, “como é que foi?”, principalmente numa consulta de puerpério, a mulher tá ali naquele momento e eu pergunto “Como é que foi?”, “Te trataram bem?”, “Não te falaram nada não, né?”, tipo assim, pergunto. Aí, elas falam, às vezes, se sofreu, elas falam “Nossa sofri demais”, aí elas se abrem. (...) Às vezes eu percebo, como eu te falei, talvez por falta de conhecimento, pra elas não é fácil falar, mas quando a gente pergunta, que deixa espaço pra elas responderem, aí fica mais fácil pra elas exporem. (...) Faço pergunta. “Colocaram remédio na sua veia?”. Porque assim, a gente fala mais numa linguagem mais popular com as pessoas né. “Colocaram remédio na sua veia?”, “induziram o parto?”, “apertaram sua barriga?”. Eu pergunto mesmo na consulta. (...) Elas falam. “Ah, a médica fez isso”, “empurraram meu neném, só faltou quebrar minha coluna”. São relatos bem comuns, sabe? (Ativista Canela)

Enquanto Canela, como profissional de saúde, acolhe mulheres especialmente com relatos de violência obstétrica, a posição social da ativista Aroeira é diferente, pois ela atua como doula comunitária de maneira voluntária, sem o suporte de uma rede de serviços de saúde. Na realidade de Aroeira, sendo mulher preta, pobre e mãe solo, o acolhimento de outras mulheres da sua comunidade, por vezes, torna-se um fardo pesado de carregar:

Essa história da doula é muito novo, né. Assim, as pessoas quando a gente fala em doula, as pessoas não sabem direito o que é doula e quer saber o que é, e quando descobre o que é, fica maravilhado. Principalmente as mulheres que sofrem violência obstétrica, elas veem na doula, tipo assim, “olha se eu tiver uma doula não vou sofrer Violência Obstétrica”, esse é o pensamento. Claro que a gente sabe que isso não é verdade, né. Mas, elas têm visto na doula, tipo assim “você vai me proteger”. É um alívio, é isso que elas veem em mim, né? O que me traz uma grande responsabilidade e não é uma coisa muito legal, porque eu não consigo proteger todo mundo, eu não consigo ajudar todo mundo e elas meio que sentem “não, mas a gente tem uma

doula”. Tem gente no hospital que entra pra parir e me liga de lá dentro do hospital, porque “eu vou ligar e se ela souber que eu tô aqui vai dar tudo certo comigo”. Eu tenho percebido isso com muita frequência, então assim, ser doula é maravilhoso, poder ajudar, poder contribuir de alguma forma para trazer tranquilidade, calma para essas mulheres, para os familiares. Mas a responsabilidade é essa, por causa do sistema que nós temos, acaba desandando né, e a gente sabe que ser doula não é uma coisa muito bacana, não é muito bem recebida no sistema de saúde, pelo contrário. Então a gente tem esses enfrentamentos e isso me traz uma angústia muito grande, mas do outro lado, a gente acaba trazendo tranquilidade. A realidade é diferente para mim, sozinha realmente acaba ficando pesado, porque às vezes à noite eu não consigo dormir (Ativista Aroeira).

A análise da experiência de Aroeira em seu papel como liderança comunitária, que é anterior ao de doula, mostrou que os relatos de violência obstétrica das mulheres de sua comunidade passaram a chegar frequentemente para ela depois que passou a atuar no Coletivo, tornando-se uma referência de acolhimento para as mulheres. Nessa missão, para ela, “o Coletivo é o combustível, é a energia, é a válvula, é tudo” e possibilita que lute pelos direitos das mulheres:

Então, o “Coletivo” influencia diretamente na minha vida, é a força que eu tenho para continuar dando esse grito. Quando a gente vai para o fórum, a gente vai como “Coletivo”. Então, eu acho que nenhuma de nós, sozinha, fariamos absolutamente nada. Nenhuma de nós, sozinha, conseguiria... Porque assim, a gente fala de violência, fala desse cenário triste, mas nós também temos muitas vitórias! (...) O Coletivo pra mim é tipo isso, o meu combustível. Se não tiver o Coletivo, não tiver aí o apoio de todas de vocês, eu não vou nem ligar, vou ficar parada, atrofiada. Então, o Coletivo é combustível para essa luta (Ativista Aroeira).

Essa referência ao Coletivo de Mulheres como um agente mobilizador ou ativador também está presente na fala da interlocutora de Eunápolis: “(...) me organiza e me dá força, porque é muito ruim remar contra a corrente sozinha”. Para ela, a ação dos movimentos sociais para informar as mulheres e o trabalho de educação em saúde dos profissionais no pré-natal são importantes maneiras de enfrentar o problema da violência obstétrica.

A sensação de acolhimento representada pela interlocutora de Eunápolis nesta relação de parceria com o Coletivo de mulheres tem sentido semelhante ao que foi apresentado por Aroeira e outras ativistas, reafirmando que a prática de acolhimento transcende o próprio regime de pertencimento do grupo. Segundo a interlocutora entrevistada, o contato com o Coletivo impulsionou ações em seu trabalho como médica, gestora e docente:

Foi a partir de vocês que tive contato com as pessoas que fizeram a palestra, foi a partir de vocês que comecei a pensar mais sobre a situação aqui do município, senão não teria nenhum panorama oficial sobre essa questão, acaba que traz o tema. Ter referências de com quem conversar e com quem buscar. Até usei o vídeo de vocês para sensibilizar na palestra que fizemos, aquele vídeo dos relatos das mulheres. Então, traz mais pra próximo da gente

da realidade, não é algo que eu estudei, não é algo que é teoria. É algo que acontece na região e a gente precisa falar sobre e colocar nas pautas das questões oficiais (Interlocutora de Eunápolis).

Ao falar sobre como a violência obstétrica se apresenta para ela no momento atual, a interlocutora de Eunápolis conta que é a partir dos relatos, tanto das mulheres acolhidas pelos coletivos locais, quanto das mulheres que ela acolhe durante sua própria prática profissional como médica junto a gestantes e puérperas, como ela conta: “eu sempre pergunto se já aconteceu alguma coisa. Quando tô fazendo o pré-natal, explicou o quê que é, digo o quê que é normal ou não é normal, para tentar preparar essa mulher, caso ocorra alguma coisa”.

Ao analisar as ações e relações do Coletivo, especialmente, através da percepção das ativistas: Aroeira, mulher preta e doula comunitária em Porto Seguro; Canela, mulher preta e enfermeira em Santa Cruz Cabralia; e Hortelã, jovem indígena e estudante universitária da UFSB; bem como da interlocutora de Eunápolis, mulher branca e médica; compreendi a potência que o Coletivo tem em favorecer a multiplicação de ações locais de acolhimento das mulheres na região, por meio da adesão de mulheres que desempenham importantes papéis na ação comunitária, nos serviços de saúde ou em projetos de extensão universitária.

Porém, algumas diferenças entre essas mulheres (que acolhem outras mulheres em situação de violência) levantam a questão das desigualdades sociais como um fator específico a ser analisado, pois a posição social de quem acolhe parece influenciar diretamente a prática de acolhimento. Em suas falas, Aroeira demonstra uma sensação de solidão no seu ativismo voluntário que a difere das demais e essa diferença decorre da ausência de recursos institucionais e dos limites emocionais impostos pelos próprios traumas das violências obstétricas que vivenciou.

Assim, a questão do trauma e das consequências psicológicas da violência obstétrica suscita um debate sobre o cuidado em saúde que essas mulheres necessitam, ao que se indaga: qual a capacidade e a responsabilidade que os serviços de saúde têm hoje de acolher e cuidar da mulher que sofreu violência obstétrica?

Como pesquisa participante, ficou evidente que os serviços de saúde da região Sul da Bahia não estão se responsabilizando e nem acolhendo as mulheres que sofreram violência obstétrica, tendo ficado a cargo do movimento social essa ação. Na fala a seguir, Aroeira aponta como poderia ser diferente se houvesse uma rede profissional de apoio, no âmbito das próprias políticas públicas assistenciais:

porque assim, eu sou doula, não sou psicóloga, então a gente precisaria de uma parceria, de uma equipe preparada para atuar juntas. Porque, por ser mulher, por não ter trabalhado dentro de unidade de saúde... não ter um

lugar preparado para receber, não ter uma casa para mulheres poderem se ver e apoiar... A gente, às vezes, se sente incapaz de ajudar. Eu acho que teria que ter mais braços, mais apoio, teria que ter uma casa da mulher, com uma equipe formada, preparada, para unir forças juntas. Eu me sinto muito sozinha às vezes, nessa luta. Claro que porque elas conhecem a mim, eu sou uma pessoa conhecida, vista, então sou a única da comunidade, que mora na comunidade e que elas conseguem ter acesso. Infelizmente eu sou a única que elas conseguem chegar, conseguem pedir socorro, então, por isso o obstáculo para mim é grande, cuidado é grande, porque nem sempre consigo atendê-las naquele momento, nem sempre consigo ir ou estar ali. Às vezes, eu não consigo ir, não consigo apoiar naquele momento, e quando eu chego depois, o estrago já tá muito maior, a violência já tomou uma proporção, uma dimensão que a gente não consegue acreditar. Se tivesse uma casa da mulher, se tivesse mais braço para atuar juntas, se tivesse mais doulas na comunidade, essa equipe fosse mais acessível, eu acho que seria muito melhor, seria um sonho (Ativista Aroeira).

Por meio da análise nesta tese foi possível refletir sobre o papel do Coletivo de Mulheres na transição paradigmática do cuidado em saúde materno-infantil e da saúde sexual e reprodutiva na região estudada. O acolhimento às mulheres vítimas de violência obstétrica foi interpretado como uma prática fundante para o Coletivo, tendo sido observada no histórico de criação e de atuação das ativistas como a principal razão mobilizadora de ações.

Com relação às ações desencadeadas pelo Coletivo a partir do acolhimento dos relatos das vítimas de violência, percebem-se fazeres cotidianos que voltaram-se a acolher, denunciar, educar e cuidar: acolher as mulheres que sofrem as consequências deste tipo de violência; denunciar os casos para dar visibilidade pública à violência obstétrica; informar para potencializar o poder de escolha e a autonomia das mulheres sobre os direitos reprodutivos e as práticas na assistência à saúde materno-infantil; e cuidar das mulheres para protegê-las das violações. A combinação desses objetivos permitiu o conjunto de ações e estratégias descritas anteriormente e estiveram relacionadas às conquistas nomeadas pelas ativistas e interlocutoras como decorrentes da mobilização social.

O papel cuidador, por sua vez, tornou-se possível ao movimento social pela quantidade de doulas e enfermeiras que atuavam no Coletivo e que desejaram realizar um trabalho voluntário. Nesse contexto, não é o Coletivo em si que cuida das mulheres, mas o Coletivo organizou e deu suporte para que, principalmente as doulas, realizassem um trabalho voluntário de cuidar de gestantes, parturientes e puérperas. A própria prática de acolhimento de mulheres com relatos de violência obstétrica configura-se como uma prática de cuidado que, no Coletivo, tem se realizado no campo da solidariedade entre as mulheres, justamente por se tratar de um contexto em que os serviços de saúde se mostraram despreparados para, profissionalmente, acolher esse tipo de demanda e cuidar dessas pessoas.

Por fim, neste contexto, além da lacuna do acolhimento evidenciada nos serviços de saúde e trabalhada neste capítulo como um achado da pesquisa, foi encontrada uma lacuna referente ao abortamento na prática de acolhimento realizada pelo Coletivo de Mulheres. O capítulo a seguir dedica-se a este tema em específico.

## 6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E ABORTO

Este capítulo discute a nebulosidade do aborto no contexto do debate acadêmico sobre violência obstétrica e esforça-se em apresentar contribuições para a agenda de pesquisa. Para tanto, analisa resultados desta pesquisa social e, com o apoio de alguns estudos nesta temática, apresenta aspectos que aproximam e distanciam esses dois fenômenos da reprodução humana.

### 6.1 Lacunas nas informações sobre violência obstétrica durante os abortamentos

O aborto é um acontecimento que marca a interrupção de uma gestação, tornando-a inviável. Segundo Bomfim *et al* (2021), a palavra deriva do latim *aboriri* e significa ‘separação do sítio adequado’. O termo refere-se ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina. Na área da saúde, conveniu-se pelo uso do termo abortamento para expressar qualquer processo de ameaça à gravidez, podendo ser espontâneo ou induzido e resultar ou não em perda gestacional.

Outra tipificação importante para o debate do aborto diz respeito a ser seguro ou inseguro, encontrando relação direta com o contexto legal. O abortamento seguro é uma realidade acessível em quase todos os países desenvolvidos, onde foram criados critérios que são seguidos pelas solicitantes e serviços de saúde especializados em acolhê-las, criando, inclusive, a possibilidade de desistência do aborto mediante apoio recebido. Entretanto, essa não é a realidade da maioria dos países em desenvolvimento, onde o acesso a um abortamento seguro é desigual e restrito à poucas mulheres. A OMS há tempos vem alertando para a importância de requisitos básicos de segurança durante os abortamentos, para que deixem de “ser um privilégio dos ricos”, pois as mulheres de baixa renda continuam recorrendo a práticas tecnicamente não recomendáveis (OMS, 2013).

Esta realidade nos países desenvolvidos, entretanto, demanda discussões, uma vez que o aborto legal envolve múltiplos fatores relacionados às realidades e aos contextos sociais de cada país, onde os serviços de aborto legal são ofertados. Cabe assinalar que, em alguns países, o aborto é apenas legal se a gravidez ameaçar a vida da mulher. Em outros, se a gravidez é resultado de estupros ou incestos. Na Alemanha, por exemplo, o aborto legal pode estar relacionado também às condições socioeconômicas das mulheres (MIANI; RAZUM, 2021).

Atualmente, a legislação brasileira somente prevê a possibilidade de aborto seguro em casos de estupro, risco de morte da mãe e alguns tipos específicos de deficiência fetal incompatíveis com a vida, contudo, mesmo nos casos previstos em lei, o acesso para a mulher tem sido dificultado com obstáculos e desrespeitos (LIMA, 2020). Ao impor este contexto de restrição às meninas e mulheres, o Brasil mantém constante a prática do abortamento inseguro: um procedimento realizado ou orientado, na sua grande maioria, por indivíduos sem habilidades profissionais e em ambiente sem os padrões médicos e sanitários exigidos, tal como definido pela OMS (2013).

Os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016<sup>50</sup> mostraram que o aborto induzido segue sendo uma prática comum e persistente na vida das mulheres. Em números aproximados, o inquérito constatou que uma em cada cinco mulheres de 40 anos já provocou um aborto em sua vida. Quando comparados aos resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2010, os dados apontam uma diminuição das internações por aborto, entretanto, segundo pesquisadores da temática, esta diminuição indica uma ampliação do uso de métodos mais seguros para abortar; o que na prática, portanto, não corresponde à diminuição da ocorrência do aborto induzido (DINIZ *et al*, 2017).

Sobre o perfil da brasileira que aborta, pesquisadores insistem que não há razão nos estereótipos, pois, quem aborta é uma “mulher comum”:

O aborto é frequente na juventude, mas também ocorre com muita frequência entre adultas jovens. Essas mulheres já são ou se tornarão mães, esposas e trabalhadoras em todas as regiões do Brasil, todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencerão a todas as grandes religiões do país (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 659).

Contudo, a ilegalidade impõe um risco muito maior para as mulheres que, sem acesso a recursos médicos para a realização de um aborto seguro, recorrem aos abortos clandestinos (BRASIL, 2009). Essas, em geral, são mulheres de baixa escolaridade e renda, em sua maioria pretas, pardas e indígenas, e sofrem maus-tratos e abusos no momento do atendimento (DINIZ *et al.*, 2017). Neste ponto, há uma proximidade com os resultados das pesquisas sobre violência obstétrica pois, como também a literatura ressalta, são as mulheres negras as que mais sofrem maus-tratos e abusos no momento do atendimento ao parto (LEAL, *et al*, 2017; RIOS, 2020).

---

<sup>50</sup> Trata-se de um inquérito domiciliar brasileiro realizado com mulheres urbanas e alfabetizadas, com idade entre 18 e 39 anos, cujo método combinou entrevistas face-a-face e técnica de urna, com o objetivo de comparar resultados com a Pesquisa Nacional de Aborto de 2010 para compreender a grandiosidade desta prática no Brasil (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Como já demonstrado nos capítulos anteriores, a maioria dos relatos de mulheres disponíveis na internet e nos estudos acadêmicos realizados sobre a violência obstétrica, tem focado, principalmente, no que acontece no momento do parto, implicando em uma menor visibilidade para maus-tratos e desrespeitos que ocorrem durante outras fases do ciclo reprodutivo (ONU, 2019; TOBASÍA-HEGE *et al*, 2019).

De acordo com a revisão de literatura realizada por Martins e Barros (2016), a maior lacuna de informações parece ser a respeito da violência obstétrica durante os abortamentos. Segundo as autoras, a partir de revisão da literatura científica entre os anos de 2006 e 2016, nenhum artigo brasileiro sobre violência obstétrica fazia menção à problemática do abortamento. Esta lacuna também foi indicada na revisão das publicações da América Latina. Segundo Tobasía-Hege *et al* (2019), dentre os estudos latino-americanos sobre violência obstétrica, há um pequeno número que se dedica a descrever os tipos de maus-tratos e práticas discriminatórias no trato com mulheres em situação de abortamento<sup>51</sup>.

La evidencia sugiere que la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto y el aborto son problemas de derechos humanos y salud pública prevalentes en algunos países de la Región. Es necesario lograr consenso internacional sobre la definición y operacionalización de este problema y desarrollar métodos estandarizados para su medición (TOBASÍA-HEGE *et al*, 2019, p.1).

Os tipos de violência mais comuns relatados pelas mulheres no abortamento e identificados em um estudo brasileiro<sup>52</sup> foram: abusos verbais, abandono, negligência, toques ginecológicos excessivos, acusações de ter provocado o aborto ilegalmente e o atendimento em ala obstétrica comum que reúne em um mesmo ambiente: grávidas em trabalho de parto, puérperas com seus recém-nascidos e mulheres com perdas fetais. Segundo os pesquisadores, essas queixas apontam dois importantes problemas do modelo de atenção: a fragilidade na capacidade de comunicação dos trabalhadores de saúde e o déficit na capacidade das maternidades em acolher todas as mulheres que necessitam de atendimento (PEDROSA, 2017).

Conforme Martins e Barros (2016), apesar da violência obstétrica ser recorrente para mulheres que induziram o aborto, as violações atingem também as mulheres que passam pelo aborto espontâneo, sendo muito comum nesses casos que a mulher tenha que lidar com a desconfiança da equipe sobre a natureza do seu aborto. Vale ressaltar que o aborto espontâneo

---

<sup>51</sup> Dentre os 18 estudos analisados, apenas quatro citavam abortamento e em apenas três destes eram descritos os tipos de violência obstétrica em situações de abortamento.

<sup>52</sup> Dados coletados no período de abril a julho de 2015 nas duas maiores maternidades públicas de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. O estudo incluiu 15 mulheres de idade entre 20 e 39 anos internadas com diagnóstico de abortamento (PEDROSA, 2017).



é comum na saúde reprodutiva, sendo estimado entre 15 e 20% das gestações diagnosticadas (OLIVEIRA *et al*, 2020).

Dessa forma, podem ser encontradas nos serviços de saúde mulheres em diferentes situações de abortamento, resultantes de combinações distintas entre: ter gravidez desejada ou indesejada, ser um abortamento espontâneo ou induzido, ter acesso ao abortamento seguro previsto em lei ou inseguro clandestino. Independente da condição do abortamento da mulher, os profissionais e os serviços de saúde devem atendê-la com respeito e com as melhores práticas respaldadas em legítimas evidências científicas.

Dentre os resultados da pesquisa nacional “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, realizada nos anos 2011 e 2012, as razões e taxas de morbimortalidade materna associadas aos abortamentos receberam destaque e foram fundamentais no delineamento das pesquisas seguintes, que passaram a incluir as mulheres atendidas por abortamentos na coleta de dados junto aos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2016).

De fato, as mortes maternas no Brasil não podem ser avaliadas distante dos dados que resultam da ilegalidade do aborto, pois as consequências para a saúde das mulheres ficam mais evidentes neste contexto. A criminalização favorece a perpetuação da desigualdade social e pouco contribui para a redução do aborto (BRASIL, 2009). Desta maneira, “considerando que grande parte dos abortos é ilegal e, portanto, feito fora das condições plenas de atenção à saúde, essas magnitudes colocam, indiscutivelmente, o aborto como um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil” (DINIZ *et al*, 2017, p. 659).

De acordo com a OMS, o aborto inseguro representa 13% das causas de morte materna e 20% das causas de morbimortalidade, sendo que quase a totalidade dessas mulheres residem em países nos quais o abortamento é proibido. Enquanto isso, nos países com menos restrições de acesso ao aborto seguro os indicadores de morbimortalidade caem “drasticamente” (OMS, 2013). Segundo a Organização, “onde há acesso a serviços seguros, tanto o abortamento inseguro quanto a morbidade e a mortalidade ligadas ao abortamento diminuem” (OMS, 2013, p. 90).

Em estudo recente, Bomfim e colaboradores (2021) indicam que as mulheres que mais morreram por aborto no Brasil nas duas últimas décadas foram aquelas com idade entre 20-29 anos, solteiras e de cor parda, sendo que, quando somadas pardas e pretas, o percentual chega a 60%. Esses achados decorreram da pesquisa sobre a mortalidade por aborto no Brasil realizada com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do SUS referentes às duas primeiras décadas do milênio, ou seja, do ano 2000 ao ano 2020. A partir dos resultados, as

autoras tratam da relação entre desigualdade social e morte por aborto, evidenciada pela associação entre morte por aborto e baixo nível de escolaridade.

Na referida pesquisa, Bomfim e colaboradores (2021) revelam também que a morte por aborto tem cor e idade de risco, pois apresentam os dados alarmantes para as mulheres negras e para as adolescentes, em especial da região nordeste do Brasil:

Percebeu-se ainda, que as principais vítimas de procedimentos de aborto em geral são mulheres negras que cada vez são mulheres mais jovens. Entre os anos de 2009 e 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou oficialmente 721 mortes de mulheres por aborto em sua maioria negras ou pardas com baixo acesso a informações e cuidados humanizados. A cada 10 mulheres que vinham a óbito, 6 eram pretas ou pardas. Ressalta-se ainda que apenas de 2010 a 2019, o SUS registrou 24,8 mil internações por aborto de meninas de 10 até 14 anos números alarmantes em um país em desenvolvimento. Lembra-se que a maioria das ocorrências dos abortos em meninas de 10 até 14 anos acontece no Nordeste por se tratar da região mais pobre do país com baixa acessibilidade a recursos pagos e até mesmo informações acerca do assunto (BOMFIM *et al*, 2021, p. 7).

Pelo exposto até aqui, entende-se que a gravidade do aborto como tema de saúde pública justifica que a lacuna do aborto no debate sobre a humanização da assistência obstétrica seja um tema importante a ser analisado, visto que a lacuna foi encontrada nesta pesquisa. Dentre as ativistas do Coletivo, encontra-se um percentual 47% de mulheres com experiência de ao menos um aborto e nenhum relato de violência obstétrica relacionado<sup>53</sup>. Na coleta de dado não houve distinção entre aborto espontâneo ou induzido e nem perguntas específicas que pudessem oferecer mais informações para a análise da assistência à saúde recebida especificamente nessas situações de abortamento.

Jean Rios<sup>54</sup> (2020) realizou sua pesquisa-ação sobre violência obstétrica nesta mesma região, no município de Eunápolis, onde entrevistou 10 gestantes (entre 19 e 29 anos) e 13 mães (entre 18 e 53 anos) e identificou o abortamento como uma vivência comum: “a maioria das mulheres participantes da pesquisa tanto do grupo de gestantes quanto do CRAS<sup>55</sup> relatou ter feito pelo menos um aborto” (RIOS, 2020, p. 66). O aborto também não foi objetivo de questões específicas pela pesquisadora, bem como não foi citado por nenhuma das participantes do estudo que relataram ter sofrido violência obstétrica.

Minhas justificativas para não ter coletado dados específicos sobre as condições dos abortamentos revela a ausência do tema do aborto como um dos objetivos específicos

<sup>53</sup> O único relato de violência obstétrica durante o abortamento foi descrito por uma mulher acolhida pelo Coletivo, e não por ativistas.

<sup>54</sup> Jean Cristina Rios, enfermeira e mestre em relações étnico-raciais pelo Programa de Pós-Graduação em Relações Étnico-raciais – PPGER-UFSB, trata-se da dissertação de mestrado referente a sua pesquisa-ação realizada na mesma região deste estudo (RIOS, 2020).

<sup>55</sup> Centro de Referência de Assistência Social

traçados desde o desenho da pesquisa e reflete, portanto, uma limitação inicial do conceito de violência obstétrica que pode ser aprofundado ao longo do estudo.

Para lidar com essa lacuna e incluir o tema da humanização da assistência ao abortamento, a pesquisa sobre violência obstétrica precisa ser delineada com este objetivo desde sua concepção, a fim de adequar os métodos às características singulares da temática. Contudo, a lacuna de relatos de violência obstétrica em abortamentos foi notada também no próprio histórico do Coletivo, tendo em vista que ao longo dos seus primeiros anos de trabalho, entre os anos de 2017 e 2020, praticamente não houve acolhimento de mulheres nessa condição, apenas uma, o que pode significar que o Coletivo não seja procurado por mulheres com essa demanda específica.

Apesar do Coletivo de Mulheres ter o abortamento como parte de suas definições sobre violência obstétrica, como pôde ser percebido na análise dos documentos do Coletivo, não foram encontradas atividades com este foco específico dentre as ações das ativistas e nem na produção de mídias sociais. De maneira semelhante, no Fórum Regional I, da Rede Cegonha da Região de Porto Seguro, cujas atas dos anos de 2018 a 2020 foram analisadas pela pesquisa de Santos (2021), o aborto não ganhou prioridade dentre as temáticas, tendo sido citado apenas uma vez na referida pesquisa, como um tema que foi abordado indiretamente por uma coordenadora presente em um dos Fóruns realizados.

Por conseguinte, anuncia-se o paradoxo do aborto: gritante nos indicadores de morbimortalidade materna e silencioso nos relatos, movimentos e estudos de violência obstétrica. Para abordar possíveis razões dessa lacuna, a seguir, recorro à obra da socióloga Kristin Luker em seu estudo sobre o aborto nos EUA na década de 1980.

## **6.2 O aborto nos EUA: uma experiência de medicalização e silêncio**

Segundo a socióloga Kristin Luke (1985)<sup>56</sup>, apesar de ser um dilema antigo em todo o mundo, o aborto somente veio a ser discutido de maneira pública nos EUA a partir da segunda metade do século XX, quando tornou-se um debate bastante polêmico com manifestações viscerais e polarizadas. Em seu trabalho sobre aborto, realizado a partir de minuciosa pesquisa documental e uma série de entrevistas com ativistas provida (contra o aborto) e pró-escolha (em favor do aborto como escolha da mulher), Kristin Luker revela os

---

<sup>56</sup> A socióloga norte-americana Kristin Luker vem dedicando-se a estudar a sociedade estadunidense desde a década de 1970, focando em temas como sexualidade, gênero e maternidade, dentre outros. Seu livro *Abortion and the Politics of Motherhood*, publicado em 1985, foi indicado ao Prêmio Pulitzer e destaca-se entre suas obras. A própria autora define que este livro pode ser lido como uma sociologia do conhecimento.

aspectos históricos, políticos e sociais que levaram a sociedade norte-americana a um debate acalorado e polarizado em torno do aborto na década de 1980.

Para a autora, a polarização desta época poderia ser resumida da seguinte maneira: de um lado, o entendimento do embrião como uma criança que ainda não nasceu e, portanto, o aborto visto como assassinato; e, do outro, a lógica da contracepção que entende ser um erro moral ver o embrião como uma criança. Por essa discordância tão abismal, dificilmente o diálogo consegue se estabelecer sem conflitos. Ou ainda, nas palavras da socióloga: “*the two sides share almost no common premises and very little common language*” (LUKER, 1985, p. 2).

Luker foca seu olhar investigativo na origem deste conflito e compreende que esta polarização resulta da forma como o tema foi tratado pela Medicina no passado. Segundo a autora,

*until the mid-nineteenth century, what went on during pregnancy was in large part simply mysterious. (...) Until at least 1850, the act of inducing an abortion was itself a rather haphazard affair based primarily on herbal medicines. (...) Until the invention of antibiotics in the twentieth century, therefore, most abortions were ineffective or lethal* (LUKER, 1985, p. 4).

Conforme aponta Luker, os debates sobre aborto no século XIX foram conduzidos a partir de um movimento antiaborto liderado por médicos e contribuíram para o aprofundamento das discussões sobre os direitos da profissão médica de tomar decisões de vida e morte. O aborto entrava na agenda da medicina para tornar-se uma decisão exclusivamente médica, sendo essa via garantida por meio das legislações proibitivas criadas nesse período. Essa apropriação médica sobre o aborto se deu no contexto da medicalização da saúde como um todo, o mesmo processo de medicalização que atingiu o parto. Nesse contexto, mulheres que abortassem sem aval médico seriam reconhecidas como criminosas.

Esse domínio médico sobre o aborto nos EUA, que se estendeu de 1890 a 1960, gerou o que Luker chamou de “século de silêncio”: um período em que “*only a trained doctor could tell when an abortion was 'medically needed'*” (LUKER, 1985, p. 43). Os médicos examinavam as mulheres que queriam abortar e decidiam com base em seus critérios clínicos quem poderia abortar. Entretanto, para Luker, os dados existentes sobre abortos realizados por médicos entre 1900 e 1960 deixam claro que a decisão médica envolvia uma gama de critérios, tornando quase aleatória a decisão: “*the woman who had the good luck (or good information) to encounter a "liberal" physician in a liberal hospital had a good chance of getting her abortion, but a woman with less luck (or information) was in a different situation*” (LUKER, 1985, p. 45-46).

Frente aos motivos que levaram à sustentação desse poder médico arbitrário por tanto tempo, a autora aponta para um tipo de relação interna à categoria médica:

Any physician who raised questions about the abortion practices of colleagues was in fact raising questions not about moral standards but about *technical competence* - and physicians have been remarkably unwilling to publicly challenge the technical expertise of their colleagues (LUKER, 1985, p. 45).

Na questão do *boom* de cesarianas indicadas por médicos, vê-se um paralelo ao exposto por Luker, uma vez que no modelo tecnocrático, o médico é quem decide quando e por que razões a mulher grávida deve passar pela cesariana e não pelo parto vaginal. Portanto, a semelhança consiste justamente na ausência de um rigor técnico desses critérios clínicos tanto em relação ao parto, quanto ao aborto. O excesso de nascimentos por cesariana não está fundamentado em evidências científicas e tem causado iatrogenias, ou seja, danos e prejuízos à saúde das mulheres e dos recém-nascidos (TESSER, 2015; VIANA *et al*, 2018).

Segundo Luker (1985), embora os abortos induzidos pelos médicos por meio de sondas e curetas parecessem mais eficazes, provavelmente podem ter sido mais letais. E aqui cabe chamar a atenção para a febre puerperal que matou mulheres durante um século

Puerperal fever was the scourge of nineteenth-century obstetrics, and abortion, like childbirth, makes woman vulnerable to puerperal fever by creating sites for infection within the uterus. Like their European counterparts, American obstetrical practitioners were at first skeptical of theories that suggested that they themselves could be sources of infection to the women whom they treated, and they were slow to implement antiseptic technique based simply on epidemiological evidence (LUKER, 1985, p. 38)

A autora demonstra que muitas mortes poderiam ter sido evitadas se os médicos tivessem aceitado colocar em prática as técnicas antissépticas que os livros de obstetria indicavam para abortos e para partos desde 1880. Porém, por esse ceticismo médico, as mulheres continuaram morrendo por febre puerperal até o século XX. Pode-se afirmar que é o mesmo debate sobre a violência obstétrica como iatrogenia: enquanto os médicos e demais profissionais e autoridades de saúde não reconhecerem os danos que as práticas medicalizantes trazem para a vida das mulheres, mais mulheres irão sofrer, adoecer e morrer por causas evitáveis.

Após longo período do domínio médico sobre essas práticas, o debate do aborto nos EUA deixou de ser restrito e passou a ser dominado pelas mulheres e pessoas comuns. De acordo com Luker, deixou de ser um debate silencioso e tecnicamente restrito, para tornar-se um debate “*capaz de rasgar o tecido da vida americana*” (LUKER, 1985, p. 192, tradução livre). Luker explica que esse movimento se deu porque o debate se tornou público e com isso

as pessoas comuns passaram a respondê-lo a partir das suas crenças mais sagradas, pois, mesmo após um século de silêncio, não havia resposta para a inquietante questão: o embrião é uma pessoa ou apenas um rudimento humano? Segundo a autora, o aborto é um dos poucos assuntos sobre o qual as pessoas comuns se sentem à vontade para expor suas opiniões e percepções no campo da bioética. *“Perhaps because pregnancy is such a common experience in all corners of the social world, people have firsthand ideas and feelings about it and are less willing to defer to experts”* (LUKER, 1985, p. 7).

A autora mostra por meio de análise documental e de entrevistas com ativistas estadunidenses, de ambos os lados, como o aborto surgiu como tema de política pública quando tiveram início os primeiros movimentos pró-vida, com os debates sobre aborto e parto que ressurgiram na cena pública da década de 1980. Para a autora, quando a medicina “medicalizou” o aborto e impôs um “século de silêncio” em relação ao debate, vários foram os movimentos que se levantaram em defesa dos direitos das mulheres.

Luker (1985) ressalta como as crenças sobre o aborto são entrelaçadas às crenças sobre sexualidade, paternidade, papel da mulher na sociedade, relação vida-morte, filhos e família. Nesses grupos pró-vida Luker encontrou também a “mulher dona-de-casa” que não estava disposta a viver o modelo contemporâneo feminino de dupla ou tripla jornada. Para essas mulheres, o tema do aborto trazia uma sensação de “desvalorização dos modos de vida escolhidos”, contudo, queriam discutir as violências obstétricas praticada pelos médicos. Essa mulher dona-de-casa que, aparentemente, não estava ligada a partidos políticos ou causas sociais, se envolve nesse debate e favorece essa onda pró-vida nos EUA. Por certo, as novas tecnologias de comunicação, na época, contribuíram para maior esclarecimento sobre o tema da violência obstétrica entre as mulheres americanas, que tomou forma e alcance a partir da internet nos anos 2000 (SENA, 2016). Ativistas pró-vida (contra o aborto) e pró-escolha (em favor do aborto como escolha da mulher) sentaram-se para debater o tema da violência obstétrica.

Para a autora, a maioria dos americanos aprova o aborto, mas isso não indica necessariamente uma aceitação irrestrita do direito da mulher ao seu próprio corpo, pois tendem a aprovar abortos que consideram necessários e desaprovar abortos que consideram casuais. A autora mostra como os médicos foram os principais responsáveis pela ideia de aborto como assassinato e que durante o século XIX foram eles que pressionaram as legislações para aderirem a leis anti-abortos, pelo direito da profissão médica de tomar decisões de vida ou morte.

Finalmente, frente a história e o significado da controvérsia do aborto nos EUA explorados em seu livro, a autora conclui que o debate provavelmente siga polarizado e visceral no futuro. E, de fato, é o que está acontecendo atualmente, tendo em vista a discussão sobre o fim do aborto recentemente retomada nos Estados Unidos (BBC BRASIL, 2022). Pesquisas recentes têm demonstrado a fragilidade do acesso ao aborto seguro nos EUA e nos países europeus, em função, dentre outros fatores, do crescimento dos movimentos antifeministas. Importante destacar que a pandemia da COVID-19 criou desafios adicionais de acesso a esses serviços, com a redução nos horários de atendimento às mulheres (MIANI; RAZUM, 2021; LANCET, 2021).

A seguir, aborda-se o tema sob a perspectiva histórica brasileira que, com apoio da literatura, também se mostra influenciada pela medicalização.

### **6.3 O aborto no Brasil: uma experiência de medicalização, criminalização e silêncio**

Segundo Silva (2012), no Brasil os médicos também tiveram um papel importante no debate sobre o aborto, desde a segunda metade do século XIX. A autora mostra como, nessa época, os médicos eram influenciados pelas decisões europeias, especialmente as francesas. Em seu estudo, Silva (2012) percebeu que a partir da década de 1840 os médicos do Rio de Janeiro defendiam para si a prerrogativa do “aborto terapêutico”, como uma indicação médica para “casos de inviabilidade do canal de parto”, e censuravam a atuação das parteiras e aborteiros na condução dos chamados “abortos criminosos”.

Conforme demonstra a pesquisadora, o contexto era de disputa do controle exclusivo dos atos ligados à reprodução, em um momento político no qual as decisões do país exortavam a alta natalidade em conjunção com os ideais da eugenia racial. Neste cenário, os médicos passaram a exigir que os poderes públicos tomassem medidas mais duras contra os abortadores. Dentre as medidas sugeridas pelos médicos, ao parlamento brasileiro, destacam-se: proibição e repressão de discursos pró-abortistas, a exemplo de propagandas que circulavam nos jornais impressos da época; notificação compulsória do abortamento ao governo; fiscalização das casas de parto onde atuavam as parteiras; garantia de direito ao médico para denunciar publicamente o abortador; e, estabelecimento de uma prática de absolvição da abortada quando ela denunciasse o nome do seu abortador (SILVA, 2012).

Para Sena (2016), esse movimento contribuiu para a condenação das parteiras e prestou-se a controlar o parto e o aborto, “assim, desconstrói-se a ideia de controle do abortamento apenas por doutrinação moral ou regulamentação de cunho espiritual e

escancara-se sua clara finalidade utilitarista: controle populacional” (SENA, 2016, p. 34). Como aponta Silva (2012), os médicos defendiam uma “profilaxia do aborto” que funcionasse como uma campanha antiaborto, voltada a fortalecer o culto à maternidade. Assim, incentivavam que fossem desenvolvidas ações nas escolas e nas associações científicas e religiosas para tratar a maternidade como um dever sagrado e natural das mulheres.

De acordo com Luna (2009), com o passar das décadas, os parâmetros médicos e científicos que definem o que seja embrião e feto foram se transformando ao longo da história, especialmente com o avanço tecnológico que permitiu, hoje em dia, a visualização do conteúdo uterino pela ultrassonografia, a realização de cirurgias fetais e o congelamento de embriões. Assim, foram introduzidos novos termos como “pré-embrião” e “tecnofeto”:

O conceito de pré-embrião sugere uma noção gradualista de pessoa. Nas noções essencialistas da emergência da condição de pessoa, o episódio da concepção é o marco de início, enquanto em noções gradualistas o atributo de pessoa se instala ao longo do desenvolvimento. Segundo Strathern, essas posições se baseiam em uma visão evolucionista do tempo, identificada com o que chamo de posição gradualista, e uma visão episódica do tempo, representando o início radical, o que constitui a visão que designo essencialista. Segundo Luc Boltanski, os meios tecnológicos, como as técnicas de reprodução assistida e os dispositivos jurídicos orientados à defesa da obtenção do filho como projeto, criam novas categorias muitas vezes inclassificáveis, quando se estabelecem direitos do feto dentro do útero ou se propõem cirurgias fetais. Define-se a categoria de tecnofeto a partir desse desenvolvimento tecnológico, exemplificado na formação de embriões congelados restantes da fertilização *in vitro*. A tentativa de esboçar um estatuto legal, a partir da atribuição de dignidade ao embrião fora do corpo, levanta a questão das fronteiras da humanidade. O tecnofeto desestabiliza a distinção nítida entre o feto autêntico (“dirigido a virar bebê”) e o feto tumoral (“devolvido ao nada”). A visualização dos fetos também coloca em risco a distinção entre feto autêntico e feto tumoral, nos exemplos do uso de fotografias de fetos usadas pelos grupos antiaborto e das tecnologias de imagem que o mostram no útero. As tecnologias que tornaram o feto acessível aos sentidos e os conflitos envolvendo o feto permitiram sua entrada na sociedade. O acesso do feto ao mundo social se contrapõe à necessidade de fazê-lo desaparecer com a legalização do aborto (LUNA, 2009, p. 313)<sup>57</sup>.

Nesse contexto de disputa sobre o aborto na sociedade, Luna (2007) também levanta questões éticas sobre o estatuto do embrião de laboratório: “é permitido descartá-lo? É lícita a sua criopreservação? O que fazer dos embriões ‘abandonados pelos pais’? Deve-se autorizar o uso de embriões como material de pesquisa?” (LUNA, 2007, 431). Em outro trabalho, semelhante ao que fez Luker (1985), Luna (2014) examinou os argumentos pró-vida e pró-

<sup>57</sup> Em outro trabalho a autora indaga questões éticas sobre o estatuto do embrião de laboratório na sociedade: “é permitido descartá-lo? É lícita a sua criopreservação? O que fazer dos embriões ‘abandonados pelos pais’? Deve-se autorizar o uso de embriões como material de pesquisa, tendo em vista possibilidades de benefícios para curar doenças, na dependência do desenrolar do avanço científico?” (LUNA, 2007, p. 431).



escolha no Brasil a partir de filmes documentários lançados pelos dois movimentos, analisando as imagens visuais e as narrativas presentes nos filmes como instrumentos de memória coletiva sobre o embate do aborto na sociedade brasileira. A autora aponta como a condição de vítima é utilizada de maneira diferente pelos dois grupos:

Acompanhando etnograficamente o debate público sobre o aborto inseguro, no qual os presentes filmes pró-escolha analisados são parte integrante, observam-se estratégias de convencimento da sociedade e do Estado, de mostrar quantas mulheres morrem ou sofrem sequelas pelo aborto clandestino, ou seja, são vítimas em busca de socorro. No presente trabalho, considerando essa lógica, ambos os lados pró-escolha e pró-vida buscam alcançar o reconhecimento social do sofrimento de mulheres e de fetos. O problema é que ao construir a condição de vítima de um, nega-se a condição de vítima do outro. O feto seria vítima da gestante representada como assassina egoísta que não o deixa viver quando opta pelo aborto. No discurso pró-vida, produz-se uma hierarquização, no sentido de Dumont (1997), em que o feto engloba a mulher, seu suporte. Simetricamente, o discurso pró-escolha parece negar a existência do feto, ou seu sofrimento, posto que o aborto voluntário é realizado no início da gestação, e o feto não teria sensibilidade nervosa, ou no caso de anencefalia e outras anomalias incompatíveis com a vida, ou malformações graves, o feto seria inviável. Conforme o englobamento hierárquico, a mulher é reduzida de sua condição de sujeito pleno, uma vez que a personalidade civil só se dá com o nascimento com vida, a um aparelho de suporte de um ente em desenvolvimento, construído como sujeito de direitos pelo discurso antiaborto (LUNA, 2014, p. 319).

A discussão apresentada até aqui, ainda que não seja objeto de aprofundamento desta pesquisa, visa demonstrar a complexidade em torno do tema do aborto, tanto no seu passado, quanto na contemporaneidade. Com a análise da literatura apresentada sobre o histórico do aborto nos EUA e no Brasil, fica evidente a importância do papel da medicina junto às políticas estatais. Dessa maneira, pode-se concluir que, semelhante ao parto, o aborto foi retirado da autonomia das mulheres para ser controlado pela Medicina com apoio do aparato estatal, ou seja, fazendo uso de instituições e protocolos que diminuem o poder da mulher sobre seu corpo e seus processos reprodutivos.

Independentemente da solução deste debate legal, o SUS já se dedicou ao tema da humanização da assistência ao abortamento nos serviços de saúde (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011c), afirmando que toda mulher tem o direito de ser tratada de maneira digna e respeitosa nos serviços de saúde em qualquer que seja o tipo de abortamento. Entretanto, humanizar a assistência à mulher no parto parece ser um tema mais bem aceito do que no abortamento, mesmo nos casos previstos por lei.

Recentemente, durante a pandemia de covid-19, instalou-se uma polêmica em torno dos serviços de telessaúde do SUS municipal de Uberlândia-MG, que tem realizado aborto

legal à distância, orientando e monitorando o aborto medicamentoso por meio da telemedicina. Esse serviço tem conseguido dar acesso ao aborto previsto em lei para muitas adolescentes e mulheres que, em sua maioria, decorrem de violência sexual. No ano de 2022, entretanto, o Ministério da Saúde posicionou-se para proibir este avanço por parte da telemedicina, além de ter criado barreiras de acesso ao aborto previsto em lei com publicações que promovem a ideia equivocada de que todo aborto é crime (ABRASCO, 2022).

Nesse contexto de medicalização, criminalização e conflitos, onde nem os abortos de acordo com a lei podem ser realizados sem barreiras de acesso, insere-se também esta pesquisa. Neste sentido, como pode ser lida a ínfima presença de relatos de violência obstétrica em abortamentos no campo estudado? Para este questionamento, apresento uma análise.

#### **6.4 O Coletivo de Mulheres e a lacuna do aborto na luta contra a violência obstétrica**

A violência obstétrica tem se mostrado um problema de saúde pública tal como o aborto inseguro, e ambos se encontram refletidos nos indicadores de saúde materno-infantil. Apesar do aborto, espontâneo ou induzido, ser comum ao ciclo reprodutivo da humanidade, as mulheres ainda falam pouco sobre suas experiências obstétricas em casos de abortamento e isso foi percebido também nesta pesquisa.

Durante a análise dos dados ficou evidente que o Coletivo de Mulheres recebeu mais relatos de violência obstétrica envolvendo partos. Ao longo dos quatro anos estudados houve apenas um registro de maus-tratos em situação de abortamento<sup>58</sup>. Assim, perante a literatura estudada que aponta haver uma lacuna do tema aborto no debate e nas pesquisas sobre violência obstétrica, tal dado passou a ser tratado como um achado importante neste estudo.

Nesse sentido, na análise dos enunciados contidos nas ações, imagens, linguagem, mídias e textos do Coletivo, percebe-se que o Coletivo comunica muito mais o tema do parto humanizado do que o amplo espectro de direitos sexuais e reprodutivos que, necessariamente, inclui o aborto.

O Coletivo aborda os direitos sexuais e reprodutivos de diferentes formas. Na análise documental é possível perceber que este debate influenciou o planejamento de ações importantes do Coletivo, porém, ao analisar esses anos de pesquisa participativa constatei que

---

<sup>58</sup> Quase metade das ativistas entrevistadas já haviam tido ao menos um aborto na vida e dentre os relatos de violência obstétrica acolhidos pelo Coletivo, das próprias ativistas e das mulheres da região, apenas um deles referia-se a um atendimento hospitalar durante episódio de abortamento espontâneo. Relato descrito na página 139 desta tese.

o tema da assistência humanizada nos abortamentos não gerou engajamento e discussão entre nós ativistas, tendo sido trazido, pontualmente, por poucas mulheres e em forma de compartilhamento de notícias nacionais. Na prática, a motivação para o envolvimento da maior parte das ativistas esteve especificamente vinculada à identificação com a luta pela humanização do parto.

Nas entrevistas com as ativistas do Coletivo foi possível perceber a mensagem clara sobre as violências obstétricas e sobre os direitos das mulheres quando relacionados ao parto e a gestação. A mesma percepção foi obtida na análise das atividades realizadas, em que os temas e enunciados principais incluíam, por exemplo: Plano de Parto; Casa de Parto; Roda de gestantes e puérperas; “10 passos para um bom parto”; Lei do acompanhante no parto; e evidências científicas sobre as práticas de humanização do parto e nascimento, deixando pouco presente em suas atividades e linguagens o tema da humanização em situações de abortamento.

Considerando que o Coletivo enfrenta o desconhecimento da violência obstétrica como um grande obstáculo ao real dimensionamento do problema, pois “nem sempre são claros, para as mulheres que sofrem a violência, os limites entre uma violação do seu corpo e uma violação considerada ‘normal’ no contexto da sempre invasiva prática médica” (CARNEIRO; DUARTE, 2021, p. 5), seria coerente supor que esse obstáculo seria ainda maior para mulheres em situações de abortamento?

De acordo com a literatura até aqui estudada e exposta, percebe-se que a cultura de criminalização e medicalização impõe um silenciamento às mulheres que vivenciam o aborto, o que pode afetar, diferentemente, qualquer mulher e em qualquer tipo de abortamento. Se a mulher que está em abortamento precisar de atendimento em saúde e não tiver informação sobre seus direitos na assistência obstétrica, sobre o que seja uma assistência humanizada no abortamento, certamente será difícil reconhecer violências obstétricas nesta situação.

Nesse contexto, se as mulheres em situação de abortamento são vítimas frequentes de violência obstétrica, como mostra a literatura, como sentiram-se confortáveis para relatar suas experiências de violências em situação de abortamento para um Coletivo cuja linguagem possa parecer limitar a experiência do acolhimento ao tema do parto?

Esta pesquisa possibilitou tecer tais questionamentos para compreender que, além do silêncio ao aborto imposto pela medicina enquanto instituição de poder, como nos mostrou as análises de Luker, a própria linguagem do movimento social pode incorrer na tendência hegemônica de colocar em silêncio a diferença e a vulnerabilidade.

Analisando a vivência que tive junto ao Coletivo durante a pesquisa, envolvendo-me diretamente em suas ações, pude perceber que representar a mulher que deseja engravidar, parir naturalmente e ser cuidada com base nas práticas humanizadas, encontra mais fácil aceitação na sociedade do que representar a mulher que vivencia uma gestação indesejada ou um abortamento, fazendo parecer que parto e aborto sejam fenômenos que, de fato, separam as mulheres. Entretanto, conforme percebe-se na literatura trabalhada até aqui, são as desigualdades sociais e de acesso à saúde que separam as mulheres.

Durante as entrevistas algumas ativistas defenderam que o Coletivo deveria alcançar as mulheres mais periféricas, justamente pela dificuldade maior de acesso que elas apresentam à uma assistência humanizada, sendo mais afetadas pelas violências obstétricas. Entretanto, seria possível alcançar as mulheres mais vulneráveis no campo dos direitos reprodutivos sem incluir radicalmente a pauta da humanização do abortamento? Para seguir está reflexão, sobre a possibilidade de um Coletivo de Mulheres expandir sua representação política para uma maior diversidade social, recorrerei às críticas feministas de Judith Butler.

Para Butler (2003), a aliança entre mulheres verdadeiramente diferentes entre si não pode começar com enunciados restritivos. Se todas as pessoas que engravidam, querendo ou não, são e merecem um tratamento digno e humanizado, logo haveria de acontecer inflexões discursivas para evitar o essencialismo. Isso porque, essencializar a maternidade é uma condição decorrente da dominação patriarcal que, por sua vez, é marcada por gestos universalizantes que homogeneizam o sujeito que se quer representar, como aponta a autora.

A saída para esse dilema, segundo Butler, seria a proposição de encontros dialógicos para que as diferentes mulheres articulem suas diferentes identidades. A autora reafirma a importância da política de coalizão, porém, sugere que essa mesma forma de coalizão não deva ser antecipada, pois assim, será de fato excludente, por ser tendenciosamente restritiva em seu enunciado.

Ou seja, para que um movimento social feminista pratique uma política de coalizão, em busca de alcançar as mulheres em suas diversidades socioeconômicas e étnico-culturais, não basta incluir na forma de ideia, de um amplo discurso representativo que, apenas com palavras, busque incluir a diferença, pois os enunciados construídos sem a participação da diferença, por si só, carregam o potencial de não incluir e, portanto, excluir.

De acordo com a crítica apontada por Butler, esses limites linguísticos podem carregar em si o poder ou uma barreira que pré-define politicamente quem será representada ou não por esta frente social e política. Afinal, uma mulher que tem uma gravidez indesejada ou outra

que abortou após um estupro, se sofrerem violências em seus atendimentos obstétricos, terão condições de se identificar com este Coletivo de Mulheres?

Para Butler, entretanto, não haveria uma fórmula mágica para unir todas as mulheres diferentes em uma mesma categoria. Para ela, a conformação da identidade coletiva pode acontecer a partir das próprias ações que ampliam seus diálogos com as diferenças. Assim, seguindo a saída apontada pela autora, o caminho não seria acabar com as contradições, mas sim explicitá-las, para que favoreçam o diálogo verdadeiramente democrático com outras visões e grupos de mulheres, promovendo coalizões:

Talvez as coalizões devam reconhecer suas contradições e agir deixando essas contradições intactas. Talvez o entendimento dialógico também encerre em parte a aceitação de divergências, rupturas, dissensões e fragmentações, como parcela do processo frequentemente tortuoso de democratização. A própria noção de “diálogo” é culturalmente específica e historicamente delimitada, e mesmo que uma das partes esteja certa de que a conversa está ocorrendo, a outra pode estar certa de que não. Em primeiro lugar, devemos questionar as relações de poder que condicionam e limitam as possibilidades dialógicas (BUTLER, 2003, p. 35)

A partir da crítica feminista de Butler aplicada ao estudo de caso, pondero que o aborto só poderá surgir entre os relatos das mulheres a partir do momento em que o Coletivo resolver debruçar-se sobre os padrões de qualidade assistencial que devem ser cumpridos nos atendimentos de abortamento.

Neste sentido, o tema da humanização do acesso das mulheres em situação de abortamento aos serviços de saúde, que já faz parte da agenda de cuidado e luta pela garantia dos direitos reprodutivos, poderia ser tratado de maneira permanente pelo movimento social, tal como o parto, possibilitando que mulheres que necessitem de apoio em abortamentos possam se identificar com a mensagem do enfrentamento à violência obstétrica.

A partir dessa ampliação do conceito de violência obstétrica, que reforça a inclusão da problemática do aborto no discurso e nas linguagens da prática coletiva, o Coletivo poderá gerar novos ciclos de acolhimento, com ações de educação e informação que permitirão que mais mulheres se identifiquem e que o movimento social contribua para uma maior inclusão frente às desigualdades sociais presentes na saúde materno-infantil. Se o Coletivo de Mulheres ampliar sua capacidade de ser porta-voz a partir do reconhecimento e do acolhimento dessas diferenças, poderá contribuir para que sua participação social nas políticas públicas também sirva a mais mulheres.

Segundo Diniz e colaboradores (2015), a violência obstétrica está cada vez mais presente no ativismo social, em pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas, e

vem sendo reconhecida como questão de saúde pública que requer um mapeamento de suas origens, definições, tipologia, impactos na saúde materna e propostas de prevenção e superação. Por isso, neste contexto, acrescento que o aborto deva ser tratado como um tema central, tal como acontece com o parto e o nascimento.

Com o estudo de caso, compreendi que a ampliação do alcance das ações de enfrentamento à violência obstétrica do movimento social pode dar-se por algumas estratégias, como: inclusão das práticas de humanização do abortamento nas ações educativas; construção de pontes e alianças com outros movimentos sociais que trabalham diretamente com o tema do aborto e ou mulheres periféricas; e, revisão das linguagens utilizadas, visando permitir uma maior reconhecimento sobre a amplitude dos tipos de violência obstétrica.

Além disso, cabe ressaltar a necessidade de um consenso acadêmico sobre a relação entre violência obstétrica e aborto sentida durante a pesquisa. Este consenso será tão útil à agenda de pesquisas, como à própria configuração das pautas dos movimentos sociais que buscam impulsionar a transição paradigmática da saúde sexual e reprodutiva e materno-infantil, dando mais força à articulação do tema da humanização na assistência em casos de abortamentos e possibilitando o acolhimento das mulheres que ainda sofrem em silêncio.

Dessa forma, as próximas pesquisas sobre violência obstétrica poderão incluir e aprofundar discussões a respeito das práticas da assistência obstétrica em abortamentos e a realidade de acesso das mulheres aos direitos relacionados à sua saúde, seja em casos de aborto induzido ou espontâneo, uma vez que essa diferença não deve limitar a qualidade da assistência obstétrica prestada.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica fere o direito à dignidade humana e à autonomia reprodutiva das mulheres por meio de maus-tratos, abusos, desrespeitos e negligências no atendimento em saúde durante os períodos que envolvem gestação, aborto, parto, nascimento, puerpério e planejamento reprodutivo. A violência obstétrica pode resultar de condutas ou omissões, no âmbito dos serviços públicos e privados, e pode gerar consequências diretas e indiretas para mulheres, neonatos, familiares e acompanhantes envolvidos. Ocorre, principalmente, nos serviços de saúde e na relação interpessoal com profissionais de saúde, contudo, pode envolver outros agentes institucionais ou pessoas de fora da instituição.

A pesquisa apresentada nesta tese analisou a realidade da violência obstétrica e seu enfrentamento sob a perspectiva da experiência de um Coletivo de Mulheres na região Sul do estado da Bahia. A partir de relatos de violência obstétrica e da percepção de ativistas e interlocutoras envolvidas no processo de implementação da política Rede Cegonha na região, foi possível descrever o histórico de criação e atuação do Coletivo, bem como analisar os efeitos de sua participação social nas políticas públicas.

Tal registro histórico aponta que a ação do Coletivo de Mulheres, desenvolvida a partir do acolhimento de relatos de violência obstétrica no município de Porto Seguro, impulsionou a retomada da implementação da Rede Cegonha como política pública na região no ano de 2017. A análise dos dados possibilitou compreender que o engajamento das ativistas do Coletivo deu-se em função de suas próprias experiências obstétricas e da formação profissional, destacando-se o protagonismo das mulheres que já sofreram violências obstétricas e das enfermeiras e doulas que integravam o movimento. Além disso, o histórico evidenciou-se o papel da Universidade Pública em sua relação com o território, demonstrando ter sido uma parceria institucional importante para o Coletivo de Mulheres.

Dentre os tipos de violências obstétricas vocalizadas na região pelo Coletivo de Mulheres repetiram-se os abusos verbais no parto hospitalar, evidenciados por relatos de gritos, ameaças, culpabilização e piadas, e o uso de procedimentos para acelerar o trabalho de parto, envolvendo o abuso de ocitocina, episiotomia, manobra de kristeller e fórceps.

Os relatos de violências obstétricas por estigma e discriminação envolveram mulheres indígenas, pretas e adolescentes e manifestaram-se na forma de insultos, piadas e preconceitos raciais e também na forma de negligência de atendimento durante a internação hospitalar para parto. O mau relacionamento entre profissionais e mulheres foi percebido em relatos sobre atendimento pré-natal, em situação de abortamento e no puerpério, além do parto,

evidenciando uma prática de comunicação desrespeitosa, com ironias, não valorização dos pedidos da mulher e falta de consentimento informado na assistência.

Embora a pesquisa não tenha adotado a classificação de Bohren e colaboradores (2015) desde o planejamento da coleta de dados, foi uma vantagem ter contado com uma categoria correspondente à violência institucional, representada na classificação como “condições e restrições do sistema”. Essa categoria contribui para ampliar a visibilidade do fator político que impõe o cenário precário na região.

Ainda sobre os tipos de violência obstétrica, percebeu-se neste estudo uma lacuna existente sobre as violências que ocorrem em situação de abortamento. Neste ponto, buscou-se evidenciar o tema das desigualdades sociais para apresentar caminhos onde a luta por direitos identitários não sobreponham a luta pela igualdade e equidade no acesso aos bens, serviços e direitos públicos. A análise desta lacuna gerou uma reflexão sobre como os coletivos de mulheres que lutam pelo enfrentamento à violência obstétrica podem incluir o acolhimento e propagar os direitos das mulheres ao serem atendidas por abortamento nos serviços de saúde.

Das ações do Coletivo desenvolvidas entre os anos de 2017 a 2010, destacaram-se: produção de vídeos com relatos das mulheres vítimas de violência obstétrica; inserção de doulas voluntárias nos serviços de saúde do SUS em Unidades de Saúde da Família, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Hospital Regional; parceria com docentes da Universidade Federal do Sul da Bahia e outras instituições de ensino superior da região em projetos de ensino, pesquisa e extensão comunitária; atividades de educação em saúde reprodutiva para adolescentes em escolas parceiras; criação de um Plano de Parto do Coletivo para estimular que os municípios da região adotassem algum modelo; realização de minicursos para estudantes e profissionais da saúde e da assistência social; registro e documentação de denúncias e demandas por meio de relatórios, cartas e ouvidorias; campanha de pressão social pelos Centros de Parto Normal da região; e agenda de participação em conselhos, conferências e fóruns destinados às políticas públicas relacionadas. Tais ações foram consideradas pelas participantes do estudo como fundamentais para o início do enfrentamento à violência obstétrica na região.

Dentre os obstáculos encontrados, destacaram-se para as ativistas: o silêncio das mulheres que sofrem violência obstétrica, ligado ao medo e ao desconhecimento de seus direitos reprodutivos e canais de escuta; a cultura de medicalização praticada por profissionais de saúde e legitimada por gestores e população em geral; e, a inadequação da rede de serviços de saúde da região para atender ao paradigma da humanização, com destaque para a



inexistência de Centros de Parto Normal, dentre outros serviços e estruturas orientadas pelas políticas federais.

Na percepção das interlocutoras do Coletivo destacaram-se também outros obstáculos, como: infra-estrutura hospitalar inadequada aos direitos das mulheres; alta rotatividade de profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal e de coordenadores municipais responsáveis pela Rede Cegonha; ausência de representação do Ministério Público na esfera de participação social da Rede Cegonha; e, diversos obstáculos ligados à categoria médica.

Neste contexto, o poder médico obstétrico destacou-se como um fator inalterado, percebido pelas entrevistadas como decorrente de uma rígida hierarquia institucional, inadequada formação médica, submissão da enfermagem obstétrica, escassez de especialistas na região e fragmentação do cuidado.

A ausência dos médicos na agenda também pode ter decorrido do uso do termo “violência obstétrica” por parte do Coletivo de Mulheres, mas seriam necessários novos estudos com esse grupo em específico para averiguar esta suposição. O que esta pesquisa consegue apontar é que com esse distanciamento da categoria médica, subsidiado pelo posicionamento político-ideológico do CFM, o percentual de cesáreas não diminuiu no período analisado.

Além disso, a pandemia de covid-19 mostrou-se um grande obstáculo aos avanços. Pela análise do ano de 2020, foi possível perceber os seguintes efeitos da pandemia no contexto regional estudado: ampliação da sensação de medo de parir, entre as mulheres; abandono da prioridade política da agenda de humanização da saúde materno-infantil, por parte dos municípios da região; negação do direito ao acompanhante previsto em lei; aumento de relatos de violência obstétrica; e, aparecimento de conflitos de comunicação na esfera pública de participação social, enfraquecendo a relação entre ativistas e interlocutoras.

Pela perspectiva das ativistas e interlocutoras entrevistadas, os principais avanços obtidos no período foram: ampliação do conhecimento da humanização do parto entre algumas coordenadoras e profissionais de saúde que atuam na gestão e nos serviços assistenciais da região; expansão da enfermagem obstétrica dentro e fora dos hospitais; visibilidade para a atuação das doulas; multiplicação de ações em algumas Unidades de Saúde da Família por profissionais de saúde capacitadas pelo Coletivo em alguns dos municípios da região; e, início da construção de um Centro de Parto Normal no município de Eunápolis. Essas conquistas demonstraram que, de maneira geral, a mobilização social desencadeada pelas mulheres do Coletivo alcançou alguma visibilidade na agenda política do Estado e da Sociedade.

Dentro deste contexto, o volume de dados analisados permitiram uma compreensão do contexto regional que privilegiou a atenção ao parto, mas também trouxe reflexões sobre a qualidade da assistência à saúde durante a gestação, o puerpério e em casos de abortamento. Os resultados da pesquisa apontam que, apesar dos esforços empenhados ao longo do período analisado, a transição paradigmática encontrou dificuldades para acontecer de fato nesta região.

A participação social das mulheres nas políticas públicas apresentou-se como uma das principais estratégias de ação do Coletivo e a análise do seu histórico permitiu que a prática de acolhimento fosse evidenciada como uma diretriz do movimento social de mulheres. Foi observando seu histórico de ações que o acolhimento pôde ser nomeado como seu ponto de partida, percebido nesta tese como a maior contribuição do Coletivo à região.

A análise dos dados permitiu também a diferenciação de dois modos de atuação do Coletivo na esfera pública, segundo a percepção das próprias entrevistadas: um propositivo, que dialogou desde o início em uma posição de horizontalidade política nos espaços de participação social; e outro intransigente, que passou a pressionar o poder público no ano de 2020, por meio de campanhas em veículos de comunicação, redes sociais e nos mesmos espaços de participação social, para que os acordos anteriormente deliberados fossem cumpridos.

Apesar da pressão social ter sido reconhecida como um recurso legítimo e necessário pelas entrevistadas, os conflitos e tensões gerados a partir dessa forma de atuar fragilizaram o histórico de diálogo que o Coletivo havia construído com as interlocutoras, gerando uma redução e um enfraquecimento do Coletivo nos espaços de participação social durante a pandemia de covid-19.

Assim, consideram-se parcialmente corretas as hipóteses deste estudo: a participação social de mulheres nas políticas públicas de saúde favoreceu a visibilidade dos casos de violência obstétrica na região, entretanto, não foi suficiente para garantir a adoção sistemática de práticas humanizadas nos serviços de saúde e reduzir o percentual de cesáreas. Também não foi suficiente para evitar que as mulheres se sentissem negligenciadas e violentadas durante a pandemia de covid-19, trazendo para as ativistas a sensação de que os avanços alcançados antes da pandemia se tratava de uma “falsa paz”.

As estruturas participativas do Sistema Único de Saúde e da Rede Cegonha, que criam espaços de controle social em âmbito local e regional, possibilitaram a interlocução política das mulheres em prol dos seus direitos humanos e reprodutivos, entretanto, os avanços percebidos a partir deste diálogo encontraram limites para alcançar mudanças estruturais.

Além disso, a arquitetura de participação social mostrou maior aceitabilidade para a forma de atuação propositiva do que para as estratégias de pressão social utilizadas pelo Coletivo.

Diante do exposto, compreende-se que o Coletivo de Mulheres e a participação social das ativistas nas políticas públicas, realizada no Sul da Bahia a partir de seus ciclos de acolhimento, denúncia, educação e cuidado, contribuiu para demonstrar a necessidade de acolhimento às vítimas de violência obstétrica como ponto de partida da transformação do modelo de atenção à saúde reprodutiva e materno-infantil na região.

Aos serviços e profissionais de saúde recomenda-se o desenvolvimento de protocolos e práticas que promovam o acolhimento das mulheres vítimas de violência obstétrica dentro dos serviços de saúde, para que seus relatos sejam institucionalmente reconhecidos. Aos movimentos sociais, por sua vez, recomenda-se a inclusão do tema do aborto, buscando tornar-se canal de acolhimento, denúncia, educação e cuidado também às mulheres que se encontram silenciadas em situações de violência obstétrica no abortamento.

Por fim, espera-se que os resultados e as reflexões apresentadas nessa pesquisa possam contribuir para alargar os caminhos analíticos em trabalhos acadêmicos futuros.

## REFERÊNCIAS

- ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota de repúdio ao manual de atenção ao aborto do Ministério da Saúde**. 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/nota-de-repudio-ao-manual-de-atencao-ao-aborto-do-ministerio-da-saude/66576/>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AMARAL, Kelly Pires; RIBEIRO, Juliane Portella. Violência obstétrica e neonatal e suas interfaces com a prevenção quaternária: uma revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 47, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.5902/2236583448297>
- AVRITZER, Leonardo. **Impasses da democracia no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- AVRITZER, Leonardo; COSTA, Sérgio. Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública: concepções e usos na América Latina. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 703-728, 2004.
- AZEVEDO, Mônica das Graças de. **Violência obstétrica: percepção de médicos e enfermeiros obstetras sobre suas práticas profissionais**. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) – Centro Universitário UMA, Belo Horizonte, 2017.
- BALESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.11, p. 89-117, 2013.
- BAPTISTA, Tatiana Vargas F.; REZENDE, Mônica. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, Porto Alegre: Rede UNIDAS, 2015. p.138-172.
- BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, n. 51, p. 138-145, 2001.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 1, p. 3-4, Mar. 2018.
- BATISTA, Jadna Mota; GARCIA, Josiany Rodrigues. **Intersetorialidade e Gestão Participativa para o fortalecimento da Rede Cegonha no município de Município**: um relato de experiência. Mostra COSEMS Bahia: Aqui tem SUS. Salvador, 2019.
- BBC BRASIL. Aborto: o vazamento da Suprema Corte dos EUA que indica possível fim do direito à interrupção da gravidez. **BBC BRASIL**, 03 maio 2022. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-61305145>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- BELÉM, Jameson Moreira *et al.* Divinization, pilgrimage, and social inequality: experiences of women in the access to obstetric assistance. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 1, p. 327-334, 2021.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BITTENCOURT, Maria Nydia Tavares. Implantação do programa casa de parto do Estado da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 135-138, 1984.

BOHREN, Meghan A. *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS medicine**, v. 12, n. 6, p. e1001847, 2015.

BOMFIM, Vitoria Vilas Boas da Silva; *et. al.* Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, 2021. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16866>

BOURDIEU, Pierre. **Ofício de Sociólogo**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BOWSER, Diana; HILL, Kathleen. **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. Disponível em: [https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC\\_Bowser\\_rep\\_2010.pdf](https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf).

Acesso em: 05 mai. 2022.

BRANCO, Samantha Castelo. História oral: reflexões sobre aplicações e implicações. **Revista Novos Rumos Sociológicos**, v. 8, n. 13, jan./jul. 2020.

BRASIL. **Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: Ator do Poder Executivo, [2019]. Disponível em: [http://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350](http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350). Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. **Lei 11.108, de 7 de Abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Casa Civil, [2005]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm). Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. **Lei da vinculação. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Casa Civil, [2007]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm). Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL. **Lei Maria da Penha e Legislação Correlata**. Brasília-DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011b.

BRASIL. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área técnica de saúde da mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 7/2020**. Atenção às gestantes no contexto da infecção covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, 2020a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/notatecnicagestantes72020COCAMCGCIVIDAPESSAPSMS03abr2020COVID-19.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto Adequado – gravidez e coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria CPN. 2015**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011\\_07\\_01\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html). Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [2017]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011a . Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 14 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Principais ações em saúde para prevenção da gravidez na adolescência**. Online. 06 fev. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7196>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, [2009]. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf). Acesso em: 13 abr. 2021.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, Mariana de Lima. Feminismo e movimentos de mulheres no contexto brasileiro: a constituição de identidades coletivas e a busca de incidência nas políticas públicas. **Revista Sociais e Humanas**, v. 30, ed. 2, Dossiê Temático, 2017.

CANO, Ignacio. Nas trincheiras do método: o ensino da metodologia das ciências sociais no Brasil. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 14, n. 31, p. 94-119, set./dez. 2012.

CARDOSO, Juliana Aparecida Fialho *et al.* A contribuição da saúde para o fortalecimento das redes: o avanço na gestão pública. **Pensar Acadêmico**, Manhaçu, v. 14, n. 1, p. 61-72, jan./jun. 2016.

CARNEIRO, Ana; DUARTE, Caroline Castanho.; SILVA, Milena de Oliveira. Narrar a dor: participação social e violência obstétrica em um projeto de extensão no Ensino Médio (Porto Seguro, Bahia). **Revista Novos Debates**, v. 7, n. 1, 2021.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

CASTRO, Cárdenas M.; RATES, Salinero S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. **Revista Panam Salud Publica**, v. 46, e. 24, 2022. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>.

CASTRO, Maria Soledad Maroca de. **A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no Ministério da Saúde**. (Tese de Doutorado em Antropologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

CASTRO, Míriam Rêgo de. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto.** Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Processo Consulta n. 22/2018 – Parecer CFM n. 32/2018.** Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/22\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2018/22_2018.pdf). Acesso em: 20 mar. 2019.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução Nº 2.144/2016 - “É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal”.** 2016. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2019.

CHADWICK, Rachele. Sujeitos ambíguos: violência obstétrica, montagem e narrativas de nascimento sul-africanas. **Feminismo e Psicologia**, v. 27, n. 4, p. 489-509, 2017. doi: 10.1177/0959353517692607.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia.** São Paulo: Editora Ática, 2009.

CIDH – Comissão Internacional de Direitos Humanos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”.** Adotada em Belém do Pará, Brasil, em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral, 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em: 20 mar. 2019.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Nova caderneta para gestantes contraria evidências e diretrizes do MS.** Nota Oficial. 10 maio 2022. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms\\_98900.html](http://www.cofen.gov.br/nova-caderneta-para-gestantes-contraria-evidencias-e-diretrizes-do-ms_98900.html). Acesso em: 28 mai. 2022.

CONTREIRAS, Henrique; MATTA, Gustavo Corrêa. Privatization of health care management through Social Organizations in the city of São Paulo, Brazil: description and analysis of regulation. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes *et al.* Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e2988, 2018. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.

COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato Peixoto (Orgs.). **Gestão estratégica de políticas públicas.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2008.

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. **Processo Parecer-consulta Nº 02/2019.** Parecer CREMERJ Nº 01/2019. 2019. Disponível em: <https://www.cremelj.org.br/resolucoes/exibe/pareceres/1063>. Acesso em: 20 mar. 2020.

CRIANÇA MORRE E PAI FAZ DENÚNCIA... Criança morre e pai faz denúncia dizendo que a demora no atendimento foi o motivo da morte do seu filho. **O baiano**, 17 fev. 2018. Disponível em: <https://www.obaiano.com.br/2018/02/crianca-morre-e-pai-faz-denuncia.html?m=1#.Wof8DtH76IM.facebook>. Acesso em: 25 abr. 2020.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

- D'GREGORIO, Pérez. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, p. 201-202, 2010.
- D'ORSI, Eleonora *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 23, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, Evelina. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAGNINO, Renato Peixoto. Gestão Social e Gestão Pública: interfaces, delimitações e uma proposta. In: BENINI, Édi *et al* (Orgs.). **Gestão pública e sociedades: fundamentos e políticas de economia solidária**. 1.ed. São Paulo: Outras Expressões, 2011.
- DAGNINO, Renato; CAVALCANTI, Paula Arcoverde; COSTA, Greiner (Orgs.). **Gestão Estratégica Pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016.
- DAHL, Robert. **Sobre a democracia**. Tradução de Beatriz Sidou. Brasília: UnB, 2001.
- DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. História oral e narrativa: tempo, memória e identidades. **História Oral**, v. 6, p. 9-25, 2003.
- DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- DEPALLENS, Miguel Andino *et al.* Prevenção quaternária, reforma curricular e educação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, supl. 1, 2020. <https://doi.org/10.1590/Interface.190584>.
- DESLANDES, Suely Ferreira. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 31-50.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 140-153, 2014.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 3, p. 627-637, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.
- DINIZ, Simone Grilo *et al.* Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- DODOU, Hilana Dayana, *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Revista de Enfermagem Escola Ana Nery**, v. 18, n. 2, abr./jun. 2014.



DUARTE, Ana Cristina. Guest Post: Violência Obstétrica. **Blog Estuda, Melania, Estuda!** 15 fev. 2013. Disponível em: <http://estudamelania.blogspot.com/2013/02/guest-post-violencia-obstetrica-by-ana.html>. Acesso em: 15 ago. 2020.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em Revista**, v. 20, n. 24, 2004.

FARIA, Denise Gonzalez Stellutti de. **“EMBRIÃO” de centro de parto normal fundamentado na experiência de formação de enfermeiros obstetras**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.

FERREIRA, Guilherme Gomes. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 36, p. 166-178, jan./jun. 2016.

FERREIRA, Livia; MOURA, Laura. Entidades médicas criticam lei do parto humanizado: ‘interferência no ato obstétrico’, diz diretora do Simepi. **Portal G1** (online). 15 jun. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2022/06/15/entidades-medicas-sao-a-favor-da-revogacao-da-lei-do-parto-humanizado-interferencia-no-ato-obstetrico-diz-diretora-do-crm-pi.ghtml>. Acesso em: 20 jun. 2022.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Boletim Observatório Covid-19**. Semanas epidemiológicas 20 e 21. 2021 (online). Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim\\_covid\\_2021-semanas\\_20-21-red.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_2021-semanas_20-21-red.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens**: Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?. Rio de Janeiro, 2018.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Projeto de Pesquisa Nascer no Brasil II**: Inquérito Nacional sobre Aborto, Parto e Nascimento. 2016.

FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ: 2014.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Sandra Costa; KALE, Pauline Lorena; SILVA, Katia Silveira. Pré-natal em mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde em duas maternidades no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: a cor importa? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 15, n. 2, p. 209-217, 2015.

FUNAI - Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Coordenações Regionais. CR Sul da Bahia. 15 out. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/coordenacoes-regionais-funai/cr-sul-da-bahia#:~:text=A%20Coordena%C3%A7%C3%A3o%20Regional%20Sul%20da,%2C%20Kari%2DSapui%C3%A1%2C%20Guer%C3%A9m>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde**: uma perspectiva interseccional. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

- GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16, n. 47, p. 333-361, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.
- GOHN, Maria da Glória. Mulheres - atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 6, n. 11, p. 41-70, out. 2007.
- GOHN, Maria da Glória. **Novas teorias dos movimentos sociais**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.
- GOHN, Maria da Glória. **Participação e democracia no Brasil**: da década de 1960 aos impactos pós-junho de 2013. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019a.
- GOHN, Maria da Glória. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. **Caderno CRH**, v. 32, n. 85, 2019b. <https://doi.org/10.9771/ccrh.v32i85.27655>.
- HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n. 5, p. 07-41, 1995.
- HIRSCH, Olivia Nogueira. **O parto “natural” e “humanizado”**: um estudo comparativo entre mulheres de camadas populares e médias no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2009.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PIB per capita**. Em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=destaques>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Regiões de Influência das Cidades, REGIC 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101728>. Acesso em: 25 abr. 2022.
- JOAQUIM, Regina Helena Vitale T.; MAGALHÃES Livia C. **Maternidade em tempos de COVID-19**. Universidade Federal de Minas Gerais. Abril, 2020. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/UserFiles/files/Maternidade%20em%20tempos%20do%20COVID-FINAL.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.
- KATZ, Leila *et al.* Quem tem medo da Violência Obstétrica? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 623-626, jun. 2020.
- KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. **Violência obstétrica e sua configuração no Brasil**, 2013. Disponível em: [https://www.social.org.br/relatorio\\_RH\\_2013.pdf](https://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf). Acesso em: 05 jun. 2018.

- KOPERECK, Cristine Silva *et al.* A violência obstétrica no contexto multinacional. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 12, n. 7, p. 2050-60, jul. 2018.
- LANCET, The. Abortion bans in the USA harm health equity. **Lancet**, London, England, v. 398, n. 10310, p. 1461, 2021.
- LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, sup. 1, p. S192-S207, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.
- LANSKY, Sônia *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.
- LANSKY, Sônia. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.846>
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, sup. 1, e00078816, 2017. doi:10.1590/0102-311X00078816.
- LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, S17-S32, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
- LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da.; CUNHA, Cynthia Braga da. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-7, 2005.
- LEÃO, Míriam Rêgo de Castro. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto.** Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- LEITE, Tatiana Henriques *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 02, p. 483-491, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>.
- LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira. **Entre silêncios, interdições e personalidades: uma análise racial das histórias sobre aborto no sertão.** Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.
- LUKER, Kristin. **Abortion and the politics of motherhood.** University of California Press, 1985.
- LUNA, Naara. A personalização do embrião humano: da transcendência na biologia. **Mana**, v. 13, n. 2, p. 41-440, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-93132007000200005>.
- LUNA, Naara. Aborto e corporalidade, **Horizontes Antropológicos**, v. 20, n. 42, 2014. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832014000200012>.
- LUNA, Naara. Fetos anencefálicos e embriões para pesquisa: sujeitos de direitos? **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 2, p. 307-333, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000200002>.
- MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

- MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Revista Dor**, v. 17, n. 3, p. 215-218, 2016. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160074>.
- MATOS, Marlise. Democracia, sistema político brasileiro e a exclusão das mulheres: a urgência em se aprofundar estratégias de descolonização e despatriarcalização do Estado. **Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**, ano 5, v. 7, p. 24-35, 2015.
- MATOS, Marlise. Movimento e teoria feminista: é possível reconstruir a teoria feminista a partir do Sul Global? **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 67-92, jun. 2010.
- MATTA, Isabela Braga da; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; SILVA, Edson Arlindo. Políticas Públicas no setor de saúde: mudanças, tendências e desafios sob a perspectiva da administração pública. **Revista de Administração Hospitalar**, v.11, n.1, p. 12-27, jan./mar. 2014.
- MEIHY, José Carlos S. B.; HOLANDA, Fabíola. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2017.
- MERHY, Emerson Elias. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, Túlio Batista; PERES, Marco Aurélio de Anselmo; FOSCHIERA, Marlene Madalena Possan (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.
- MERHY, Emerson Elias. **Um dos grandes desafios para os gestores do sus: apostar em novos modos de fabricar os modelos de Atenção**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <https://docplayer.com.br/34813923-Um-dos-grandes-desafios-para-os-gestores-do-sus-apostar-em-novos-modos-de-fabricar-os-modelos-de-atencao.html>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- MIANI, Céline; RAZUM, Oliver. The fragility of abortion access in Europe: a public health crisis in the making. **The lancet**, v. 398, aug. 7 2021.
- MILANI, Carlos R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 3, p. 551-579, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122008000300006>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Editora Fiocruz. 2006
- MORAES, Lilian Machado Vilarinho de. **Peregrinação de gestantes para o parto: fatores associados e consequências desfavoráveis ao nascer em duas coortes brasileiras BRISA**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.
- MOTTA, Fernando Cláudio Prestes. **Cultura e Organizações no Brasil**. São Paulo: EAESP/FGV, 1996.
- NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos *et al.* Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 2, p.7362-7380, 2021.
- NOGUEIRA, Fernando do Amaral. **Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: Fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.
- NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; LIMA FILHO, Domingos Leite. O agir em saúde da família: as condições existentes e necessárias para a interação e troca de

conhecimentos na prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300011>.

NUNES, Jordão Horta. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, 2013.

O'DONNELL, Guillermo. Anotações para uma teoria do Estado (I). **Revista de Cultura e Sociedade**, n. 3, nov./jan. 1981.

O'DONNELL, Guillermo. Democracia, Desenvolvimento Humano e Direitos Humanos. **Revista Debates**, v. 7, n. 1, p. 15-114, 2013.

ODENT, Michel. **O camponês e a parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 361-372, 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. Organização Mundial da Saúde, 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

ONU – Organizações das Nações Unidas. Naciones Unidas Asamblea General 11 de julio de 2019. 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. Informe de la Relatora Especial Dubravka Šimonović, 2019. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>. Acesso em: 20 mar. 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Actualización epidemiológica**: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 18 mayo de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS, 2021b.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde nas Américas, edição 2019**. Sociedades justas: Equidade em saúde e vida com dignidade. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2019.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. 16 jun. 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6 p. 1723-1728, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Scheiner. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 216-230, 2017.

PATIÑO; Rafael Andrés; FARIA, Lina. Reflexões teórico-epistemológicas para o estudo de práticas de exclusão social. *In*: FARIA, Lina (Org.). **Violências e suas configurações: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais**. 1. ed. São Paulo : HUCITEC, 2020. p. 49-68.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p.36-49, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902005000100005>.

PEDROSA, Amanda Andrade de Brito *et al.* Situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres em processo de abortamento. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 43, n.3, p. 1-8, set./dez. 2017. DOI: 10.5902/2236583428449

PERUZZO, Cicilia M. Krohling. Pressupostos epistemológicos e metodológicos da pesquisa participativa: da observação participante à pesquisa-ação. **Estudios sobre las Culturas Contemporáneas**, vol. XXIII, n. 3, 2017.

PETRUCCE, Luiz Fernando Fernandes *et al.* Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. **Femina: Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 4, p. 212-222, 2017.

PIAUI. **Lei estadual n. 7.750 de 14 de março de 2022**. Dispõe sobre assistência humanizada, antirracista e não transfóbica; estabelece medidas sobre o direito a ter uma doula durante o parto, nos períodos de préparto, pós-parto e em situação de abortamento; garantia do direito de se manifestar através de seu plano individual de parto durante o período de gestação e parto; institui mecanismos para coibir a violência obstétrica no estado do Piauí. Teresina, Piauí, 2022.

QUIJANO, Aníbal. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. *In*: CLACSO – Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais. **Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

QUINTINO, Julyana Maria Lopes; FARIA, Lina. Violências de gênero, violações de direitos reprodutivos de mulheres gestantes em situação de rua e que usam drogas em Salvador. *In*: FARIA, Lina (Org.) **Violências e suas configurações: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais**. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2020. p. 305-327.

RAMÍREZ, Arguedas Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. **Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe**, v. 11, n. 1, p. 145-169, ene./jun. 2014.

RATTNER, Daphne. “Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte”. [Entrevista cedida a] André Antunes. **EPSJV/ Fiocruz**, 17 maio 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nao-e-so-um-retrocesso-e-um-projeto-de-desmonte>. Acesso em: 24 jun. 2022.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Violência obstétrica – “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres, s/l, 2012.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, e64677, 2017. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

- RIOS, Jean Cristina Carneiro. **Educação popular em saúde**: estratégias de enfrentamento à violência obstétrica em Eunápolis-BA. Dissertação (Mestrado em Ensino e Relações Étnico-Raciais) - Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna, 2020.
- SANTA CATARINA. **Lei Estadual n. 17.097/2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis-SC, 2017.
- SANTOS FILHO, Serafim Barbosa dos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021.
- SANTOS, Eduarda Motta. **Formas de menosprezo da violência obstétrica**: as vozes das participantes do Fórum da Rede Cegonha. Dissertação (Mestrado em Estado e Sociedade) - Universidade Federal do Sul da Bahia, Porto Seguro, 2021.
- SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.
- SANTOS, Raíssa Paula Sena dos. **Violência obstétrica no Brasil**: uma análise de determinações patriarcais, racistas e capitalistas. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Direitos Sociais) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2016.
- SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137-150, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332001000100008>.
- SCHUCMAN, Lia Vainer. **Entre o “encardido”, o “branco” e o “branquíssimo”**: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- SENA, Ligia Moreiras. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração”**: A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- SILVA, Artenira da Silva e; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica no Brasil: um enfoque a partir dos acórdãos do STF e STJ. **Quaestio Iuris**, v. 10, n. 04, p. 2430-2457, 2017.
- SILVA, Fernanda *et al.* “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>.
- SILVA, Lídia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015.
- SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araujo. **A Vocalização dos Direitos das Mulheres e o Modelo de Atenção ao Parto e Nascimento**: Narrativas de Mulheres sobre o Fórum Perinatal. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.
- SILVA, Marinete dos Santos. Reprodução, sexualidade e poder: as lutas e disputas em torno do aborto e da contracepção no Rio de Janeiro, 1890-1930. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 19, n. 4, p. 1241-1254, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012005000005>.

SOLLA, Jorge. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS**: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: HUCITEC, 2010.

SOUZA, Jessé. **A tolice da inteligência brasileira**: ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa, 2015.

SOUZA, Mariana Ramos. **Quem é a mulher que recebe a cegonha?** Análise do discurso das políticas nacionais de atenção à saúde da mulher. Monografia (Especialização em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça) - Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

TAROZZI, Massimiliano. **O que é grounded theory**: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale *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, 2015. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan./jun. 2006.

TOBASÍA-HEGE, Constanza *et al.* Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. **Revista Panam Salud Publica**, v. 43, e36, 2019. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais. Projeto Sentidos do Nascer.

**Recomendações para a assistência ao parto e nascimento em tempos de pandemia de covid-19**: em defesa dos direitos das mulheres e dos bebês. Universidade Federal de Minas Gerais, 2020. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/sentidos-do-nascer-e-entidades-parceiras-defendem-direito-ao-parto-seguro-em-tempos-de-covid-19>. Acesso em: 23 nov. 2021.

VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Orgs.). **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

VIANA, Thamara Gabriela Fernandes *et al.* Motivo da realização de cesárea segundo relato das mães e registros de prontuários em maternidades de Belo Horizonte. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

WEBER, Max. **Ciência e política**: duas vocações. São Paulo: Cultrix, 1995.

WHO - World Health Organization. **Care in Normal Birth**: A Practical Guide. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. Geneva: World Health Organization, 1996.

WHO - World Health Organization. **Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.

YIN, Robert K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, p. e155043. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>