



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANGELO BRITO RODRIGUES

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO NORDESTE DO
BRASIL**

FORTALEZA

2022

ANGELO BRITO RODRIGUES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO NORDESTE DO
BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

R611v Rodrigues, Angelo Brito.

Violência Obstétrica: experiências de mulheres do Nordeste do Brasil / Angelo Brito Rodrigues. –
2022.
250 f.: il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Dr. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

1. Violência de Gênero. 2. Violência Contra a Mulher. 3. Violência Obstétrica. 4. Pesquisa
Qualitativa. 5. Fenomenologia-Hermenêutica. I. Título.

CDD 610

ANGELO BRITO RODRIGUES

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES NO NORDESTE DO
BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Profa. Dra. Anna Karynne Melo
Universidade de Fortaleza (Unifor)

Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este trabalho ao meu pai Valdemir (*in memoriam*), cujo empenho e esforço em me educar sempre veio em primeiro lugar, é um fruto de sua dedicação. Com muita gratidão

À minha tia Socorro (*in memoriam*), pelo incentivo e carinho

AGRADECIMENTOS

O processo de escrita de uma tese, é por vezes, desmedidamente solitário. Contudo, é formidável perceber o quanto se estava acompanhado nesse trabalho. Saudável e emocionante é lembrar das pessoas, lugares e instituições que contribuíram, direta ou indiretamente, para esta conquista. Vamos a elas:

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Maria Lúcia Magalhães Bosi – a Malú, pela sensibilidade, flexibilidade, apoio, resistência e persistência em acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava. Aprendi muito no processo de orientação; foi além das dimensões acadêmicas. Orientou-me como ser uma pessoa mais ética, afetuosa, respeitosa e comprometida com a vida.

Às mulheres que participaram da pesquisa, por compartilharem suas histórias e experiências de vida e falarem de um tema tão mobilizador de emoções e sentimentos.

À minha mãe, Maria Lenivalda e ao meu irmão, Francivaldo, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência durante o processo de construção e desenvolvimento desta pesquisa. Amo vocês!

À minha família, minha cunhada Yasmina, minhas primas e primos, meus tios e tias, pelo apoio durante essa jornada.

À minha prima Diana Karla, por me acolher de maneira afetuosa e cuidadosa em seu apartamento em Fortaleza; fez de sua casa, minha casa.

Ao meu primo Aldévio, por ser sempre atencioso, prestativo e cuidadoso com minha mãe e irmão. Os mesmos adjetivos são extensivos à sua esposa Ticiane e às suas filhas, primas queridas, Ana Clara e Larissa.

À minha prima Jane Célia e sua família, pela sensibilidade e carinho sempre expressados comigo.

À minha prima Patricia, pela postura, determinação e cuidado com a minha mãe.

Aos membros da banca de defesa, professoras Márcia Maria Tavares Machado, Raimunda Magalhães da Silva, Anna Karynne Melo e o professor Léo Barbosa Nepomuceno pela disponibilidade e por aceitarem compartilhar comigo suas experiências acadêmicas e em pesquisa, apresentando um olhar crítico-sensível necessário ao estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, casa que me acolheu no mestrado e no doutorado. Agradeço especialmente à coordenadora profa. Carmem E. Leitão Araújo pela sensibilidade e apoio quando eu mais precisei, e por conduzir os processos de trabalho da coordenação do Programa.

À equipe da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Dominik, Hemison e Zenaide, pelo apoio e orientação nos processos administrativos do doutorado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, em especial aos professores Ricardo José Soares Pontes, Alberto Novaes Ramos Junior, Carlos Henrique Moraes de Alencar, professora Márcia Maria Tavares Machado e Maria Lúcia Magalhães Bosi. Suas disciplinas são marcantes em minha trajetória profissional e acadêmica.

Aos colegas de turma do doutorado, pelos ensinamentos, trocas de experiências e partilhas das dores e delícias do processo de doutoramento.

Aos membros do Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde – LAPQS, pelos momentos de aprendizagem, leveza e trabalho juntos. Em especial à minha colega e amiga Herta.

Aos colegas de trabalho no Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí pelo incentivo e apoio durante o processo de doutorado. Em especial, à chefe do departamento, profa. Liana Vasconcelos.

Ao Fábio Solon Tajra pelo incentivo e apoio no processo de seleção do doutorado.

Aos meus amigos de Teresina, Ceará e São Paulo pela compreensão e ombro amigo de que sempre precisei, durante esta jornada.

Aos meu Caetano, lugar que me acolhe, me recarrega as energias com sua natureza e pessoas.

Ao Mateus Camillo, por me incentivar, apoiar e compreender meu processo de vida durante o doutorado. Por me ensinar, no período em que estivemos juntos, outras possibilidades de alegria – a alegria em ato.

Aos meus alunos do Curso de Medicina, por compreender minha agenda de trabalho no período de doutorado.

Talvez o que me tenha acontecido seja uma compreensão – e que, para ser verdadeira, tenho que continuar a não estar à altura dela, tenho que continuar a não entendê-la. Toda compreensão súbita se parece muito com uma aguda incompreensão.

Não. Toda compreensão súbita é finalmente a revelação de uma aguda incompreensão. Todo momento de achar é um perder-se de si próprio. [...] Qualquer entender meu nunca estará à altura dessa compreensão, pois viver é somente a altura a que posso chegar – meu único nível é viver.

A Paixão Segundo G.H, Clarisse Lispector

RESUMO

A violência obstétrica é um problema de saúde pública que, embora vigente nas relações e dinâmicas que envolvem a gestação, parto e maternidade, possui demarcação conceitual frágil, carente de consensos no meio acadêmico, sobretudo, o brasileiro. Diante desse cenário, este estudo pretendeu ir às conexões e mediações mais refinadas sobre o tema. Trazer à luz os aspectos ainda invisíveis, a anteface da violência obstétrica. O objetivo foi compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir de experiências de gravidez e parto de mulheres de uma capital do Nordeste do Brasil, inserindo na análise espaços, dispositivos, sujeitos e movimentos que produzem violência obstétrica na atualidade. A fundamentação teórica do estudo baseia-se na construção sócio-histórica e analítica da categoria corpo ao que soma a demarcação de conceitos, tipos e desdobramentos da violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, alinhada à tradição Fenomenológico-Hermenêutica, desenvolvido em Teresina-PI com doze mulheres que passaram por processos de gestação, parto e nascimento. Para delimitação amostral consideramos o conceito de “poder de informação”. A produção das informações ocorreu através de entrevistas não-diretivas e em profundidade, gravadas, realizadas de maneira virtual e eletrônica pelo Google Meet®. O processo de organização, processamento e interpretação do material empírico foi realizado a partir do processamento e pré-interpretação do *corpus* do estudo; pré-análise; organização e categorização do material; construção da rede de significados e reinterpretção. A pesquisa respeitou os preceitos éticos dos estudos que envolvem seres humanos, obtendo aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) conforme parecer consubstanciado do CEP nº: 4.416.126. Os resultados da pesquisa mostram que as experiências de gravidez, parto e nascimento de mulheres são atravessadas por elementos e características que constituem e sustentam a violência obstétrica num modelo de sociedade patriarcal, de medicalização do corpo da mulher e, do processo de nascimento, que se desdobram em processos materiais de violências e agressões desde a idealização e concepção da gravidez até o puerpério. A violência obstétrica ocorre no espaço instituído da maternidade, no ambiente acadêmico, no domicílio, no trabalho e nas redes sociais virtuais. A pesquisa evidenciou que ainda há uma relação de poder muito discrepante por parte dos profissionais de saúde sobre os corpos da mulher grávida. Todavia esse poder, que resulta em diferentes tipos de agressão, também é promovido por pessoas próximas à grávida, como seus companheiros, familiares, amigos e por outras mulheres grávidas. A mercantilização do parto normal e humanizado também emerge como uma unidade de análise que dialoga com processo de ascensão dos debates acerca da violência obstétrica em

nossa sociedade atualmente. Por fim, características ambíguas do SUS incidem em políticas, programas e ações assistenciais voltadas à mulher grávida, em trabalho de parto, parto e nascimento. Reconhecer que estamos tratando de um fenômeno complexo, nos exige pensar e agir também na mesma racionalidade. Buscando intervir nas diferentes dimensões e elementos que constituem, caracterizam e sustentam a violência obstétrica em nossa sociedade.

Palavras-chave: Violência de gênero; violência contra a mulher; violência obstétrica; pesquisa qualitativa; fenomenologia-hermenêutica

ABSTRACT

Obstetric violence is a public health problem that, although prevailing in the relationships and dynamics involving pregnancy, childbirth and maternity, has a fragile conceptual demarcation, lacking consensus in the academic environment, especially in Brazil. Given this scenario, this study intended to go to the most refined connections and mediations on the subject. Bring to light the still invisible aspects, the forerunner of obstetric violence. The objectives of this study were to understand the phenomenon of obstetric violence from the experiences of pregnancy and childbirth of women in a capital city in the Northeast of Brazil, inserting in the analysis spaces, devices, subjects and movements that currently produce obstetric violence. The theoretical foundation of the study is based on the socio-historical and analytical construction of the body category, which adds the demarcation of concepts, types and developments of obstetric violence. This is a qualitative research, aligned with the Phenomenological-Hermeneutic tradition, developed in Teresina-PI with twelve women who went through the processes of pregnancy, childbirth and birth. For sample delimitation, we considered the concept of information power. The production of information took place through non-directive and in-depth interviews, recorded, carried out in a virtual and electronic way by Google Meet®. The process of organization, processing and interpretation of the empirical material was carried out from the processing and pre-interpretation of the study corpus; pre-analysis; organization and categorization of material; construction of networks of meanings and reinterpretation. The research respected the ethical precepts of studies involving human beings, obtaining approval from the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Piauí (UFPI) according to the opinion embodied in CEP nº: 4.416.126. The research results show that women's experiences of pregnancy, childbirth and birth are crossed by elements and characteristics that constitute and sustain obstetric violence in a model of patriarchal society, of medicalization of the woman's body and, of the birth process, which unfold in material processes of violence and aggression from the idealization and conception of pregnancy to the puerperium. Obstetric violence occurs in the established space of maternity, in the academic environment, at home, at work and in virtual social networks. The research showed that there is still a very discrepant power relationship on the part of health professionals over the bodies of pregnant women. However, this power, which results in different types of aggression, is also promoted by people close to the pregnant woman, such as her partners, family, friends and other pregnant women. The commercialization of normal and humanized childbirth also emerges as a unit of analysis that dialogues with the rising process of debates about obstetric violence in our society today.

And finally, ambiguous characteristics of the SUS in relation to policies, programs and assistance actions aimed at pregnant women, in labor, delivery and birth. Recognizing that we are dealing with a complex phenomenon requires us to think and act also in the same rationality. Seeking to intervene in the different dimensions and elements that constitute, characterize and sustain obstetric violence in our society.

Keywords: Gender-Based Violence; Violence Against Women; Obstetric Violence; Qualitative Research; Phenomenology-Hermeneutics

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipologia da Violência	54
Figura 2 – Modelo Ecológico de Violência	55
Figura 3 – Modelo Conceitual de Violência Obstétrica	57
Figura 4 – Política Nacional de Humanização – Rede HumanizaSUS (Logomarca simbólica)	67
Figura 5 – Rede Cegonha	67
Figura 6 – Piauí – Territórios de Desenvolvimento com a localização do município de Teresina	98
Figura 7 – RIDE Teresina	99
Figura 8 – Teresina por região administrativas e bairros	100
Figura 9 – Redes de Significados	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Projetos de Lei sobre Violência Obstétrica	74
Quadro 2 – Número de leitos hospitalares por especialidade existentes no município de Teresina	100
Quadro 3 – Número de leitos hospitalares complementares existentes no município de Teresina	101
Quadro 4 – Tipos de parto nos nascimentos ocorridos em Teresina (1º Quadrimestre de 2017)	102
Quadro 5 – Percentual de partos nos nascimentos ocorridos em Teresina (1º Quadrimestre de 2017)	102
Quadro 6 – Caracterização das participantes do estudo.....	109
Quadro 7 – Diagrama–Redes de Significados.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
Cedaw	Convenção para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
Cerd	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial
CF	Constituição Federal
CIPD	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CMDE	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
CMPI	Comissão Mista de Parlamentar de Investigação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEM	Partido Democratas
DONA	<i>Doulas of North America</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
e-TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GAMA	Grupo de Apoio a Maternidade Ativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBTQIA+	Lesbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais e transgêneros, queer, intersexo, assexual
MBE	Medicina Baseada em Evidências

MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
ME1	Mulher Entrevistada 1
ME2	Mulher Entrevistada 2
ME3	Mulher Entrevistada 3
ME4	Mulher Entrevistada 4
ME5	Mulher Entrevistada 5
ME6	Mulher Entrevistada 6
ME7	Mulher Entrevistada 7
ME8	Mulher Entrevistada 8
ME9	Mulher Entrevistada 9
ME10	Mulher Entrevistada 10
ME11	Mulher Entrevistada 11
ME12	Mulher Entrevistada 12
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PL	Projeto de Lei
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PODE	Partido Podemos
PqM	Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros
PRB	Partido Republicano do Brasil
PSC	Partido Social Cristão
PSL	Partido Social Liberal
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RC	Rede Cegonha
Rehuna	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RHS	Rede HumanizaSUS
RIDE	Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESC	Serviço Social do Comércio
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SIAPARTO	Simpósio Internacional de Assistência ao Parto
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TP	Trabalho de Parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

LISTA DE SÍMBOLOS

- % Porcentagem
- © Copyright
- ® Marca Registrada

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO 1 – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA EM TESE	
	14
1.1	Prelúdio	14
1.2	Diálogo teórico	16
2	CAPÍTULO 2 – CORPO(S): construção sócio-histórica e análises	25
2.1	Corpo “biomédico”: concepção ligada ao avanço do individualismo, do pensamento positivista e da medicina moderna	26
2.2	Corpo fenomenológico: aproximações com o conceito de Corpo de Merleau-Ponty.....	36
2.3	Corpo político: algumas concepções e diálogo com gênero	39
3	CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: demarcação de conceitos, tipificação e desdobramentos a partir de ares da genealogia	45
3.1	(De)marcando o conceito de Violência Obstétrica	47
3.2	Uma proposta conceitual de Violência Obstétrica	51
3.3	Violência Obstétrica: Desdobramentos do fenômeno	58
3.3.1	<i>Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento</i>	58
3.3.2	<i>Conquistas jurídicas, políticas e sociais de proteção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, imputações e violência obstétrica</i>	72
3.3.3	<i>Violência Obstétrica: O que dizem as pesquisas de campo?</i>	78
3.3.3.1	<i>Medicalização do corpo e dos processos reprodutivos: gênese da violência obstétrica</i>	79
3.3.3.2	<i>Violência obstétrica e violência institucional: duas faces da mesma moeda?</i>	80
3.3.3.3	<i>Vítimas da violência Obstétrica: percepção e conhecimento</i>	81
3.3.3.4	<i>Violência obstétrica a partir da perspectiva dos profissionais de saúde</i>	83
4	CAPÍTULO 4 – TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	86
4.1	Pesquisa Qualitativa em Saúde: preâmbulo	86
4.2	Apontamentos epistemológicos: Fenomenologia e Hermenêutica	89
4.3	Rigor científico e a busca por qualidade	92
4.3.1	<i>Coerência teórica</i>	94
4.3.2	<i>Contextualização</i>	94

4.3.3	<i>Clareza e Transparência na descrição do percurso, das escolhas e nas análises</i>	95
4.3.4	<i>Reflexividade e Posicionalidade</i>	95
4.3.5	<i>Das limitações do pesquisador e do estudo</i>	97
4.4	Cenário do estudo	97
4.5	Sujeitos da pesquisa	106
4.6	Técnicas de produção de informações	109
4.7	Processamento e interpretação do material empírico	111
4.8	Considerações éticas do estudo	113
5	CAPÍTULO 5 – RESULTADOS: percorrendo a rede de significados	115
	Organização e pré-categorização do material empírico	118
	Diagrama – Rede de significados	119
	A) A Experiência da gravidez, parto e puerpério na contemporaneidade	120
	B) Violência Obstétrica: para além dos muros da maternidade	148
	C) Agente violentador não usa só “roupa branca”	161
	D) Mercantilização do parto normal e humanizado	175
	E) Ambiguidade do serviço público de saúde – SUS	194
6	CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
	REFERÊNCIAS	206
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ELETRÔNICO (e-TCLE)	241

CAPÍTULO 1 – A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 Prelúdio

Este projeto de tese tem como objetivo compreender o fenômeno violência obstétrica na sociedade contemporânea, a partir de experiências de gravidez e parto de mulheres, tendo como cenário uma capital do Nordeste do Brasil.

A construção de um objeto de estudo é algo extremamente complexo, sobretudo, quando se consideram experiências, motivações e inquietações do pesquisador, num processo reflexivo e crítico. Cenário esse cada vez mais raro nos Programas de Pós-Graduação, reféns da racionalidade produtivista do conhecimento e de uma lógica de acumulação de capital científico¹, em detrimento da produção da ciência transformadora do contexto social, econômico, cultural e político-ideológico. Todavia, mesmo diante do cenário atual dos programas de pós-graduação, é importante ressaltar que existe um movimento que tensiona essa racionalidade produtivista do conhecimento e busca desenvolvimento e a formação de mestres e doutores comprometidos e defensores de uma ciência que possa ser capaz de criticar a si mesma, num exercício dialético-ético e em interface com o contexto social, econômico, político e cultural que vivemos.

Para Minayo (2013) a escolha de um tema não surge espontaneamente, há forças motrizes para a eleição de um tema de pesquisa como a intencionalidade e circunstancialidade social. Concordo parcialmente essa colocação da autora, considero essas forças impulsionadoras insuficientes frente à complexidade do processo em que se dá a construção de um objeto de estudo. Acho pertinente nos atentarmos ao aspecto da inconsciência e dos possíveis atravessamentos que o tema provoca ao longo da vida do pesquisador, ou seja, sua singularidade como sujeito epistêmico.

O tema da violência obstétrica se fez objeto de estudo, inicialmente, a partir de uma reflexão da minha inserção nos cenários de prática. Sou enfermeiro de formação e desde a graduação pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral-Ceará, me inquietava as discussões que soavam de forma ufanista, proferidas quase sempre por enfermeiros sobre

¹ Conceito simbólico cunhado por Bourdieu (1983, 2003) que se caracteriza pelo reconhecimento da produção científica por seus pares. Para o referido autor há dois tipos de capital científico, interpretados também como formas de poder. O capital político e o capital associado às contribuições do cientista ao progresso da ciência, conformando uma espécie de autoridade científica.

humanização do parto, parto natural e a quase demonização do parto cesáreo nos serviços de saúde, ainda mais nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já como docente, atuando na disciplina de Saúde da Mulher e tendo como campo de prática a maternidade, reiterei meu pensamento acerca da humanização do parto, fortemente impulsionado por políticas e programas de saúde, como a Rede Cegonha e a Política Nacional de Humanização. Pude também experienciar situações de não cumprimento das atuais diretrizes, por diversos motivos, e as consequências dessa postura na vida das mulheres grávidas e puérperas.

Todavia, atualmente percebo que essas motivações não são tudo o que explica e sustenta a eleição desse tema e objeto de estudo para uma tese de doutoramento. Num exercício complexo, porém necessário, de (re)conhecer minha intencionalidade e posicionalidade frente ao objeto, fui capaz de perceber que minha relação com o tema está também atrelada ao processo de parto que resultou no meu próprio nascimento. Ouvi diversas vezes a história sobre a escolha do meu nome e sua ligação direta com o trabalho de parto de minha mãe.

Meu nome está associado, ao que meu pai denominou de “milagre”, por ter sobrevivido ao complicado trabalho de parto, e ao horário exato do meu nascimento. Nasci pontualmente às 18 horas, para meu pai, a “hora do anjo”. Minha mãe relata que só estou vivo pela iniciativa de um residente de obstetrícia, que observando a angústia e o sofrimento da minha mãe, prescreveu um indutor da contração uterina, a ocitocina, que para ela tratou-se de uma “injeção de força”.

Nasci, conforme discurso materno, com características de cianose, edema facial e sem choro, essa última característica é indispensável para confirmação materna sobre saúde do recém-nascido. Após procedimentos clínicos padrão realizados pelo pediatra, evolui clinicamente e tive alta hospitalar. Minha mãe, apesar do sofrimento do trabalho de parto e pós-parto, visto que foi realizado episiotomia e episiorrafia do canal vaginal, exalta a postura do profissional médico frente à situação clínica em que se encontrava.

Essa reflexão, com propriedades singulares e subjetivas, só foram produtoras de sentido e significado a partir do momento crítico-reflexivo, frente aos discursos atuais de violência obstétrica e atrelado às discussões teóricas proporcionadas pelas disciplinas Epistemologia e Metodologia Qualitativa em Saúde, nas quais a reflexividade foi um tema muito presente.

Como já mencionado, minhas inquietações eram percebidas na camada² mais exterior, da relação dialética com minha prática profissional, e os atravessamentos gerados pelo movimento do parto humanizado, posicionamentos de pessoas nas redes sociais, influências de familiares, influência de personalidades reconhecidas como “celebridades” e “famosos” na contemporaneidade. Tal camada me assegurava se tratar, para além de qualquer implicação ou intersubjetividade de cunho mais pessoal/psicológico, de um tema de extrema relevância para o campo da Saúde (Coletiva). Decorrente desse posicionamento, começo a formular de maneira mais objetiva e fundamentada, questionamentos e problematizações relativas a presenças e também lacunas/ insuficiências do conceito “violência obstétrica”, tal como hegemonicamente³ abordado, e aplicado em estudos, programas e políticas públicas de saúde.

1.2 Diálogo teórico

A violência é um fenômeno que acompanha a existência do homem desde sua gênese. Han (2017a) constrói sua argumentação no livro *Topologia da Violência* tomando como recorte temporal os gregos, consequentemente por se tratar da sociedade que demarca e circunscreve a racionalidade ocidental.

Esse fenômeno sempre esteve associado ao exercício do poder, mesmo que se caracterizasse por sobrevivência. Não se pode deixar de reconhecer na gênese da violência, seu lugar como uma das condições básicas da sobrevivência do homem, num mundo hostil e em escala desconhecida pelos demais animais (ODALIA, 2004). Contudo, a construção social da naturalização da violência na sociedade é algo consensual para Han (2017a) e Odalia (2004). Ambos colocam que esse desdobramento do fenômeno trouxe e traz consequências irreversíveis na atual conjuntura e modelo de sociedade.

Para Martuccelli (1999) a violência na modernidade e no contemporâneo pode ser interpretada, em algumas de suas linhas gerais, a partir do enfraquecimento e a transformação dos significados de violência, produtos da opacidade significativa do fenômeno e o crescimento da consciência dos riscos e da própria violência pela sociedade. Outra linha apresentada pelo autor trata do dilema fenomenológico da violência na modernidade, duas faces de uma mesma

² Camada no texto tem o sentido metafórico das folhas escamiformes do bulbo da planta cebola. Assim, coloque-me como um ser constituído de camadas, sendo de aproximação com a exterioridade do mundo e com a interioridade do meu ser, minha essência.

³ Hegemonia no campo da produção científica brasileira construída a partir de autores como D'Oliveira (1997); D'Oliveira, Diniz & Schraiber (2002); Wolff & Waldow (2008); Schraiber, D'Oliveira, Portella & Menicucci (2009); Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013); Andrade (2014); Cleison & Ferreira (2014); Luz & Gico (2015); Sena & Tesser (2017)

moeda, a violência aparece como sendo puramente negativa ou positiva. Essa perspectiva binária é representativa da sociedade contemporânea e o que nos leva a crer na importância de analisar o fenômeno da violência pelo prisma da complexidade.

Por fim, Martuccelli (1999) ainda sinaliza a importância de refletirmos sobre essa questão, tomando em consideração a natureza diversa e contrastada do vivido e da exposição à violência nas sociedades contemporâneas e da questão da interface violência, autocontrole e autogoverno representativos do indivíduo contemporâneo. Essas linhas gerais possibilitam construir contornos que possam trazer à luz o fenômeno da violência nos dias atuais.

A violência obstétrica, embora sem registros tão arcaicos, também não é um fenômeno recente, visto que está diretamente associado ao processo de medicalização do corpo feminino e incorporação na medicina da obstetrícia enquanto disciplina científica nos séculos XVII e XVIII. Aqui cabe esclarecer que, entende-se por violência obstétrica aquela vivida no processo da gestação, parto, nascimento e pós-parto, por meio de agressão física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, além da discriminação e negligência na assistência à mulher (MUNIZ & BARBOSA, 2012; GOMES, 2014).

Outro conceito fortemente utilizado no cenário nacional é o da Defensoria Pública do estado de São Paulo, que define violência obstétrica como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SÃO PAULO, 2013).

Necessário ressaltar que esses conceitos foram fortemente influenciados por duas definições anteriores. A primeira, do Comitê Latino Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher, que trata de violência contra a mulher, de maneira mais ampla e a define como

qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada. (COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER, 1996 p.6).

O segundo conceito está inserido em lei venezuelana, primeiro país latino-americano a adotar em lei a expressão violência obstétrica. Na lei de 2007, violência obstétrica é conceituada como apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, com perda da autonomia feminina e a impossibilidade de decidir

livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando na qualidade de vida da mulher (SOUZA, 2013).

A demarcação do termo na lei foi fruto de reivindicações do movimento feminista venezuelano e reconhecimento institucional, principalmente por profissionais de saúde médicos, culminando no editorial especial do *Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics* elaborado pelo médico obstetra Rogelio Pérez D'Gregorio. No referido artigo, o autor coloca que a violência obstétrica estaria presente e circunscrita às dimensões da postura e das práticas de profissionais e instituições (D'GREGORIO, 2010).

Características restritivas e focalizadas do conceito cunhado na lei venezuelana podem ser observadas, comparada à definição do Comitê Latino Americano e do Caribe para defesa dos direitos da mulher, e evidenciam a influência da produção teórica acerca da violência institucional na construção do conceito de violência obstétrica.

Estudos publicados em periódicos científicos indexados no campo da saúde, com base no conceito de violência obstétrica acima descrito, são utilizados como principal referência para demarcação conceitual, e, datam a partir de 2008⁴, com base em buscas realizadas no Portal Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e do Pubmed, sendo, portanto, relativamente recentes. Em termos bibliográficos, ressalto a inexistência do termo “violência obstétrica”⁵ no vocabulário estruturado e trilingue de descritores em Ciências da Saúde (DeCS), aspecto que complicou a busca bibliográfica realizada para esta pesquisa. Os termos associados aos artigos sobre violência obstétrica mais recorrentes são: violência de gênero, violência contra a mulher, violência, violência institucional, violência intrafamiliar, violência doméstica. Nesse sentido, Zanardo et al. (2017) já destacavam a necessidade de uma conceituação de violência obstétrica, inclusive em termos de descritores, preferencialmente em documentos legais que a definam e a criminalizem, fato que auxiliaria na identificação e enfrentamento dessas situações.

No Brasil, a produção científica sobre a questão da violência obstétrica, histórica e hegemonicamente, ocorre a partir de estudos que apontam a questão da violência institucional contra a mulher. No que diz respeito especificamente à questão histórica, Hotimsky (2009) alude a que o tema da violência contra as mulheres nos serviços de saúde brasileiros vem sendo objeto de denúncia e reflexão desde os anos 1980, no interior do movimento feminista e desde a década de 1990 em trabalhos acadêmicos.

⁴ Editorial de Gidder Benítez Guerra para a Revista da Faculdade de Medicina de Caracas, volume 31, número 1 de junho de 2008.

⁵ Durante o processo de construção teórica deste trabalho, de 2016 a 2020, não havia registro no DeCS do descritor “violência obstétrica”. Somente em 25 de fevereiro de 2021 ocorre a entrada do referido descritor no banco de descritores.

No tocante à questão da conceituação mais recorrente na produção científica, D'Oliveira (1997); D'Oliveira, Diniz & Schraiber (2002); Wolff & Waldow (2008); Schraiber, D'Oliveira, Portella & Menicucci (2009); Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013); Andrade (2014); Cleison & Ferreira (2014); Luz & Gico (2015); Sena & Tesser (2017) sugerem que a violência obstétrica tem sua gênese na violência institucional contra a mulher grávida que necessita de assistência ao parto e nascimento.

A violência institucional é um tipo de violência que ocorre no cenário das instituições, no caso da violência institucional obstétrica, incide na violência engendrada por profissionais de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto (WOLFF & WALDOW, 2008).

Na história da instituição hospitalar, a partir do século XVIII, conforme Foucault (2007) discorre em seu texto clássico, “O Nascimento do Hospital”, o hospital passa por um processo de disciplinarização de seu espaço e de *locus* da intervenção médica, culminando na objetificação de pessoas e populações em objetos de saber e alvos de intervenção da medicina.

Para Donnangelo (1979) a extensão da prática médica na sociedade, tratada como a medicalização da sociedade, pode ser compreendida em dois sentidos. O primeiro se refere à extensão do campo da normatividade da medicina, o que impacta nas representações e concepções de saúde e dos meios de obtenção da mesma. O segundo sentido compreende a medicalização como ampliação quantitativa dos serviços médicos e incorporação cada vez maior das populações ao cuidado médico individual.

A medicalização da sociedade imprime caráter disciplinar e normatizador sobre o corpo dos indivíduos. Para Foucault (2013) trata-se de um imperativo de transformação desses corpos em força de trabalho e de extração máxima de uma força de trabalho tornando-os úteis e dóceis.

Para contribuir com a questão da medicalização do corpo feminino, um desdobramento da medicalização social, Viera (2002) sugere em seu estudo uma compreensão da medicalização do corpo feminino a partir da produção de ideias sobre uma ‘natureza feminina’, por meio de três aspectos: a educação das mulheres com objetivo de mostrar a importância do discurso médico na definição do papel social feminino baseado em sua biologia. A segunda característica, fundamental para a medicina, é a produção discursiva e de ideias que tratam o discurso médico como sendo o discurso da verdade, o discurso da ciência, o discurso legítimo. O terceiro aspecto aborda o exercício da prática intervencionista, atributo da natureza ou vocação médica.

Viera (2002) propõe uma análise sobre a medicalização do corpo feminino, consequentemente de possibilidades de violências contra a mulher em diversos momentos da vida, repousa sobre o arcabouço paradigmático⁶ moderno fortemente influenciado pelos conceitos de sociedade disciplinar e controle⁷.

Contudo, para Han (2017b), a sociedade disciplinar de Foucault, feita de hospitais, asilos, presídios, quartéis e fábricas, não é mais a sociedade do século XXI, atualmente somos uma sociedade do desempenho. Nesse sentido, seus habitantes não são mais sujeitos de obediência e controle, mas sujeitos de desempenho e produção, são empresários de si mesmo.

A sociedade disciplinar se caracteriza por ser uma sociedade da negatividade, da proibição, da produção de uma violência negativa por meio da di-famação, des-credenciação, de-gradação ou des-abonação dos sujeitos e que materializa as formas socialmente (re)conhecidas de violência, como a física, verbal, psicológica, estruturação e tantas outras (HAN, 2017a).

Para Han (2017a; 2017b) a sociedade de desempenho vai se desvinculando cada vez mais da negatividade. O verbo modal positivo da sociedade de desempenho é o poder ilimitado. O sujeito de desempenho pós-moderno é livre na medida em que não está mais exposto a qualquer tipo de repressão por instâncias de domínio externas a ele. Essa positivação do mundo faz surgir novas formas de violência, não partem mais somente do outro, do estranho, do adversário, inimigo, elas são produzidas pelos pares, são imanentes ao sistema.

A violência da positividade não pressupõe inimizade e desenvolve-se numa sociedade permissiva e pacificada. A não-binarização dos agentes e sujeitos que produzem e sofrem esse tipo de violência, a torna mais nebulosa de ser percebida na sociedade. Contudo pode ser desvelada nos contextos de “spamização” da linguagem, da supercomunicação, da superinformação, da massa de linguagem, de comunicação e de informação (HAN, 2017a; 2017b, 2017c).

A mudança de paradigma da sociedade disciplinar para a sociedade de desempenho aponta para continuidade de um nível – a questão da produtividade do sujeito na sociedade

⁶ Apesar de compreender que paradigma numa concepção kuhniana “são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 1991, p.13). Considero pertinente utilizar esse termo para denotar características ideológicas e materiais de um determinado momento social.

⁷ Sociedade de controle refere-se ao termo usado por Deleuze (1990), presente no livro *Conversações*, “são as sociedades do controle que estão substituindo as sociedades disciplinares [...] que funciona não mais por confinamento, mas por controle, que são modulações, espécie de moldagem que muda continuamente, a cada instante de um ponto a outro” (DELEUZE, 1990 p.220-1)

capitalista, pois há um momento em que a disciplina não consegue maximizar ou *hiper* produzir, pois atua numa lógica negativa. Já a sociedade de desempenho, que parte de uma lógica de positividade do poder, consegue superar a negatividade do dever imposto pela sociedade disciplinar (HAN, 2017b).

Contribui para essa discussão Lipovetsky (2004) ao sugerir que na contemporaneidade vivemos na era do hiper, a qual é caracterizada pelo hiperconsumo, terceira fase da modernidade, pela hipermodernidade e pelo hipernarcisismo. Para o autor,

[...] as principais mudanças foram no ambiente social e na relação com o presente, culminando na onipresença do medo, de uma lógica globalizante que se exerce independentemente dos sujeitos, de uma competição liberal acentuada, do desenvolvimento de tecnologias da informação, de uma precarização do emprego e de uma estagnação preocupante do desempenho num nível elevado (LIPOVETSKY, 2004 p.28)

No intuito de desenvolver uma síntese possível frente e sobre as diversas contribuições teóricas apresentadas e relacionadas à violência obstétrica, considero necessário fazer alguns apontamentos e ao fim, apresentar alguns pressupostos⁸ capazes de pautar o processo investigativo e crítico-interpretativo dessa pesquisa.

O primeiro apontamento trata da nossa discordância parcial à afirmação de Han (2017a, 2017b, 2017c) sobre a superação da sociedade disciplinar por uma sociedade do desempenho. O referido autor coloca que “a analítica do poder de Foucault não pode descrever as modificações psíquicas e topológicas que se realizaram com a mudança da sociedade disciplinar para a sociedade do desempenho [...] ‘sociedade de controle’ não dá mais conta de explicar aquela mudança.” (HAN, 2017b p.24).

Não considero que tenhamos ultrapassado completamente as características da sociedade disciplinar na contemporaneidade, pelo contrário, pondero que a sociedade de desempenho seja a exacerbação da sociedade disciplinar, análise possível a partir da lente hipermoderna de Lipovetsky. Temos ainda produção de poder que atua no indivíduo-corpo, que vigia, disciplina, normatiza; presente, produzidas e reproduzidas pelas diversas instituições sociais.

⁸ Ressalto que o emprego da palavra pressuposto não caracteriza em absoluto uma aproximação com o enfoque quantitativo da produção da ciência, ou seja, não se trata de construir hipóteses *a priori* para fins de testagem estatística. A utilização da palavra no texto, refere-se ao produto das sínteses teóricas, até o momento, sobre o objeto de estudo e que será capaz de auxiliar no processo investigativo e na produção de significado e sentido sobre o fenômeno. Portanto, os pressupostos podem ser norteadores-suliadores, e não imperativos ou apriorísticos do processo investigativo, permitindo a mim, ser capaz de realizar permanentemente a reflexividade na/da pesquisa.

Foucault (2008) já havia refletido sobre a insuficiência do poder disciplinar, da sociedade disciplinar, da perspectiva de negatividade do poder. Torres (2007 p.13), em seu artigo que aborda o paradoxo da biopolítica aponta que

[...] Foucault passa a considerar o poder como algo positivo, na medida em que o mesmo age sobre indivíduos livres que possuem um poder de transformação, indivíduos que se deixam incitar, seduzir, persuadir, intervindo sobre os corpos de modo a maximizar suas possibilidades, seja por meio da formação do sujeito como individualidade, o que se dá através da sujeição, da formação do homem-máquina pelos mecanismos disciplinares, utilizando-se técnicas de controle detalhado e minucioso que, articuladas a um saber, visam tornar os corpos dóceis e úteis; seja por meio do governo de uma população, da “governamentabilidade”, enfatizando-se aqui a preservação do homem enquanto espécie, ou seja, a ação do governo passa a ser sobre uma pluralidade, entendida esta enquanto massa global, e a intervenção volta-se para o controle das regularidades, dos nascimentos, das mortes, das epidemias [...].

No curso intitulado Segurança, Território, População, proferido por Foucault, em 1978, o mesmo estabelece como norte de suas análises o estudo do biopoder, definindo-o como “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais, vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral do poder” (FOUCAULT, 2008, p. 3), com vistas a empregar as potencialidades da vida humana para um fim útil, ao induzir o comportamento dos sujeitos através de técnicas de controle, direcionando-as aos interesses das estruturas vigentes.

Portanto, corroborando com Cardoso (2008), o biopoder é uma instrumentalidade que se soma à disciplina, uma justaposição e complementaridade de estratégias, ao estender seus domínios sob a legenda da saúde. O biopoder propaga a proteção da vida, a possibilidade de tornar as indivíduos e coletivos saudáveis, de financiamento e cobrança da vida, ou seja, uma perspectiva positiva do poder na sociedade.

Contudo, é importante situar historicamente os conceitos de poder tecidos por Foucault. O poder disciplinar e o biopoder operam como categorias historicamente constituídas, capazes de permitir análises e interpretações do poder tal como ele se manifestou historicamente na sociedade ocidental. Ao mesmo tempo em que são categorias analíticas, que servem como ferramentas para Foucault criar uma nova categoria, um novo significado e um conteúdo para o conceito de poder

O segundo apontamento aventa a urgência de ampliarmos o debate acadêmico e social sobre a violência obstétrica. Os estudos sobre o tema não conseguem mais refletir as situações e condicionalidades da sociedade contemporânea, estão circunscritos e

contingenciados às questões de poder e violência institucional “tradicional”, produzidas pelos atores e espaços hegemonicamente reconhecidos como (re)produtores dessa relação: hospital, profissionais de saúde, instituições de cuidado/assistência, projetos, programas e políticas públicas e assistenciais de saúde.

Diante do exposto, considero pertinente levantar alguns pressupostos, que foram se desenhando ao longo do processo, dos questionamentos e confrontações com as leituras e textos:

- i. Violência obstétrica não se limita aos lugares e sujeitos institucionais, hegemonicamente reconhecidos, como hospitais, maternidade, casa de parto e profissionais de saúde;
- ii. Violência obstétrica pode ser produzida pela violência da positividade, ao suprimir o imperativo subjetividade;
- iii. Há violência obstétrica em lugares e pessoas que discutem parto humanizado, HumanizaSUS, Movimento Feminista; nos espaços familiares, rede de amigos; na mídia e redes sociais.

Desses três pressupostos e apreensões, elucubro o primeiro fio condutor, numa espécie de Fio de Ariadne⁹, semeando uma primeira interrogação dirigida ao campo de investigação: *Como a violência obstétrica ocorre na sociedade contemporânea?* Essa macrointerrogação se desdobra em questões específicas, que buscam interpolação na tentativa de discussão da questão central: Como a violência obstétrica pode ser compreendida, numa perspectiva hermenêutica, a partir de experiências da gravidez e parto de mulheres de uma capital do Nordeste do Brasil? E quais lugares, sujeitos e movimentos são produtores de violência obstétrica, atualmente?

Defendo nesse estudo que o fenômeno da violência deve ser investigado considerando sua complexidade. Ao buscar compreendê-lo a partir de uma perspectiva hermenêutica, que sobrepuje a dimensão da violência institucional, hegemonicamente abordada na produção científica atual, possibilitando ampliar os possíveis sujeitos, lugares e outros elementos envolvidos na produção e materialização do fenômeno da violência obstétrica.

⁹ A expressão vem da mitologia grega, e faz referência ao fio que Teseu recebeu de Ariadne para escapar do labirinto após vencer o Minotauro. É o mesmo que uma ligação, um fio condutor que auxilia a sair de determinada situação problemática ou a concluir um raciocínio.

Assim, estou partindo de uma comprovação em que um número considerável de estudos científicos sobre violência obstétrica, supracitados, está preocupado com a questão da violência obstétrica em ambiente institucionalizado, e que meu propósito é ousar buscar transpor esse lugar hegemônico de investigação. O fato de expor essas demarcações refere-se ao meu posicionamento em evidenciar uma questão social relevante na pauta da saúde pública brasileira, descartando a crítica do modismo, falácias, senso comum e lugar mesmo da investigação que cercam o tema.

Dessa forma, pretendo com esse estudo ir às conexões, mediações mais refinadas sobre o tema. Tentarei trazer à luz os aspectos ainda invisíveis, a anteface da violência obstétrica. Por fim, ambiciono me aproximar de uma análise hermenêutica da violência obstétrica, que possibilitará emitir o significado/ o dizer de um ato violento, não numa perspectiva de uma narrativa “sobre”, e sim de uma narrativa “em” e “com” as mulheres, consequentemente uma hermenêutica que resgate os lugares de fala de sujeitos.

Proponho, portanto, para fins de produção desse estudo os seguintes objetivos:

- *Compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir de experiências de gravidez e parto de mulheres de uma capital do Nordeste do Brasil;*
- *Descrever lugares, sujeitos e movimentos que produzem violência obstétrica na atualidade.*

CAPÍTULO 2 – CORPO(S): construção sócio-histórica e análises

*Fechamos o corpo
como quem fecha um livro
por já sabê-lo de cor*

*Fechamos o corpo
como quem fecha um livro
em língua desconhecida
e desconhecido o corpo
desconhecemos tudo.*

Paulo Leminski – Toda poesia

O poema de Paulo Leminski é muito inspirador para construir este capítulo do estudo. O poeta, ao recitar “e desconhecido o corpo, desconhecemos tudo” materializa precisamente meu sentimento ao tratar corpo.

Concordo com Cardim (2009) que adverte sobre as diversas entradas para se estudar a noção de corpo. Focalizei essa discussão em interface com o fenômeno da violência obstétrica. Para concretizar essa tarefa, alguns autores foram chamados para edificar a noção de corpo deste estudo. Os autores contribuíram no debate sobre corpo a partir da perspectiva de corpo cartesiano; corpo fenomenológico e corpo político. Estas perspectivas orientam a construção textual deste capítulo e oferecem subsídios importantes para compreender a interface corpo e violência obstétrica. A escolha desse percurso para abordar a noção de corpo, coaduna com a perspectiva hegemônica de como o corpo é tratado nas ciências da saúde – corpo para racionalidade biomédica.

Para Le Breton (2016) o corpo é uma representação simbólica, tributário de um estado social, de uma visão de mundo e de uma definição de pessoa. A partir das diversas representações do corpo, é possível atribuir um sentido, seu caráter heteróclito, insólito e contraditório, que culminam na produção de suas características em diferentes sociedades.

O mesmo autor coloca que antes de qualquer coisa, a existência é corporal. O corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída. É no corpo que

expressamos nossos sentimentos, percepções sobre/no/do mundo. É no corpo que experienciamos o fenômeno da violência obstétrica, portanto, a construção da noção de corpo para esse estudo é imprescindível para avançarmos na ampliação da compreensão da complexidade do objeto de estudo (LE BRETON, 2007)

A violência obstétrica, como já dito, não é um fenômeno recente na sociedade. Todavia é na hipermodernidade que esse fenômeno adquire contornos mais claros, capazes de fazer com que possamos (re)conhecer sua gênese, desdobramentos e vítimas. Assim como falo do fenômeno da violência obstétrica situando-o no tempo – na hipermodernidade; e no espaço/lugar – mundo ocidental, é importante que faça o mesmo com a noção de corpo.

2.1 Corpo “biomédico”: concepção ligada ao avanço do individualismo, do pensamento positivista e da medicina moderna

A concepção de corpo, ainda hegemônica, nas questões relacionadas à saúde, na contemporaneidade ocidental encontra sua formulação no saber biomédico. Associa-se a isso, a visão de mundo que insere em seu centro o indivíduo – *ego cogito* cartesiano (LE BRETON, 2016).

Descartes (1996) estabelece uma oposição radical entre a interioridade da coisa pensante (sujeito) e a exterioridade do corpo (objeto). O corpo não é apenas um objeto físico, é também um objeto de estudo psicofisiológico no nível das paixões da alma. Para Descartes o mundo será compreendido como uma grande máquina que deve ser analisada pelo sujeito pensante. É o modelo da máquina que torna possível a compreensão do mundo. O corpo-máquina é manipulado e dominado tendo em vista o modelo mecanicista. A inteligibilidade mecanicista fez da racionalidade positivista a exclusiva chave da compreensão da natureza, por conseguinte tornando o corpo supranumerário (CANDIM, 2009; DESCARTES (1996); LE BRETON, 2016).

Le Breton (2016) nos lembra que o dualismo cartesiano não inaugura a cisão entre o espírito e corpo. Porém esse dualismo é de outra ordem, não está calcado sobre a seara religiosa, ele nomeia um aspecto social manifesto, serve a um propósito ideológico, em ascensão, de modelo de sociedade claro – o capitalismo.

A invenção do corpo ocidental; o batente do corpo como limite à própria individualidade. Em uma sociedade onde o caráter individualista exerce seus primeiros efeitos significativos, o enclausuramento do sujeito de si mesmo faz do corpo uma realidade ambígua, marca da mesma individualidade (LE BRETON, 2016: 83-4)

Descartes, outros filósofos e médicos haviam feito o registro anátomo-metafísico no livro do Homem-Máquina que possibilitou tornar o corpo inteligível sob o prisma do funcionamento e da explicação (FOUCAULT, 1987). Esse registro gerou a evolução do saber anatomofisiológico sobre o qual a medicina moderna se baseia – o saber biomédico. É como, predominantemente, se fala do corpo nas sociedades ocidentais contemporâneas.

O saber biomédico ou biomedicina corresponde à racionalidade da mecânica clássica, marcha no sentido de separar componentes discretos, reagrupando-os posteriormente em seus mecanismos primeiros. Essa racionalidade delinea-se a partir de três conjecturas: dirige-se à produção de discursos com validade universal, com proposição de leis de aplicação geral, portanto possui um caráter generalizante; há um caráter mecanicista, pois os modelos aludidos tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana e tem um caráter analítico, pois abordagem teórica e experimental empregada para esclarecer as leis gerais de funcionamento da máquina pressupõe isolar partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes (CAMARGO JR, 2005).

Para Luz (2019), a racionalidade científica moderna, a partir de mudanças na concepção de natureza, vai conceber ideias sobre o corpo, a saúde e a doença, tornando-os objetos da medicina. A medicina se constitui o melhor e pioneiro modelo de racionalidade científica: “através de suas teorias e conceitos – ligados ou não ao mecanismo – e através de seus profissionais, os médicos, que mais que ‘práticos’ da arte de curar, serão ‘teóricos’ da ciência moderna das doenças” (LUZ, 2019:121).

A racionalidade mecânico-casual busca aliar novos e avançados ganhos tecnológicos ao acervo fenômeno técnico das diversas disciplinas médicas. Para a medicina, o corpo do homem é dividido em sistemas, organizados conforme as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas e com funções bem definidas articuladas em seu discurso. Com proposital objetivo e momento, os diversos sistemas são interligados, na medida em que inevitavelmente compõem uma mesma totalidade orgânica, e mostra o grau de autoritarismo e prepotência inerente a qualquer divisão desse tipo (CAMARGO JR, 2005).

Ressalta-se que o papel “social” da medicina moderna, a partir da racionalidade mecânico-causal, nunca se limitou a dimensão corpórea ou mesmo dos elementos do organismo humano, portanto nunca se circunscreveu a uma prática clínica somente. Conforme Luz (2019) aponta, a medicina, apesar da estranheza de alguns cientistas, que veem a medicina como disciplina da natureza, é uma disciplina situada no campo social, uma vez que razão médica moderna expõe objetos de discurso que são de fatos sociais, conseqüentemente, tematizam o social.

Dessa forma, devemos compreender a medicina atrelando o seu saber científico ao da prática social que se estabelece, aos sentidos e significados que esta racionalidade produz ao longo da história, por intermédio das representações sociais que vão sendo elaboradas e reelaboradas sobre ele e que tematizam sobre: o corpo humano, a vida, a morte, a doença, as relações humanas e outros. Todos temas que nutrem e indagam a existência humana.

A lente da sociologia debruçou-se mais atentamente aos desdobramentos da medicina moderna a partir da década de 70 do século passado. Dentre os diversos estudos e contribuições, se destaque as discussões sobre o processo de medicalização da sociedade apresentado por Illich (1975). Para o autor:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado (ILLICH, 1975:6-7).

Ainda sobre o processo de medicalização da sociedade, Donnangelo (1979) traz contribuições relevantes para o debate. Para a autora, devemos destacar pelo menos dois sentidos para a extensão da prática médica, os quais terão reflexo sobre a medicalização da sociedade. O primeiro sentido trata da ampliação quantitativa dos serviços e a inclusão das populações aos cuidados médicos. Já o segundo sentido é atribuído à extensão do campo da normatividade da medicina, no que se refere às representações ou concepções de saúde e dos meios para obtê-la e das concepções de doença e dos meios para combatê-la, preveni-la e tratá-la. A partir de então, a medicina como peça, prática e apoio crucial à execução do poder do Estado, se caracterizará por sua inserção cada vez mais ampla na sociedade.

Conforme sinaliza Vieira (2002), o processo de medicalização do corpo feminino é um produto da medicalização da sociedade e está profundamente vinculada à emergência da nova visão da prática médica que se consolida no século XIX, tendo em vista o desenvolvimento de prática de cuidado com o corpo feminino, considerada como competência exclusiva dos médicos. As repercussões do processo de medicalização do corpo feminino são diversas, conforme aponta a autora, que não se limitam à questão das características anátomo-fisiológicas do corpo feminino; há interferência também nos comportamentos, na fisiologia do desejo e no papel da mulher na sociedade.

No tocante ao fenômeno da gravidez, e em especial do parto, tornar-se ato médico tem direta relação com o desenvolvimento de um conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, o que denominamos atualmente de obstetrícia, um importante marcador da história da apropriação do corpo feminino.

O controle desse corpo relaciona-se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu mitigar os problemas fundamentais para a sobrevivência do binômio mãe-filho, produzindo uma ideia de manutenção da vitalidade e da saúde, necessária para a reprodução social e afirmação de uma sociedade capitalista que emergia. E que encontrou no hospital, ambiente transformado em instituição terapêutica, um local de auspiciosa concentração e desenvolvimento de saber, de formação e renovação do técnico-científica da medicina (CURI et al., 2018; FOUCAULT, 1987; VIEIRA, 2002).

Ramos (2013) ressalta que as intervenções médicas que podem ocorrer no parto e nascimento são diversas e suas execuções não estão restritas aos profissionais médicos e nem ao ambiente hospitalar, mesmo que provavelmente e na grande maioria das vezes, ocorra em um hospital. Sendo assim, a mulher constitui uma das categorias sociais mais atravessada pelo processo de medicalização. A medicalização do pré-natal, parto e pós-parto é um exemplar clássico de vigilância médica, biopoder e biopolítica, pois é estendida aos momentos de pré-natal, de parto e pós-natal. Ademais ocorre como demanda das próprias usuárias e usuários dos serviços de saúde, sujeitos ativos nesse processo e que possuem um grau elevado de medicalização e, por fim, é induzido e legitimado por programas assistenciais e políticas sociais.

Para Butter (1993), a rapidez no desenvolvimento e incorporação de tecnologias da área médica na sociedade tem relação com quatro fatores: primeiro, valores sociais produzidos por uma adoração popular da ciência, a fé na benevolência e utilidade de tecnologias e um apelo e prestígio concedidos àqueles que possuem-detêm o conhecimento científico. Segundo políticas de governo que poderiam contribuir na difusão do uso de tecnologias médicas a partir do estímulo à pesquisa que reafirmem o modelo biomédico e do incentivo a formação especializada e fragmentada, por meio de programas de pós-graduação. O terceiro fator é a política de pagamento que contribui para o aumento do uso da tecnologia médica ao privilegiar e pagar melhor procedimentos com maior e mais avançada tecnologia do tipo *hard* em detrimento de procedimentos mais tradicionais e/ou de baixa tecnologia *hard*. Por fim, o quarto fator é o incentivo econômico visando o lucro, a demanda partiria de corporações ou empresas

que investem em vários segmentos da assistência à saúde, em especial os grandes hospitais e clínicas médicas particulares.

A mesma autora também sinaliza algumas consequências, a nosso ver de maneira linear e numa perspectiva causa-efeito, contudo, acreditamos ter importância para a ampliação analítica acerca da temática. As consequências da difusão da tecnologia médica são: a inflação dos custos da saúde, implicações no acesso e equidade, o impacto nas relações médico-usuário e a marginalização de recursos humanos tradicionais. Ramos (2013) tenta construir uma relação dessas consequências na saúde da mulher, em especial, na obstetrícia. Para ela os efeitos são:

deslocamento do parto e nascimento da casa para o hospital, com a consequente transferência do papel de cuidado da parturiente da família ou das conhecidas “parteiras” para o médico obstetra e a equipe hospitalar e uma despersonalização e consequente padronização do atendimento à parturiente, em virtude de um status diferencial, implicando em relações de poder assimétricas. (RAMOS, 2013:49).

A necessidade e aplicação de tecnologias médicas, especificamente no processo de parto e nascimento foram sendo tensionadas a partir da década de oitenta do século XX, quando documentos publicados pela OMS a partir de 1985 passam a ser considerados marcadores importantes na discussão sobre a excessiva medicalização do processo de gravidez, parto e puerpério na sociedade. Esses documentos recomendavam, com base em evidências científicas, frutos de estudos sistemáticos, randomizados e publicações da Fundação Cochrane, os níveis considerados adequados de procedimentos para o processo de trabalho em obstetrícia no momento do parto e puerpério. Esses procedimentos vão de toque vaginal, analgesia, indução de contrações por ocitocina a cesariana, sendo que, para a OMS, os níveis adequados de cesariana deveriam ser entre 5% e 15% do total de partos, algo já distante no cenário da obstetrícia na época.

Em 2018, a revista *The Lancet* publicou um número especial sobre a epidemia de cesarianas no mundo. O artigo de Boerma et al (2018) descreve a frequência, as tendências e os determinantes e as desigualdades no uso da cesariana em nível global. O estudo, com base em dados de 169 países, estimou que 21,1% do total de nascimentos ocorridos no ano de 2015 foram por meio do procedimento cirúrgico e que o uso da cesariana foi até dez vezes mais frequente na região da América Latina e Caribe, representando 44,3% do total de nascimentos nessas regiões. Esse estudo também permitiu observar o uso marcadamente alto de cesarianas entre os partos de baixo risco obstétrico, especialmente entre mulheres com maior nível

educacional, no Brasil e na China, e que a realização de cirurgia cesárea ocorreu 1,6 vezes mais em estabelecimentos privados do que em estabelecimentos públicos.

Estudos têm apontado a questão do aumento expressivo da frequência de cesarianas no Brasil desde meados dos anos 90 do século XX, em distribuição desigual no país, sendo maior nas mulheres com maior idade, escolaridade, primíparas, com assistência pré-natal em serviços privados e residentes das regiões, com maior renda per capita, sul, sudeste e centro-oeste (BRASIL, 2012; DOMINGUES et al, 2014; FREITAS et al, 2015; RATTNER; MOURA, 2016; RAMOS, 2013).

Diversos pesquisadores têm buscado analisar e compreender a concepção medicalizada do processo de pré-natal, parto e puerpério na sociedade ocidental contemporânea. Destaca-se entre esses autores a antropóloga Robbie Davis-Floyd, que realizou diversos estudos que se tornaram referências importantes para a discussão e movimento de desmedicalização do parto e nascimento no meio acadêmico e profissional, e do movimento de humanização da assistência ao parto e puerpério em diversos países, e no Brasil.

A autora propõe três modelos médicos que poderiam ajudar na compreensão da produção de saberes e práticas dos profissionais de saúde no processo de assistência ao parto e nascimento. O primeiro modelo apontado por Davis-Floyd (2001) é o modelo tecnocrático, que tem como princípio básico a separação do corpo-mente-espírito-sociedade. Trata-se de um modelo com pensamento unimodal e com características que coadunam com o modelo da biomedicina: separação corpo e mente, corpo como máquina, usuário como objeto, organização hierárquica, alienação entre médico e usuário, supervalorização da ciência e da tecnologia e sistema direcionado ao lucro e reafirmação do modelo capitalista. Para a autora, o modelo tecnocrático é o modelo hegemônico de medicina na contemporaneidade.

O segundo modelo, o humanista, tem como princípio básico a conexão e equilíbrio, trabalha num pensamento bimodal e possui características bem distintas do modelo anterior: conexão corpo-mente, visto como unidade, usuário como sujeito relacional, equilíbrio entre necessidade da instituição e da pessoa, foco na prevenção de doenças, cuidado orientado pela compaixão, ciência e tecnologia contrabalançada com humanismo e mentalidade aberta a outras modalidades.

Por fim, o terceiro modelo proposto por Davis-Floyd, o holístico, tem como princípio a conexão e integração, num pensamento multimodal e fluído e com as seguintes características: corpo, mente e espírito como unidade, corpo como sistema energético ligado a outros sistemas, cura holística, médica e usuário como unidade, estrutura organizacional em rede, individualização do cuidado, ciência e tecnologia a serviço da pessoa e admissão de várias modalidades de cura. Os dois últimos modelos, para Davis-Floyd (2001), são respostas às insatisfações com o modelo tecnocrático e dialogam com outras concepções de corpo, corpo fenomenológico e político, que ainda serão abordados nesse capítulo.

Outro autor que nos ajuda a compreender as discussões e mudanças nas concepções e práticas médicas e na sociedade sobre a assistência ao parto e nascimento, e que dialogam diretamente com o movimento de humanização do parto e nascimento e a violência obstétrica é o sociólogo Teijlingen (2005), que apresenta uma análise crítica do conceito de modelo médico empregado em pesquisas sobre gestação, parto e puerpério. O autor apresenta a importância de distinguir duas linhas de pensamento que alimentam o processo de medicalização de gestação, parto e nascimento na sociedade: o modelo médico e o modelo social ou “*midwifery model*”, que em tradução livre poderia ser modelo de parteiras. Para Teijlingen (2005) é necessário que possamos discriminar esses modelos em três dimensões conceituais: prática, ideológica e sociológica.

O modelo médico possui as características do modelo biomédico hegemônico que conhecemos: abordagem estática e biológica, centrada no médico, objetivo, masculino, dualismo corpo-mente, intervenção, conhecimento médico é exclusionário e os resultados estão focados na vida da mãe e do bebê. Já o modelo *midwifery model* busca ser contra-hegemônico e instituinte, caracterizando-se por ser: centrado na mulher, subjetivo, feminino, holístico, parto como processo fisiológico, abordagem individual e psicossocial, foco psicossocial, conhecimento não exclusionário, privado, resultados estão focados na vida, na mãe e bebê saudáveis, satisfação das necessidades individuais da mãe e do casal.

No que tange às dimensões, a prática tem o foco no cotidiano empírico do processo de trabalho dos profissionais e sua relação com os usuários. No modelo médico o trabalho está centrado no trabalho do médico obstetra e o outro modelo no trabalho das parteiras. O autor coloca que essa distinção é arbitrária e puramente analítica, pois no cenário de trabalho dos serviços de saúde há espaço para negociação e conflito, caracterizando um *continuum* dinâmico

que podem promover o fortalecimento de ambas as práticas para o auxílio ou para um platô comum (TEIJLINGEN, 2005).

Na dimensão ideológica, os paradigmas médico e social são analisados a partir da ideologia do processo reprodutivo presente em um mesmo cenário. A ideologia biomédica, apreende o fenômeno a partir da visão do risco e da doença e o paradigma *midwifery model* traz uma abordagem centrada na mulher, percebendo a gestação, parto e o nascimento como biossocial e sexual e observando cada pessoa. Para Teijlingen (2005), a ideologia centrada na mulher comumente adquire um posicionamento político, portanto influenciado por discursos dos diversos agentes e movimentos sociais, a academia e da sociedade civil. Essa ideologia contribuiu sobremaneira para a construção, a partir da década de 70 do século XX, o mito da era de ouro do cuidado materno, em que, mulheres iriam parir filhos saudáveis e felizes com muito poucas ou nenhuma intervenção além do suporte de uma parteira, o que para o referido autor caracterizaria uma “prática obstétrica se tornar vítima de seu próprio sucesso” (TEIJLINGEN, 2005, p.12). Uma faca de dois gumes, os bons desfechos legitimam uma visão mais naturalista e, do outro, aumenta a judicialização sobre os fracassos médicos.

Por fim, a análise da dimensão sociológica do modelo tenderia a um tipo ideal, em que a mulher seria compreendida como uma pessoa passiva, objetificada e o cuidado seria voltado aos produtos e ao feto. Enquanto no *midwifery model* temos que a gestação e parto são compreendidos como processos fisiológicos normais e há valorização de aspectos sociais e existenciais sobre tornar-se mãe. Para o autor, ambos paradigmas são incompatíveis, não podem ser comparados, pois apresentam imagens distintas da realidade e também, abordagens dinâmicas (TEIJLINGEN, 2005).

As contribuições do autor são relevantes para ampliar o escopo compreensivo-interpretativo do fenômeno de medicalização do processo de gestação, parto e nascimento, e consequentemente também, da violência obstétrica. Contudo, é importante realizar análises que possam considerar uma leitura histórica do fenômeno em questão, dos sujeitos e discursos que são produzidos para que não ocorram visões enviesadas, alienadas e/ou ufanistas do processo.

A antropóloga Carmen Susana Tornquist levanta a questão das possíveis armadilhas no ideário da humanização do parto em seu artigo “Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto” de 2002. A autora lança uma análise crítica acerca do movimento da humanização do parto, do retorno ao natural e a ideação de belo parto.

Para Tornquist obstetras como Frédérick Leboyer, Michel Odent e Moysés Paciornik, expoentes do movimento de humanização do parto e autores de *best-sellers* sobre a temática no mundo e no Brasil, para um “público composto sobretudo por classes médias intelectualizadas” (TORNQUIST, 2002:485) fizeram com que a discussão da desmedicalização e humanização da gestação e nascimento buscasse legitimidade científica, a partir de medicina baseada em evidências, por seus ideólogos, para o que a autora coloca como uma

preocupação em sair do gueto do mundo ‘alternativo’, com o qual as experiências obstétricas eram identificadas nos anos 1970. A interlocução com o campo biomédico implica produzir e divulgar estudos de tipo epidemiológico na saúde perinatal e neonatologia (TORNQUIST, 2002:487).

Tornquist continua sua análise, agora voltada à questão do retorno ao natural. Para autora:

A categoria ‘Natureza’ aparece com frequência no ideário, e parece ser um ponto de acordo entre as vertentes biomédica e alternativa. A argumentação alternativa e naturalista aproxima-se das concepções de fisiologia humana e do parto, tão caras à concepção biomédica. A recusa que se faz ao modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento, visto como emblemático do modo ocidental de pensar e de viver, implica questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais, postulando-se, no limite, um retorno a uma vida mais natural. Essa crítica parece ser o ponto que aproxima o ideário do Movimento a um ideário ecologista, sendo frequentes as associações entre parto e ecologia, ou modo de vida indígena (supostamente universal e próximo da Natureza) e cuidados com o meio ambiente. (TORNQUIST, 2002:487)

O aspecto fisiológico é uma argumentação recorrente de Odent (1999) e Paciornick (1984). Para esse último autor, as mulheres indígenas são muito superiores às mulheres ocidentais, pois realizam o parto de cócoras, posição fisiologicamente mais adequada e natural. Tornquist (2002:488) coloca sobre essa questão que esses referenciais são inspirações de “uma espécie de antropologia do parto” e que são importantes para sustentar práticas alternativas de parto frente às formas convencionais e medicalizadas que temos atualmente. No entanto, para a autora, essa valorização da diversidade cultural deve ser vista e analisada por dois prismas: ampliação das formas naturais de parir dos seres humanos e outra é remeter à categoria de instinto universal, cara dentro do ideário do movimento pela humanização. E é aí que mora o perigo, a universalização e generalização de processos subjetivos e individuais de gravidez, parto e nascimento.

Corroboro ainda com Tornquist (2002) ao analisar o emprego do termo humanização para Odent (1999):

A definição de humanização para um autor como Odent está referida ao lugar contíguo dos seres humanos junto aos demais mamíferos superiores, e a nossa particularidade (a dimensão cultural) é vista como um problema do qual nós deveríamos nos ‘livrar’, para então reencontrar nossos instintos perdidos. A humanização contrapõe-se aqui à cultura, vista apenas como constrangimento, e não como condição humana da qual não é possível escapar. (TORNQUIST, 2002:488)

Dessa forma, é impossível pensar o parto como um fenômeno deslocado e fora da cultura, pois como qualquer outra ação humana, o parto é também uma construção social. Qualquer prática que não considere o momento histórico e social seria no mínimo anacrônica. Portanto, acredito que a discussão acerca da medicalização do parto deve estar voltada ao uso excessivo ou a hiper utilização de tecnologias médicas na sociedade e não das possibilidades positivas que as tecnologias médicas trouxeram à saúde do binômio mãe-filho ao longo dos anos.

Os resultados do artigo de Giocommi e Hirsch (2020) que buscaram demarcar as diferenças entre parto natural e humanizado a partir de um recorte de classe trazem a tona a questão e as repercussões que a discussão sobre natural e humanizado tem gerado no meio acadêmico, nos movimentos e principalmente na prática dos profissionais de saúde. O estudo analisou duas situações vivenciadas por mulheres de diferentes classes sociais e refletiram sobre noções de parto natural e parto humanizado em interface a possibilidade de violência obstétrica. Com a pesquisa, as autoras chegam às seguintes conclusões:

O parto “humanizado”, que com frequência costuma englobar o parto “natural”, isto é, desmedicalizado, não se limita a ele, podendo o parto com intervenções ou mesmo o cirúrgico ser considerado “humanizado”, desde que atenda à demanda de uma parturiente informada sobre seus riscos e benefícios. Noutras palavras, a ideia de “humanização”, segundo essa leitura, põe ênfase nos direitos da mulher sobre seu corpo e parto. Por outro lado, é interessante destacar, o parto “natural” tampouco é necessariamente “humanizado”, uma vez que a ausência de intervenções não representa garantia de que a parturiente tenha suas escolhas respeitadas. Essa é uma distinção relevante para analisar o tema que nos interessa, a relação entre parto e classe nas propostas de “humanização”, ou, em outros termos, como a “humanização” do parto se configura conforme a classe social da parturiente. (GIOCOMMI e HIRSCH, 2020:10)

A questão, portanto, é o respeito aos processos individuais e singulares da mulher em seu processo de gestação, parto e nascimento. A prática ou indução, consciente ou inconscientemente, de promover um parto natural na sociedade atualmente pode configurar, sim, uma forma de violência obstétrica. A pesquisa de Giocommi e Hirsch (2020) apontaram isso ao trazer um relato de uma gestante numa Casa de Parto (CP), local que trabalha na perspectiva de humanização do parto e que tem profissionais que atuam orientados por essa “filosofia”.

[...] a experiência de Carla subverte amplamente o conceito de parto “natural”, na medida em que toda sua angústia e sofrimento derivavam justamente do desejo de ter acesso à tecnologia, no caso, a cesárea, que não foi atendido [...] (GIOCOMMI e HIRSCH, 2020:11)

Para Tornquist (2002), as representações correntes que compõem o ideário de parto tratam de uma permanência da clássica associação da mulher com a natureza. Nesse imaginário, há uma celebração do feminino, das características da mulher aos elementos da natureza e a um modo específico de ser e estar no mundo: sentimentos e sentidos aguçados, a espiritualidade, a sensualidade. Esse conjunto de características associadas evocam um ideário rico de associações entre maternidade, amamentação, participação paterna, entre parto e preservação da Natureza, entre instintos maternos e cuidados com o filho.

Por fim, ainda corroborando com Tornquist (2002), é fundamental reconhecermos que as mulheres expropriadas de seus saberes, de suas práticas, comportamentos na sociedade de modo geral, no tocante ao parto não é diferente, portanto, recuperá-los é uma questão política urgente e necessária. Todavia devemos ponderar acerca dos limites e dos desdobramentos do discurso da humanização do parto, na medida em que (re)produz categorias como as de instinto materno e de natureza, deterministas, ainda que ressignificadas em novo contexto. Resvalando, ainda que, atualmente, essas mulheres possam ser vistas e atuar como sujeitos de suas escolhas, novamente em situações de prescrições ditadas por saberes científicos – melhores evidências, que a farão escolher o que é melhor para seu filho e de uma celebração do parto ideal, este não raramente longe do campo de escolhas e de possibilidade de grande parte das mulheres que estão grávidas.

Podemos observar que os desdobramentos acerca das críticas ao corpo biomédico até então apresentadas nos faz tematizar outras possibilidades de conceber o corpo em nosso estudo: o corpo para fenomenologia e o corpo político, que serão tratados a seguir.

2.2 Corpo fenomenológico: aproximações com o conceito de Corpo de Merleau-Ponty

Arguir sobre corpo na fenomenologia parte de uma premissa fundamental: trata-se da antítese de corpo anatomofisiológico, portanto a dimensão material da corporeidade não é reduzível ao corpo concebido pela biomedicina. Numa crítica ao dualismo cartesiano, Merleau-Ponty coloca que corpo é deslocar a subjetividade da interioridade para a corporeidade, onde o sujeito se concretiza no corpo, por suas vivências, experiências, percepções, criações e

movimentos. Na obra *Fenomenologia da Percepção* (2015) Merleau-Ponty apresenta a possibilidade de passagem de uma consciência da interioridade para a corporeidade, entendida como o corpo em movimento, o corpo que estamos vivendo em nosso momento existencial, o corpo-vivido. Essa obra trago como principal referência para a discussão de corpo fenomenológico que pretendo reconhecer no estudo.

Ortega (2008) coloca que ao se falar da dimensão material da corporeidade ofuscada pela tradição construtivista, se está pensando na fenomenologia corporal de Husserl, Merleau-Ponty, Erwin Straus, Samuel Todes, Drew Leder e tantos outros que enfatizam a participação do ambiente na constituição do eu corporal, afirmando a simultaneidade e congenialidade das experiências do eu e do mundo.

Não tenho pretensões de me aprofundar no corpo fenomenológico ao longo da própria história da Escola Fenomenológica. Contudo, considero necessário demarcar as contribuições que Merleau-Ponty trouxe para o conceito de corpo e que são relevantes para este estudo, pois coadunam com o referencial teórico-metodológico que adotaremos na pesquisa.

Apesar de Merleau-Ponty não ter sistematizado uma filosofia acerca do corpo, todas as suas obras perpassam pelo pensamento conceitual de corporeidade, conforme nos aponta Berns e Fontana (2016). Corpo foi um conceito-chave para o filósofo e para o desenvolvimento de seu pensamento.

Para Peixoto (2012), Husserl com seus conceitos de intencionalidade e redução eidética exerceram grande influência no pensamento de Merleau-Ponty, principalmente na sua concepção sobre o corpo e a existência. A partir do conceito de intencionalidade, Merleau-Ponty buscou superar a dicotomia corpo/alma instituído pelo empirismo e positivismo, e base da racionalidade biomédica. Já o conceito de redução eidética permitiu compreender a existência humana na sua tessitura com o mundo. “O corpo é um veículo do ser-no-mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido, confundir-se com certos projetos e empenhar-se continuamente neles” (MERLEAU-PONTY, 2015:122).

A fenomenologia que Merleau-Ponty desenvolve pretende captar, com a intencionalidade, não somente o sentido da razão ou o objeto de maneira isolada, mas o sentido que desponta na intersecção de vivenciais, da intersecção do eu com o mundo. Sendo assim, em diálogo com os sujeitos desse estudo, a mulher é seu corpo, sua forma de relacionar-se com o mundo, a inserção no mundo se dá pelo corpo, contudo se faz necessário que possamos refletir sobre as imagináveis relações entre o corpo a subjetividade, em intersubjetividade e intercorporeidade. Pensar o fenômeno da violência obstétrica sem considerar essa lente seria um equívoco teórico e metodológico. As diversas possibilidades e manifestações da violência

obstétrica que se materializam no corpo falam desse ser-no-mundo. Portanto, buscamos ir além das representações desse corpo que sofreu violência obstétrica, miramos a relação originária e primeira do corpo com o mundo.

Merleau-Ponty (2015) sugere que para que possamos compreender o corpo, com seu paradoxo e ambiguidade, é importante que identifiquemos duas camadas distintas de nosso corpo: o corpo atual e o corpo habitual. A primeira é dada na experiência instantânea, singular e plena. Já a segunda é dada segundo um aspecto de generalidade e como um ser imparcial. Esta última que nos permite compreender a condição da consciência encarnada atrelada à estrutura temporal do mundo. Dessa forma, há uma ambiguidade no nível da relação entre o corpo e o mundo, um movimento em espiral, em que há proximidade e distância entre eles. “A ambiguidade do ser-no-mundo se traduz pela ambiguidade do corpo, e esta se compreende por aquele no tempo.” (MERLEAU-PONTY, 2015:126)

Para Berns e Fontana (2016) compreender o corpo, por sua subjetividade é pensar a capacidade expressiva do corpo, pois nele não estão apenas características genéticas, sexuais, raciais/étnicas e etc., há também situações singulares a cada sujeito, sua corporeidade. O corpo, com suas infinitas formas de expressão e práticas significa sua subjetividade, quando dissociada da corporeidade pode culminar numa significativa destruição da imagem de si e de seu corpo. Os autores ainda complementam afirmando que a corporeidade se mostra verdadeiramente pelos sentidos e a subjetividade são as experiências que surgem de um corpo e para o qual criam a consciência, sendo esse último de maior preocupação para Merleau-Ponty: “ser uma consciência, ou antes, ser uma experiência, é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles.” (MERLEAU-PONTY, 2015:142).

O corpo se expressa, fala, dialoga, tem presença e espacialidade concreta. A experiência do sujeito no mundo se desvela no próprio espaço objetivo no qual o corpo toma consciência e entra numa dimensão que não é possível separar o mundo dele mesmo. O corpo visa e é comunicação, a partir de gestos e movimentos que significam algo (MERLEAU-PONTY, 2015). “Se como corpo estou conectado ao mundo, em relação aos outros, convivo em sociedade” (BERNS E FONTANA, 2016:6).

A concepção de corpo de Merleau-Ponty é relevante para este estudo, pois possibilita compreender que os corpos que estamos considerando são falas que não falam sozinhas, dialogam com alguém, para o outro, portanto sua essência é dialógica e dialética, o que permite revelar o social.

2.3 Corpo político e gênero: algumas concepções e diálogo

Pode parecer contraditório para os estudiosos de Merleau-Ponty e Foucault apresentar conceitos de corpo tão distintos num mesmo trabalho. Todavia, apesar de conhecer, ainda que pouco, a obra de Foucault e identificar suas fortes críticas à Fenomenologia e ao existencialismo, presentes na Foucault “maduro” (NALLI, 2009), considero importante estudar os corpos que experienciaram a violência obstétrica a partir de um escopo teórico que me permita (re)conhecer o corpo pela racionalidade biomédica, o corpo fenomenológico e a relação corpo e poder.

Para Ortega (2008) a discussão sobre a história do corpo pode ser sintetizada a partir das mudanças na recepção do pensamento de Foucault. Nos debates sobre o corpo, o construtivismo social está historicamente vinculado à figura de Foucault. Porém são os pós-foucaultianos, principalmente feministas, do movimento LGBTQIA+ e teóricos dos estudos de raça e cultura que defendem as versões mais extremas e radicais dessa posição. Para nosso estudo, traremos para relevo os conceitos de “corpo dócil” de Michel Foucault, “corpo abjeto” de Judith Butler e “corpo falantes” de Beatriz Preciado.

Michel Foucault desenvolve, a partir da década de 70 do século XX, uma vertente de pensamento no cenário de ideais contemporâneas sobre a sociedade: a genealogia do poder. Esse projeto identificou e analisou tecnologias de poder que emergiram a partir do XVI e XVII e que influenciaram e influenciam fortemente a sociedade. Para Maia (2011) Foucault identificou e descreveu tecnologias de poder distintas ao longo de suas obras. O biopoder e a biopolítica estão presentes durante o período de 1973 a 1978. Já a partir de 1979 o filósofo francês identificou uma série de tecnologias de poder que se organizaram em torno do que ele conceituou de governamentalidade.

Foucault (1999) nos apresenta duas tecnologias de poder, decompostas em suas séries: corpo – organismo/disciplina/instituições, mecanismos de poder e a serie população – processos biológicos/Estado.

Uma técnica que é centrada no corpo, produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprios de uma população. (FOUCAULT, 1999:297)

A obra de Foucault evidencia que o corpo passou a ser sujeitado a espaços e técnicas disciplinares que permitiram tornar o homem um objeto de saber para um discurso como estatuto científico. No livro “Vigiar e punir”, o autor propõe uma elaboração conceitual política que relaciona corpo e poder durante a época clássica.

Houve durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder. Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo —/ ao corpo que se manipula, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. O grande livro do Homem-máquina foi escrito simultaneamente em dois registros: no anátomo-metafísico, cujas primeiras páginas haviam sido escritas por Descartes e /que os médicos, os filósofos continuaram; o outro, técnico-político, constituído por um conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou corrigir as operações do corpo. (FOUCAULT, 1987:125-6)

Para Foucault (1987) o corpo está diretamente imerso num campo político. As relações de poder o atingem, o marcam, o investem, o dirigem, o supliciam e exigem-lhe sinais. “O corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso” (FOUCAULT, 1987:29).

Sendo assim, para Foucault quando um corpo pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado é um corpo dócil. O domínio sobre o corpo corresponde ao imperativo de transformar esses corpos em forças de trabalho e extrair uma força de trabalho máxima ou ótima, que somente ocorrerá se tornar os corpos úteis e dóceis. Portanto corpos dóceis são maleáveis e moldáveis pela disciplina que exerce forças contrárias ao mesmo tempo nos corpos.

A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma “aptidão”, uma “capacidade” que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. (FOUCAULT, 1987:165)

Neste processo de adestramento e condicionamento dos corpos, é importante ter em mente quais são os recursos imprescindíveis para que ocorra seu funcionamento e obtenha os resultados esperados aos interessados. O poder disciplinar tem como finalidade adestrar e moldar pessoas, torna os sujeitos meros objetos e, ao mesmo tempo, instrumentos do seu próprio exercício. Para Foucault (1987) são três os instrumentos responsáveis pelo sucesso do poder disciplinar: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame, que é a combinação num procedimento específico. O poder disciplinar é invisível, pode vigiar sem ser visto, mantendo o sujeito disciplinado.

O filósofo traz significativas contribuições para se pensar a sociedade a partir dos conceitos de poder disciplinar, biopoder e biopolítica. Esses conceitos são relevantes para se pensar também as formas e tipos de violências na sociedade. Os exercícios e aplicação do poder disciplinar estão presentes nas violências. Portanto, considerar o conceito de corpo dócil ao investigar violência obstétrica é fundamental, pois reconhece o papel do poder disciplinar nos corpos que possam por processos de gravidez, parto e nascimento. Segundo ele, a partir do século XVII até o XIX podemos observar três discursos sobre o corpo, como forma de criar um saber acerca deste objeto, discorrendo sobre ele e controlando o que fosse considerado possível e necessário: o discurso médico, o discurso religioso e moral e o discurso policial (GOMES JUNIOR, 2020).

Todavia, como já apontado anteriormente, a sociedade disciplinar de Foucault sofre críticas de Han (2017a, 2017b), que busca defender a ideia de que superamos uma sociedade disciplinar e que nos encontramos numa sociedade de desempenho. No que tange ao conceito de corpo, não é diferente, outros pensadores como Butler e Preciado desenvolvem seus conceitos de corpo buscando superar, ainda que não totalmente, o conceito de corpo que Foucault desenvolveu em sua trajetória

Butler na obra *Problemas de Gênero* (2016) opõe-se a Foucault quanto à ideia de uma materialidade do corpo anterior à significação. Para a autora, não se pode falar que o corpo é sempre e integralmente uma construção. Os corpos carregam discursos e os discursos habitam os corpos. Indica a necessidade de pensarmos corpo a partir da ideia de performatividade.

Em outras palavras, atos, gestos e desejo produzem o efeito de um núcleo ou substância interna, mas o produzem na superfície do corpo, por meio do jogo de ausências significantes, que sugerem, mas nunca revelam, o princípio organizador da identidade como causa. Esses atos, gestos e atuações, entendidos em termos gerais, são performativos, no sentido de que a essência ou identidade que por outro lado pretendem expressar são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos. O fato de o corpo gênero ser marcado pelo performativo sugere que ele não tem status ontológico separado. (BUTLER, 2016, p. 196).

A centralidade da performatividade para pensar a constituição do gênero e do corpo são importantes para chegarmos ao conceito de corpo para Butler. A filósofa questiona-se sobre a relação da performatividade com a materialidade no livro *Corpos que importam*. Para a autora é importante, em primeiro lugar, a performatividade ser entendida não como ato singular ou deliberado, mas como uma prática reiterativa e citacional, por meio da qual o discurso produz os efeitos daquilo que nomeia (BUTLER, 2019).

A reformulação da materialidade dos corpos está sujeito a cinco sentidos, conforme aponta Butler (2019), destaco para fins desse estudo os dois primeiros: a reformulação da

matéria dos corpos como o efeito de uma dinâmica de poder; a compreensão da performatividade não como um ato em que um sujeito traz à existência o que nomeia, mas como esse poder reiterativo do discurso para produzir os fenômenos que regula e impõe.

[...] me dei conta de que não podia tomar os corpos como simples objetos do pensamento. Os corpos não somente tendem a indicar um mundo que está além deles mesmos, mas esse movimento que supera seus próprios limites, um movimento fronteiro em si mesmo, parece ser imprescindível para estabelecer o que os corpos “são” (BUTLER, 2019:11)

Conforme aponta Gomes Junior (2020), Butler, partindo de pressupostos foucaultianos, busca discutir a diferenciação proposta para a dicotomia sexo e gênero e aponta para a possibilidade de fazer teoria social sobre ambos aspectos, ao questionar a existência histórica e discursiva do corpo. Ao se dedicar em um estudo sobre o gênero e a subversão das identidades, as ideias da filósofa sugerem que vivemos diante de uma ordem compulsória que exige coerência entre corpo, gênero, sexo, sexualidade e práticas sexuais. Tudo que escapa dessa rigorosa moldura, é considerada abjeção.

O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas ‘não-vivíveis’ e ‘inabitáveis’ da vida social, que não obstante, são densamente povoadas por aqueles que não alcançam o estatuto de sujeito, ela constituirá esse lugar de pavorosa identificação contra a qual – em virtude da qual – o domínio do sujeito circunscreverá sua própria reivindicação por autonomia e vida. (BUTLER, 2019:18)

O corpo abjeto é aquilo que não queremos ver em nós mesmos: nossas dejeções, nossos excessos e, em última instância, nosso cadáver. Os corpos abjetos da sociedade são aqueles que execramos da mesma maneira que execramos nossos excessos e aquilo que em nós apodrece, levando à nossa morte (PORCHAT, 2015).

Podemos observar que o discurso dos tratados médicos confeccionados no ínterim do século XIX para o XX, trazia uma preocupação no enquadramento dos corpos considerados desviantes, anormais ou dissidentes dentro de um sistema de inteligibilidade e funcionalidade considerado normal, natural e visando à manutenção de uma ordem hegemônica. Os discursos médicos objetivavam produzir um corpo em que se alinhasse gênero e sexo ou gênero e sexualidade e práticas sexuais. Portanto, era necessário construir discursos que garantissem a conservação dessa lógica, através de atos e signos que produzissem corpos masculinos e femininos de acordo com a sua natureza biológica (GOMES JUNIOR, 2020).

Esse discurso médico, juntamente a outros mecanismos de interpelação dos aparelhos ideológicos, estabeleceu a dicotomia necessária para construção de uma sociedade entre o corpo “normal” e o “patológico”, consolidando o tipo de sociedade moderna definido por Canguilhem (1995) de “Estado patológico”, corroborando com a tessitura de corpos abjetos

na sociedade. O processo de circunscrição dos sujeitos divergentes estabeleceu uma fronteira entre o que era invisível e inviável de ser vivido na sociedade contemporânea.

O conceito de corpos abjetos não se limita a gênero, sexo, sexualidade e práticas sexuais. A abjeção tem relação com as questões socioeconômicas, culturais, raça e etnia, elementos que influenciam e atravessam os processos de gestação, parto e nascimento. O movimento feminista se apropria do conceito de corpo abjeto para desenvolver a ideia de que ainda vivemos em uma sociedade que exclui, despreza e inviabiliza as diferentes expressões de vida, que fogem dos parâmetros construídos de um corpo normal.

Para Bourdieu (2015:18) “a força da ordem masculina se evidencia no fato de que ela dispensa justificção”. A dominação masculina está atrás da elaboração do ser abjeto e da construção dos corpos a partir do binarismo. O autor continua, ao afirmar que o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depósito de princípios de visão e divisão sexualizantes.

A categoria gênero surgiu nas discussões sobre a mulher como sujeito histórico. Busca problematizar a universalidade atribuída ao homem e é pensada como constituída por relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, conseqüentemente, no interior das relações de poder (PEREIRA, 2008).

A partir da segunda metade do século XX, torna-se essencial a discussão de indissociabilidade de corpo-sexo-gênero. Para Gomes Junior (2020) a efervescência política, cultural e social desde a década de 1960 no Ocidente, propõe um novo discurso e pensamento sobre o corpo a partir de dos estudos de gênero. De certo modo, podemos afirmar que o corpo humano e os conhecimentos e discursos produzidos sobre ele nunca conheceram transformações tão significativas. As formulações, entendimentos e propostas mais recentes sobre o corpo objetivam tensionar estruturas tradicionais e hegemônicas de regulação e promoção de inteligibilidade de corpo para a sociedade.

Enquanto Butler vê o corpo como uma construção social e o gênero uma performance, Preciado (2017) entende que o corpo deve se guiar e estabelecer a partir de um “contrato de contrassexualidade” que romperia com a Natureza “como ordem que legitima a sujeição de certos corpos a outros” (PRECIADO, 2014:21) e que o gênero deve ser uma “ficção política encarnada”.

Ao propor seu Manifesto Contrassexual, Preciado busca desfazer qualquer teoria de corpo que se situe nas oposições binárias homem/mulher, masculino/feminino, heterossexualidade/homossexualidade. Os corpos se reconheceram não mais como homens e

mulheres, mas como a si mesmos, como “corpos falantes”. E critica o conceito de gênero de Butler

O gênero não é simplesmente performático como desejaria Butler. O gênero é, antes de tudo, prostético, ou seja, não se dá senão na materialidade dos corpos. É puramente construído e ao mesmo tempo inteiramente orgânico. (PRECIADO, 2014:29)

As experiências de pessoas trans, dentro de uma proposta de reformulação dos corpos, a partir de teorias descoloniais e da teoria queer, têm provocado tensionamentos nas noções de gênero social, cultural e historicamente produzidas, desapegando do biologicismo marcante em nossa sociedade. Como aponta Gomes Junior (2020:21) “os corpos já não cabem em interpretações que forcem apresentá-los como dados ontológicos, posto que são, agora, objetos em processo nas mãos de indivíduos em devir.”

CAPÍTULO 3 – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: demarcação de conceitos, tipificação e desdobramentos a partir de ares da genealogia

Neste capítulo não me detenho a fazer um resgate conceitual e mais genérico da violência, como busquei fazer no capítulo 1, sem, contudo, deixar de compreender as implicações sociais, éticas, políticas, humanas, sanitárias da materialização da violência em nossa sociedade e vida. Ao mesmo tempo, partindo do princípio hologramático¹⁰, compreendo que ao propor uma construção teórica da violência obstétrica, estarei também tratando das violências. Dessa forma, busco neste capítulo abordar o tema da violência obstétrica sem me distanciar de sua relação com o fenômeno da violência.

Alvitro construir um texto que transponha as questões somente históricas da violência obstétrica, almejo uma aproximação genealógica. Para Nardi et al. (2005), ao propor uma análise genealógica, busca-se compreender as condições de possibilidade para produção de uma subjetividade, atravessada por diversas verdades que orientam práticas e formas de se inserir no mundo.

A história genealógica trabalha com a descontinuidade, se opõe ao método histórico tradicional e tem como objetivo assinalar as singularidades dos acontecimentos, considerar os poderes. Busca quebrar as identidades e introduz o corpo na História (AZEVEDO; RAMOS, 2003).

Para Foucault (2007a), a genealogia não se opõe à história, mas sim ao desdobramento meta-histórico das significações, se opõe à pesquisa da origem. O método genealógico busca ativar saberes locais, descontínuos, não legitimados.

A genealogia seria, portanto, com relação ao projeto de uma inscrição dos saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição

¹⁰ Morin, em sua obra intitulada “Introdução ao Pensamento Complexo”, discute o conceito de princípio hologramático como sendo “o menor ponto da imagem do holograma contém a quase totalidade da informação do objeto representado” (p.74), ou seja, “não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte” (p.74). Dessa forma, o princípio holográfico remete à articulação dos pares binários: parte-todo, simples-complexo, local-global, unidade-diversidade, particular-universal (MORIN, 2005).

os saberes históricos, isto é, torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal e científico (FOUCAULT, 2007a, pag.97).

A aproximação genealógica para escrever esse capítulo está respaldada no solo da ciência, ou seja, de textos acadêmicos, somados a textos de informações produzidos nas mídias e redes sociais. Todavia sem caracterizar uma pesquisa na pesquisa, ou seja, não objetivo realizar um estudo tendo como *corpus* analítico narrativas e discursos sobre o tema nas redes sociais, ao mesmo tempo, é impossível desconsiderar o poder que esse espaço de debate exerce sobre a sociedade atualmente, constituindo mesmo uma nova tradição em pesquisa qualitativa, a netnografia (KOZINETS, 1997).

As transformações no mundo contemporâneo foram e são de diversas ordens: econômicas, geopolíticas, sanitárias, culturais, sociais e tecnológicas. Ward (2018) coloca que com o advento de novas tecnologias, o ciberespaço assumiu um lugar de poder central na contemporaneidade, ao ir de encontro à falência das instituições hierarquicamente rígidas, dando lugar a redes de relacionamento mais fluidas, transversas e cooperativas. Essa inferência dialoga diretamente com afirmações feitas por Lipovestky (2004) para sustentar, como já aludido, a ideia de que vivemos em tempos hipermodernos, em que há uma perda da credibilidade nos grandes discursos legitimadores da realidade, ou seja, das metanarrativas modernas, despontando espaços a serem preenchidos pelo pluralismo e pelas diferenças.

Considero relevante aventar o caráter paradoxal, prontamente apontado por Lipovestky (2004) sobre a mídia, que pode ser estendido para as redes sociais no ciberespaço. O autor aponta aspectos positivos e negativos da mídia na sociedade hipermoderna. No que se refere à positividade da mídia e das redes sociais, a meu ver, coadunam em seu papel emancipatório fundamental, ao difundir pelo conjunto do corpo social os valores hedonistas libertários. Todavia, as funções de negatividade são distintas, pois enquanto a negatividade da mídia pode ser analisada em função do peso relativo de seu poder normatizador, as redes sociais não se atentam e se comprometem de maneira ética com as informações e conhecimentos compartilhados no ciberespaço, tendo como principal produto o que atualmente consideramos *fake news*.

Para Ward (2018) o ciberespaço possibilita debates, discussões de diversas ordens e temas; contudo, também instituem um espaço de conflitos, pois muitas ideias divergem causando choques entre diversos narradores que possuem identidades e experiências de vida diferentes. Contudo, esse lugar, paulatinamente, tem se tornado cenário e objeto de estudo científicos.

No livro “A Sociedade em Rede, a era da informação: economia, sociedade e cultura”, Manuel Castells (1999) levantou a questão de compreendermos a sociedade atual a partir da categoria informação, ampliada pelos avanços tecnológicos; de uma sociedade informacional que se organiza em rede capaz de impulsionar novos modos de produção social. Para o autor, há um novo espaço que adquire relevância na estruturação das relações sociais, um espaço como uma iminência de fluxos que se arranja a partir de conexões e não localizações, o ciberespaço que pode proporcionar outras formas de organizações de redes sociais.

Ao entender, com Martins (2010), que um novo paradigma ganhou visibilidade pelo reconhecimento de pequenos sistemas dinâmicos, denominados redes sociais, defendemos que as redes sociais virtuais é um novo marco interpretativo das mobilizações sociais contemporâneas, e que, portanto, são atualmente relevantes cenários de investigação científica.

Sendo assim, torna-se cogente delimitar conceitos, tipificações e desdobramentos de violência obstétrica coligando dimensões da produção científica com narrativas e discursos presentes no ciberespaço, em especial as redes sociais. Essa análise se volta para a produção subjetiva que subsidia e legitima as diversas formas de atuação nos programas e serviços de saúde voltados à saúde materna e infantil.

3.1 (De)marcando o conceito de Violência Obstétrica

O conceito de violência obstétrica é muito recente, sendo cunhado, como já dito, em documentos oficiais somente em 2006, na Venezuela e no meio acadêmico a partir de 2010 com a publicação do editorial intitulado *Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela* de autoria de Pérez D’Gregorio (D’GREGORIO, 2010). Contudo, conforme Diniz et al. (2015), apesar de ser considerado um termo e tema recente ou novo campo de estudo, o sofrimento e a violência sofrida por mulheres em período gestacional podem ser observados em diferentes momentos históricos.

A construção do conceito de violência obstétrica é desenvolvida a partir de um amálgama de conceitos de violência de gênero e violência institucional. É inegável que ao tratarmos de violência obstétrica estejamos falando indubitavelmente de violência de gênero, não obstante o levantado por Fleury-Teixeira e Meneghel (2015) que apontam a polissemia e complexidade do termo. Para as autoras, a diversidade de concepções sobre violência de gênero pode, além de comprometer as análises do fenômeno em suas incidências e prevalências, afetar e dificultar possíveis intervenções voltadas ao enfrentamento desse tipo de violência em nossa sociedade.

Dessa forma, toda e qualquer violência obstétrica é uma violência de gênero. Esta afirmação pode parecer óbvia, contudo, é necessário reconhecer e compreender a carga histórica e teórica que essa afirmação sustenta. Historicamente, o conceito de violência de gênero tem relação com uma sociedade marcada pela dominação masculina e patriarcal, com a materialização da produção de desigualdades nas relações entre homens e mulheres na sociedade, conceito esse atualmente mais apropriado para definir violência contra a mulher. Atualmente, conforme aponta Santos e Izumino (2005), os conceitos mais contemporâneos de violência de gênero incorporam o conceito de poder de Foucault e o conceito de gênero de Scott; e colocam que ao pensar as relações de gênero como uma das formas de circulação de poder na sociedade, significa alterar os termos em que se baseiam as relações entre homens e mulheres; resulta portanto, ajuizar essas relações como dinâmicas de poder e não mais como fruto da dominação de homens sobre mulheres, de maneira inerte e polarizada.

Sendo assim, pode-se reconhecer que não são apenas mulheres que experienciam o ciclo gravídico-puerperal, pois homens transgêneros também podem engravidar, e vivenciar situações de parto, puerpério e aborto e, assim, também serem alvo de violência obstétrica (ARGANOSE; LAGO, 2017).

Santos e Izumino (2005) levantaram a discussão sobre a necessidade de demarcação conceitual entre as expressões “violência contra as mulheres”, “violência de gênero”, “violência conjugal” e “violência doméstica”. Nesse sentido, num esforço taxionômico, Elizabeth Fleury-Teixeira e Stela N. Meneghel organizaram o livro “Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência” (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015). Na obra, as autoras buscam diferenciar os diversos tipos de violências sofridas por mulheres em diferentes situações.

No tocante ao nosso estudo, as autoras apresentam conceitos para violência na gravidez, violência obstétrica e também há contribuições na conceituação de violência institucional. A violência na gravidez é definida como sendo a violência contra a mulher grávida perpetrada por seu parceiro íntimo. Esse tipo de violência pode se materializar a partir de violência psicológica, física, moral ou patrimonial (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Já violência obstétrica é a violência vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, caracterizada, entre outros, por agressão psicológica, simbólica, verbal, física e sexual, assim como pela negligência e discriminação na assistência à saúde. Pode-se considerar também como violência obstétrica, excessivas ou inadequadas intervenções e

práticas de profissionais que atuam na área da saúde (FLEURY-TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Um dos conceitos recorrentes nas publicações sobre violência obstétrica é o elaborado na Venezuela, baseado no artigo 51 da Lei Orgânica sobre o direito da mulher a vida e livre de violência, e considera que:

[...] atos praticados pelo pessoal da saúde, consistindo em: 1. Falta de atendimento oportuno e eficaz de emergências obstétricas; 2. Forçar a mulher a dar à luz em decúbito dorsal e com as pernas levantadas, havendo meios necessários para realizar realização de parto vertical; 3. Impedir o apego precoce do recém-nascido com sua mãe, sem motivo médico justificado, negando-lhes a possibilidade de tê-los imediatamente após o nascimento. 4. Alteração o processo natural de entrega de baixo risco, usando técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher. 5. Prática de parto por cesariana, quando há condições existentes para o parto natural, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (VENEZUELA, 2006 – tradução do autor).

Dessa forma, o conceito produzido de violência obstétrica fruto das considerações acima, é de uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, manifestada em um tratamento desumanizador, no abuso da medicalização e na patologização de processos naturais, que trazem perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e a sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2006).

A mesma lei também buscou definir outras dezoito formas de violência de gênero contra as mulheres: violência psicológica, assédio, ameaça, violência física, violência doméstica, violência sexual, acesso carnal violento, prostituição forçada, escravidão sexual, assédio sexual, violência no local de trabalho, violência patrimonial e econômica, esterilização forçada, violência na mídia, violência institucional, violência simbólica e dois tipos diferentes de tráfico de mulheres, meninas e adolescentes (VENEZUELA, 2006).

Teran et al. (2013) colocam que havia um movimento na América Latina, de vários países aprovarem leis ou artigos para alterar seus códigos penais, na tentativa de ratificar a violência contra as mulheres e de uma demarcação conceitual para violência obstétrica.

Contudo no Brasil, no mesmo período, diversos estudos científicos designavam violência obstétrica como violência institucional (D'OLIVEIRA, 1997; D'OLIVEIRA, DINIZ & SCHRAIBER, 2002; WOLFF & WALDOW, 2008; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, PORTELLA & MENICUCCI, 2009; AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013). Para Wolff e Waldow (2008) a violência institucional é um tipo de violência que ocorre no cenário

das instituições, no caso da violência institucional obstétrica, incide na violência engendrada por profissionais de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. Não muito distante desse conceito, Fleury-Teixeira e Meneghel (2015) colocam que a violência institucional ou nos serviços de saúde se manifestam nas formas de abuso, violência, negligência, assistência desumana/desumanizada que as mulheres sofrem quando buscam assistência, em especial para saúde sexual e reprodutiva.

De maneira exploratória, ao realizar uma busca avançada no Google Acadêmico utilizando o descritor “violência institucional” no período de 2000 a 2020, obtivemos 183 resultados, destes 76% eram artigos, textos científicos, resumos de congresso ou citações de livros que evidenciavam as designações de violência institucional a violência contra mulher, de gênero e obstétrica. Diante disso, grosso modo, observa-se a hegemonia na produção científica ao estudar o fenômeno da violência obstétrica a partir de lente da violência institucional.

A lei venezuelana é mais abrangente, ao definir violência institucional como violência em que as autoridades, funcionários, profissionais e agentes pertencentes a qualquer órgão ou entidade pública fazem ou deixam de fazer, o que, contrariamente ao exercício adequado de seus poderes, atrasa, dificulta ou impede mulheres de acessar políticas públicas e exercer os direitos estabelecidos por lei, para garantir uma vida calma, justa e sem violência (VENEZUELA, 2006).

Considero que o conceito de violência institucional predominantemente adotado na produção científica brasileira corrobora para uma compreensão polissêmica e mutuamente restritiva dos termos violência institucional e violência obstétrica. Nesse sentido, a violência obstétrica estaria circunscrita a uma perpetração por profissionais de saúde e em ambientes institucionais e a violência institucional adstrita a violência contra a mulher. Zenardo et al. (2017) constataram que não há um consenso em relação ao conceito de violência obstétrica no Brasil, embora as evidências indiquem que essa prática ocorra.

Recentemente, o Ministério da Saúde, por meio do ofício no 017/19- JUR/SEC realizou um posicionamento desse órgão quanto ao termo “violência obstétrica. O documento inicia argumentando que não há um consenso quanto ao conceito “violência obstétrica”, contudo sustenta que a definição de “violência” adotada pela Organização Mundial da Saúde ressalta a intencionalidade como fator fundamental para sua caracterização.

O ofício defende a ausência da intenção de prejudicar ou causar dano por parte dos profissionais da saúde e de outras áreas no atendimento à mulher e conclui que o uso deste termo “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério” (BRASIL, 2019:2).

Nunes e Estevão (2019) discorrem que a publicação do ofício teve bastante repercussão nos meios médicos e jurídicos, o documento foi alvo de notas de diversas entidades, grupos e organizações que lutam contra a violência obstétrica e trabalham por humanização do parto e nascimento no Brasil

Convém observar que a posição pela utilização polissêmica do termo violência institucional no cenário acadêmico nacional pode ter encoberto e adiado debates mais amplos na sociedade sobre o tema violência obstétrica no Brasil, capazes de permitir discussões que contemplassem os múltiplos e distintos agressores, cenários, contextos e vítimas de violência no país, o que auxiliaria na identificação e enfrentamento dessas situações.

Quattrocchi (2020) iça a necessidade de compreendermos o caráter multicausal e multidimensional da violência obstétrica. Entre as distintas dimensões e causas se reconhecem elementos que remetem a dimensão médica e assistencial, política, econômica, social, cultural, laboral, de organização dos processos de trabalho, além da interpretação coletiva que uma sociedade constrói acerca da reprodução e maternidade.

3.2 Uma proposta conceitual de Violência Obstétrica

Qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência exige reconhecer a complexidade, polissemia e controvérsia do fenômeno (MINAYO; SOUSA, 1998). A lente do paradigma da complexidade contribui sobremaneira a possibilidade de compreender a violência obstétrica. Morin (2002) coloca a importância de encontrar o caminho de um pensamento multidimensional, capaz de integrar e desenvolver formalização e integração, porém não se restringindo a isso.

A realidade antropossocial é multidimensional; ela contém, sempre, uma dimensão individual, uma dimensão social e uma dimensão biológica. O econômico, o psicológico e o demográfico que correspondem às categorias disciplinares especializadas são as diferentes faces de uma mesma realidade; são aspectos que, evidentemente, é preciso distinguir e tratar como tais, mas não se deve isolá-los e torná-los não comunicantes. Esse é o apelo para o pensamento multidimensional. Finalmente e, sobretudo, é preciso encontrar o caminho de um pensamento dialógico (MORIN, 2002:189 – grifo do autor)

Transladando as colocações até o momento levantadas sobre a relevância do paradigma da complexidade para a discussão da multidimensionalidade da violência obstétrica, considero pertinente desenvolver uma reflexão e dialogar com a explicitação de realidade antropossocial apresentada por Morin. Para isso devemos:

- i. Considerar que a violência obstétrica se comporta e se conforma como a realidade antropossocial;

ii. Considerar a dimensão individual, social e biológica como “núcleos de sentidos” da violência obstétrica

iii. Considerar as categoriais disciplinares: o econômico, o psicológico o demográfico como sendo “tipos de natureza de atos violentos”.

Agora, é importante definir o que estou chamando de núcleos de sentido e de tipos de natureza de atos de violência nos sujeitos. Núcleo de sentido tem como referência a construção conceitual de “sentido” para Vygotsky.

O sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que ela desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata (VYGOTSKY, 2009: 460)

Para Barros et al. (2009) com a definição de “sentido” proposta por Vygotsky estabelecem-se novas possibilidades relativas à compreensão dos processos de significação à luz da perspectiva histórico-cultural. Ademais, apesar de Vygotsky destacar o caráter plurideterminado e ilimitado de “sentido”, sua formação não se ocorre aleatoriamente, pois as condições de produção de “sentido” também orientam o processo (VYGOTSKY, 2009).

Assim, Smolka (2004) coloca que as possibilidades de compreensão, interpretação e conhecimento do “sentido” estão ancoradas nas práticas sociais, como lugar das relações interpessoais que vão acontecendo, se instituindo e se legitimando; e na história dessas relações, transformada possível pela dimensão discursiva dessas práticas.

Os “núcleos de sentido” da violência obstétrica seriam, portanto, um produto no jogo das condições, experiências, atitudes e tomada de decisões dos diversos sujeitos que se relacionam com o fenômeno, produzindo numa certa lógica de produção, coletivamente orientada, a partir de múltiplos sentidos já estabilizados, mas de outros que também vão se tornando possíveis (SMOLKA, 2004).

Nesse sentido, Quattrocchi (2020) faz um esforço profícuo de traçar alguns “acordos” e “entendimentos” possíveis com base na literatura científica e nos interesses de pesquisadores, profissionais da saúde e formadores de opinião sobre violência obstétrica na América Latina e Europa. De maneira sintética, a autora coloca que:

- A violência obstétrica é violência estrutural. Enquanto seja sistemática e frequentemente exercida por certos agentes (sujeitos, instituições, grupos etc.) pertencentes a uma determinada ordem social em que a opressão ou subordinação de outros e outras é naturalizada;
- A violência obstétrica é violência de gênero por ser exercida sobre as mulheres pela natureza do fenômeno. Refere-se, então, à construção sociocultural do masculino e do feminino em um determinado contexto histórico e a uma

relação assimétrica de poder entre os gêneros, onde o coletivo masculino impera;

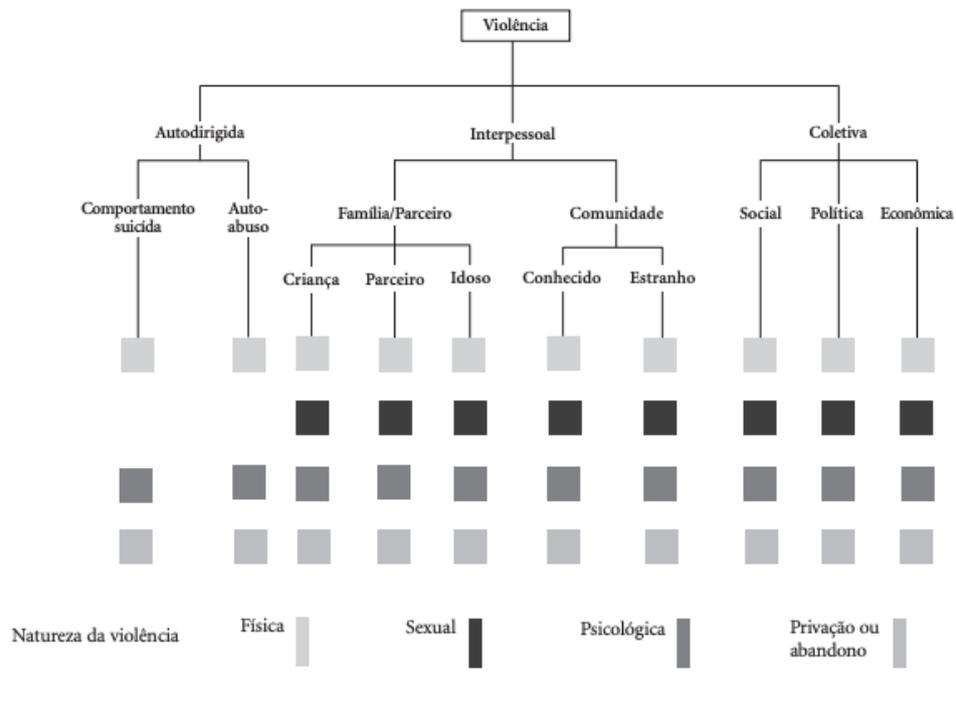
- A violência obstétrica é violência e violação aos direitos humanos, aos direitos à saúde e dos direitos à saúde reprodutiva. Tem relação com o respeito pelos processos de parto, corpo, privacidade, horário, integridade, autonomia e liberdade de escolha e todos os direitos de temos como sujeito;
- A violência obstétrica é violência institucional, na medida em que que é exercida por abuso de poder pelas instituições de saúde ou seus agentes por meio de regras explícitas (por exemplo, certos protocolos de saúde) ou regras e/ou costumes implícitos que reforçam os mecanismos estabelecidos de dominação;
- A violência obstétrica é violência relacionada ao trabalho¹¹, exercida contra os profissionais de saúde que às vezes não têm a possibilidade de realizar suas tarefas em condições adequadas – psicológica e fisicamente – e são forçados a exercer violência contra as pessoas e outros, sem que essa seja a vontade deles;
- A violência obstétrica é violência contra a criança, ao compreender que se estende ao bebê. Tem a ver com o nascimento, com práticas rotineiras desnecessárias aplicadas nos primeiros momentos de sua vida, com a impossibilidade de estar perto da mãe nesses momentos, com a impossibilidade de ser amamentada precocemente, entre outros (QUATTROCCHI, 2020:196-7)

Dessa forma, podemos considerar que os “entendimentos” propostos por Quattrocchi seriam, em última análise, núcleos de sentido da violência obstétrica, comportando-se assim como dimensões da mesma. Conferindo, portanto, o caráter multidimensional e polissêmico que a violência obstétrica assume nos diversos contextos onde se materializa.

No que se refere aos “tipos de natureza dos atos violentos” tomamos como referência o Relatório Mundial de Violência e Saúde editado por Krug et al. (2002), que define tipos de natureza como sendo a forma de materialização do fenômeno da violência nos sujeitos, o ato em si. E o classifica como sendo de natureza física, psicológica, sexual e envolvendo privação ou negligência, conforme ilustrado na Figura 1.

¹¹ Na tradução, a expressão laboral foi substituída por violência relacionada ao trabalho. A escolha pelo emprego da nomenclatura violência relacionada ao trabalho repousa nas considerações feitas por Oliveira e Nunes (2008), ao propor uma definição ampla e abrangente com intuito de evitar mal-entendidos provocados pelo uso de termos no campo da Saúde Coletiva e Saúde do Trabalhador no Brasil. Dessa forma, pretende-se ajudar a desvelar situações de violência, no âmbito do trabalho, que estejam para além da percepção dos próprios atores sociais envolvidos

Figura 1 – Tipologia da violência



Fonte: DAHLBERG, L. L. ; KRUG, E. G (2006)

A classificação proposta pelo Relatório Mundial de Violência e Saúde não aborda a violência moral enquanto tipo de natureza de ato violento, contudo apesar de considerar esse tipo de violência um desdobramento da violência psicológica, acho importante inclui-la como outro tipo de ato violento, conforme propõe a Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, conhecida como Lei Maria da Penha.

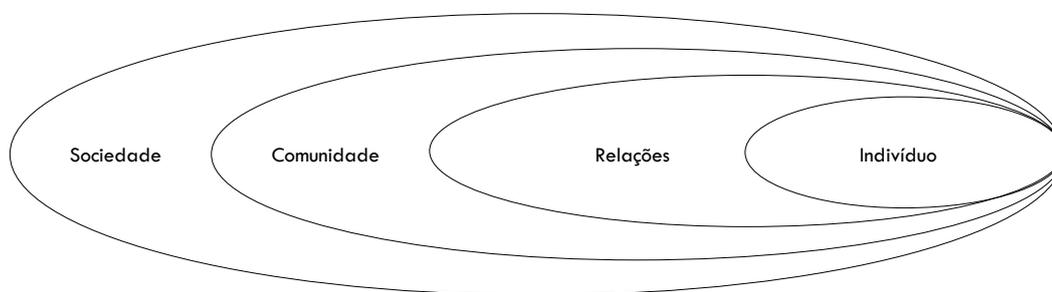
A lei propõe classificar a violência contra a mulher em cinco tipos, a violência física, psicológica, moral, patrimonial e sexual. Destaco as definições de violência psicológica e moral, no intuito de demarcar suas diferenças. A primeira é a violência que causa dano emocional, diminuindo a autoestima da pessoa e/ou provocando prejuízo a seu pleno

desenvolvimento. Já a violência moral se refere a calúnia, difamação ou cometer injúria contra a vítima, a fim de prejudicar sua reputação (BRASIL, 2006).

Após o exposto, já podemos delinear melhor a proposta conceitual que pretendo operacionalizar no estudo, na qual a multidimensionalidade da violência obstétrica, assim como as dimensões apresentadas por Morin são os núcleos de sentido até então produzidos acerca do fenômeno e os tipos de natureza de atos violentos são as diferentes disciplinas que compõem a realidade complexa.

Ainda na intenção de qualificar a proposta conceitual, é pertinente incorporar à discussão, o Modelo Ecológico de Violência proposto por Krug et al. (2002) (Figura 2) com intuito de ajudar na compreensão da natureza multifacetada da violência. Para Dahlberg e Krug (2006) a violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais, portanto, analisar esses fatores é um dos passos respeitáveis na abordagem do setor saúde para a prevenção da violência.

Figura 2 – Modelo Ecológico de Violência



Fonte: DAHLBERG, L. L. ; KRUG, E. G (2006)

O primeiro nível do modelo ecológico trata das características do sujeito, como fatores genéticos, biopsicológicos, históricos e educacionais pessoais que produzem seu comportamento e que aumentam a probabilidade de o sujeito ser vítima ou agressor. O segundo nível do modelo explora como as relações sociais próximas aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. O terceiro nível examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. O quarto e último nível examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência como fatores culturais,

sanitários, educacionais, econômicos e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica e social entre grupos (DAHLBERG, L. L. ; KRUG, E. G, 2006).

Numa possível síntese da reflexão analógica da compreensão da violência obstétrica à luz do paradigma da complexidade e do Modelo Ecológico de Violência proponho um modelo conceitual de violência obstétrica capaz de imprimir o caráter multifatorial, multidimensional, polissêmico e multifacetado do fenômeno.

A proposta consiste em ultrapassar a arquitetura em níveis do Modelo Ecológico de Violência. Devemos reconhecer a capilaridade e fluidez entre os níveis, pois há um movimento entre eles que impossibilita uma delimitação arbitrária. Incorporaremos os tipos de natureza da violência obstétrica no nível das relações, por considerar que os atos violentos em si ocorrem na esfera das relações interpessoais e integrar no terceiro nível os núcleos de sentido socialmente produzidos sobre a violência obstétrica, uma vez que se tratam de produtos no jogo das condições, experienciais, atitudes e tomada de decisões desenvolvidas em diferentes contextos socioeconômicos e culturais. O quarto nível é composto por elementos econômicos, sociais, culturais, educacionais e sanitários que atravessam as demais membranas e que são retroalimentados pelos tipos natureza e os núcleos de sentido.

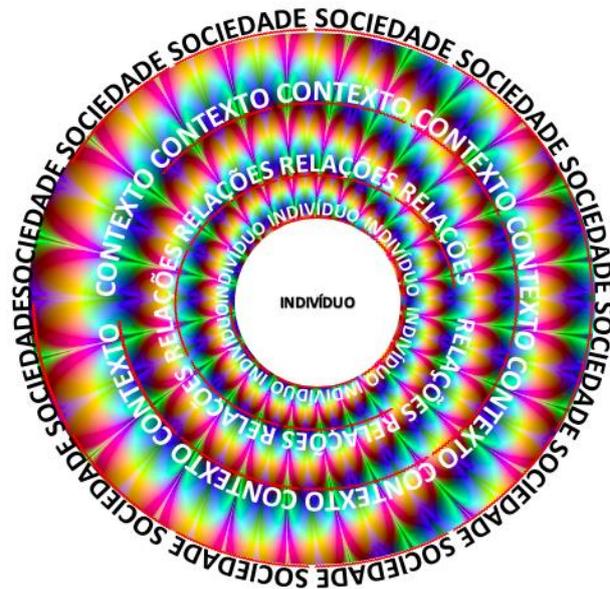
Outrossim devemos ainda considerar o princípio dialógico e o conceito de borrosidade do paradigma da complexidade. Para Morin (2002:189) “o termo dialógico quer dizer duas lógicas, dois princípios, estão unidos sem que a dualidade se perca nessa unidade”, ao princípio dialógico devemos conectar o princípio hologramático e a necessidade de tentar compreender a incerteza a partir da ordem, desordem, interações e organização (Morin, 2002).

Já a borrosidade ou *fuzziness* é a propriedade particular dos sistemas complexos tocante à natureza arbitrária dos limites infrassistêmicos impostos aos eventos e ao próprio sistema (ZADEH, 1982). Trata-se de uma crítica radical à noção de evento como uma fragmentação arbitrária dos processos de transformação e dos elementos dos sistemas dinâmicos. Por conseguinte, há um questionamento acerca da objetividade e a relativização da noção de limites espaço-temporais dos elementos de um dado sistema. A lógica borrosa também alude a um recobrimento da contextualização como etapa crucial do processo de produção de conhecimento (ALMEIDA FILHO, 2006).

Diante do exposto, ao compreendermos o fenômeno da violência sob uma lógica complexa e sistêmica, o processo de construção de um modelo conceitual deve primar pelo reconhecimento do princípio dialógico entre os níveis, elementos, dimensões e naturezas dessa violência e concordar que não há limites espaço-temporais bem demarcados entre esses

elementos no sistema. A representação imagética que parece melhor representar o modelo, possui características hologramáticas.

Figura 3 – Modelo Conceitual de Violência Obstétrica



Fonte: construção do autor

A figura 3 ilustra os níveis da violência obstétrica, considerando que há, de maneira *sine qua non*, relação dialógica entre os níveis e elementos constituintes de cada nível. Além disto, as cores representam os elementos da sociedade, os núcleos de sentido e os tipos de natureza da violência obstétrica. O primeiro nível trata de elementos e condições de ordem individual que podem impactar (e grosso modo impactam) na ocorrência e na intensidade do processo de materialização da violência obstétrica, como por exemplo, raça e cor, classe, idade, escolaridade, processos de adoecimento e co-morbidades, entre outros que, em seu conjunto, expressam vulnerabilidades. O segundo nível trata dos tipos de natureza de atos violentos que somente podem ser materializados em relações sujeito-agressor. O terceiro nível aborda os múltiplos sentidos e dimensões que a violência obstétrica pode adquirir no processo em diferentes contextos. O último nível versa sobre os elementos da sociedade que influenciam a produção da vida e de saúde das pessoas e coletivos. Por fim, é necessário reconhecer que os limites entre tipos de natureza dos atos violentos, núcleos de sentido e elementos da sociedade

são borrosos, o que impossibilita isolá-los de maneira arbitrária no processo de produção do fenômeno da violência; daí sua representação exigir uma imagem de holograma.

Portanto, sendo a violência obstétrica um problema complexo, ela deve ser enfrentada em níveis diferentes, e se possível, simultaneamente. O modelo conceitual proposto tem sua proficuidade ao indicar que cada nível representa um grau de vulnerabilidade e suscetibilidade que pode ser visto como peça-chave para o desenvolvimento de ações, projetos e políticas de intervenção capazes de combater e prevenir esse tipo de violência e promover uma cultura de paz em nossa sociedade, com participação articulada de serviços e instituições governamentais e de movimentos sociais que atuam na temática da violência obstétrica. O modelo proposto também permite pensarmos em estudos que possam analisar e compreender melhor o fenômeno da violência.

3.3 Violência Obstétrica: Desdobramentos do fenômeno

Nesta seção pretendo apresentar alguns desdobramentos que considero necessários para compreender o fenômeno, para tal é necessário trazer à discussão o movimento pela humanização do parto e nascimento que se constitui e desenvolve concomitantemente ao processo de re-conhecimento da violência obstétrica por profissionais, academia, Estado e sociedade.

Em seguida, discorro sobre os aspectos legais e normativos que impactaram na definição e caracterização da violência obstétrica. A discussão no campo jurídico foi, e sempre será, relevante para o processo de identificação e punição dos atos violentos.

Por último, porém não menos importante, busco discutir a materialidade do fenômeno da violência a partir de pesquisas de campo desenvolvidas sobre a temática.

3.3.1 Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento

Assim como o termo violência obstétrica, a expressão “humanização do parto” é polissêmica, conforme aponta Carneiro (2011) e Diniz (2005). Para a primeira autora, a expressão embora tenha como base uma crítica ao parto dominado pela tecnologia médica, conglomerada um conjunto heterogêneo de entendimentos a respeito do que, concretamente, caracteriza um parto humanizado. Trata-se, portanto, de um termo amplo que congrega desde posturas mais radicais que defendem o parto domiciliar desassistido até a posição de

profissionais de saúde que devem atuar numa perspectiva de acolhimento respeitoso e sensível às mulheres e outras pessoas nos serviços de saúde (CARNEIRO, 2011).

Já Diniz (2005) busca organizar o termo humanização a partir de cinco principais sentidos, que em algum momento podem sofrer superposição e que estão em disputa permanente de legitimidade discursiva nos campos científico, político e social. O primeiro sentido trata humanização como a legitimidade científica da medicina, uma prática orientada através do “padrão ouro”¹² da assistência em oposição à prática com base na opinião e tradição

A mudança técnica busca inverter a lógica que avalia o parto vaginal como primitivo e arcaico. Propõe que o objetivo de facilitação da fisiologia e da satisfação com a experiência é o "moderno", enquanto a intervenção tecnológica acrítica, iatrogênica e sem base na evidência é o que se busca superar (DINIZ, 2005: 633)

O segundo sentido é de humanização como legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres, crianças e famílias na assistência ao nascimento. Este enfoque procura compor uma agenda capaz de ajustar os direitos sociais em geral e direitos reprodutivos e sexuais em especial, reivindicação do movimento de mulheres. Por fim, considera importante que o direito de decidir sobre a vida e saúde não pode se realizar sem que existam os direitos sociais que oportunizem essas escolhas.

O terceiro sentido proposto por Diniz (2005) trata humanização como produto da tecnologia adequada na saúde de pessoas e coletivos, apresenta-se no sentido de uma legitimidade de saúde pública. O quarto e penúltimo sentido, humanização como legitimidade profissional e corporativa “(...) de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetriz” (DINIZ, 2005: 634).

O quinto e último sentido, é de humanização referida à legitimidade financeira dos modelos assistenciais e da racionalidade no uso dos recursos. Perspectiva que alia a questão das vantagens técnicas as econômicas também, como por exemplo na não adoção de procedimentos desnecessários e suas complicações, que impactam diretamente na questão financeira dos modelos de assistência à saúde.

Compreendo que o caráter polissêmico da expressão “humanização do parto” é fortemente atravessado pelas contribuições do Movimento pela Humanização do Parto. Tornquist (2002) aponta que esse movimento se iniciou em 1950 como fruto do “Ideário do

¹² Assistência à saúde baseada na evidência (*evidence-based*) orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia. Prática assistencial guiada por revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (DINIZ, 2005:633)

Parto ser Dor”, iniciativa de obstetras preocupados em minimizar as dores no parto e transformá-lo num evento mais prazeroso, com a utilização de técnicas de narcose e uso do fórceps. Sendo assim, o termo “humanizar” é utilizado há décadas no sentido de ressignificar o necessário sofrimento no parto como um desígnio divino, uma obrigação imperativa a todas as mulheres que desejassem ser mães (DINIZ, 2005).

A segunda fase do Parto sem Dor foi fortemente influenciada por valores individualistas/ libertários ao campo da parturição e do nascimento, sexualidade da mulher, participação do pai no processo de gravidez e cuidados ao recém-nascido. Ainda nessa fase do movimento, destacou-se também a valorização da natureza, a crítica à medicalização da saúde e inspiração em métodos e técnicas não-ocidentais de cuidado com o corpo e a saúde, e a ampliação de profissionais na equipe de assistência. Esse movimento surgiu em países europeus como França e Inglaterra e no continente americano nos EUA. No Brasil a socialização do movimento ocorre sobretudo nas classes médias intelectualizadas (TORNQUIST, 2002).

Para Diniz (2005) o feminismo, em suas muitas faces, teve papel central no processo de configuração do movimento de humanização do parto, com a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres nos EUA nas décadas de 1960 e 1970. As feministas reapresentam a assistência a partir dos conceitos de direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, influenciadas pela abordagem psicosssexual do parto, redescritção da fisiologia do parto, organização de serviços centrada na mulher e mais recentemente na abordagem do parto como experiência genital e erótica. Portanto, com o reconhecimento das prerrogativas sexuais e reprodutivas como direitos humanos ocorreu uma vasta construção histórica, que ganhou mais relevância após a revolução feminista da década de 1970.

O movimento pela humanização do parto ganhou reforço importante com a inserção do movimento da saúde pública e saúde coletiva, em especial, a partir da década de 1980, em que numerosas associações, grupos, instituições e organizações sociais e civis se envolveram e lutaram em diferentes níveis para mudanças na governança dos sistemas de saúde em todo o mundo. A incorporação da saúde pública e coletiva ao movimento pela humanização do parto pode ter sido um motivo da estratégia de legitimação, vista como essencial, uma vez que se compreende que, para transformar a assistência ao parto, é necessário superar e mudar o paradigma que sustenta as práticas – crítica ao modelo tecnocrático –, os protocolos assistenciais dos serviços e a formação profissional (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2002; VILLARMIA; OLZA; RECIO, 2015).

Cunha (2015) aponta que um marco do reconhecimento público do Movimento pela Humanização do Parto veio apenas com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada em 1994, na cidade do Cairo, Egito, e reuniu 179 países. No evento que reuniu representantes de governos, das Organização das Nações Unidas (ONU), de entidades não governamentais e de meios de comunicação ocorreu um deslocamento do objeto de debate do controle de natalidade, como forma de garantia do equilíbrio econômico mundial, para voltar-se à questão de gênero. O deslocamento da discussão refletiu uma tomada de consciência mundial acerca destas questões e assegurou os direitos sexuais e reprodutivos como componentes do rol de direitos humanos.

Com intuito de produção de uma síntese possível, Russo e Nucci (2020) apontam que o movimento contemporâneo do parto humanizado tem três características que o distinguem do “Parto sem dor” e seus desdobramentos na década de 1960 e 1970. A primeira característica repousa no fato de o referido movimento fazer parte da chamada “virada corporal”, em que preocupações em torno do caráter propriamente corporal de todos os fenômenos que cercam a gravidez e o parto são acentuadas. O conceito de “virada corporal” se baseia na noção de biopolítica de Foucault e identidade. As autoras acreditam que “(...) no caso das adeptas do parto humanizado, na medida em que tal adesão implica não apenas a definição de si a partir de processos que se desenrolam no corpo, mas também no corpo como agente mesmo que conduz o processo.” (RUSSO; NUCCI, 2020:4).

Outra característica do movimento é sua busca por legitimação científica através da adoção das proposições críticas à assistência tradicional ao parto a partir da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e também do uso de pesquisas que versam sobre a influência do hormônio ocitocina que favoreceram na redescritção da fisiologia da gravidez e parto. Diniz (2005) aponta que a MBE vem ampliando a legitimidade do discurso pela mudança das práticas, e vice-versa, apesar de ter tomado rumos diversos, ora mais progressistas, ora mais conservadores, a inspiração é fortemente questionadora e trouxe à tona o papel do poder econômico e corporativo na definição de políticas, e no desenho e financiamento das pesquisas.

A última característica constitutiva do movimento atual é sua face política, uma vez que as policitantes do parto humanizado se transformam em ativistas no cenário público, promovendo e participando de manifestações de rua, divulgando manifestos nas redes sociais, mobilizando mulheres a partir de *blogs*, Facebook®, Instagram® e outras redes sociais, e buscando influenciar a adoção de políticas públicas nos níveis local, regional e nacional por meio de relações e pressão junto de atores e partidos políticos (RUSSO; NUCCI, 2020).

No cenário brasileiro, Rattner et al. (2014) e Diniz (2005) destacam o pioneirismo do professor da Universidade Federal do Ceará (UFC), José Galba de Araújo que implantou na década de 1970 um sistema misto de atenção integrando ao sistema de saúde as parteiras tradicionais, incorporando o parto domiciliar e em casas de parto e com garantias de transferência e referência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Outra referência são os médicos paranaenses Moysés Paciornik e seu filho Cláudio Paciornik, que divulgaram o parto de cócoras com base nas vivências com indígenas kaingangue. Temos ainda, o Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década seguinte, diversos grupos ofereceram assistência humanizada à gravidez e parto com propostas de mudanças nas práticas assistenciais, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, além dos grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco.

Concomitante ao processo de mudanças apresentado pelos atores, instituições e grupos, o Brasil vivia um momento singular de cooperação entre pesquisadores das universidades, profissionais de saúde, militantes dos movimentos sociais para a democratização do próprio Estado, culminando no nascimento da Saúde Coletiva como campo de reforma sanitária e social, com uma propositura de releituras das políticas, das instituições de serviços em interface com as necessidades sociais e de saúde da população brasileira. Fruto desse processo, abre-se espaço para discussão sobre saberes e práticas sob o prisma da integralidade, a produção de conhecimentos e competências para atuar no campo da gestão, planejamento e avaliação de serviços e políticas de saúde, e no provimento de atenção integral à saúde da população em todos seus segmentos (SCHRAIBER et al., 2009).

Nesse fértil cenário, o movimento de mulheres propõe, em conjunto com os pesquisadores da academia e profissionais de saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Para Schraiber et al.(2009), o PAISM não tratou de imediato a violência, o programa fundamentava-se na crítica ao modo como as mulheres eram tratadas nas práticas de saúde ao ter como tema central a questão da reprodução humana.

[O PAISM] formulou uma perspectiva de saúde reprodutiva como movimento contracultural ao projeto biomédico de abordar a mulher apenas em sua condição maternal, medicalizando o corpo feminino ao reduzi-lo às suas partes com capacidade reprodutora. A concepção materno-infantil da Saúde da Mulher havia dado conta, no plano simbólico e material, de toda essa construção em que não havia questão das mulheres sem que de imediato fosse também questão de infância, assim como não havia mulher fora da identidade de ser mãe. Com o lema "nosso corpo nos pertence" é que se proporá essa outra abordagem da mulher e de sua saúde pelos saberes e práticas da Saúde Coletiva, elaborando-se o PAISM com o reconhecimento e

integralidade da tomada de suas múltiplas necessidades em saúde. (SCHRAIBER et al., 2009:1022)

Diante desse contexto e tendo essas referências, em 1993, é criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), por profissionais ligados ao campo da saúde, e que atualmente congrega centenas de participantes, entre pessoas e instituições¹³. A Rehuna tem com documento fundador a Carta de Campinas que aponta as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência às mulheres e crianças no momento do parto-nascimento (RUSSO; NUCCI, 2020; RATTNER et al., 2014; DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2002).

A Carta de Campinas foi um importante marco para a discussão da questão da violência contra a mulher e violência de gênero na Saúde, pois conforme assinala Schraiber et al.(2009), a violência contra a mulher emerge relacionada, primeiramente, à prática médica do aborto legal, que resultou numa produção simbólica de estabelecer a violência como questão mais jurídica do que da assistência à saúde, além do não reconhecimento de que a violência também poderia ser perpetrada a partir de práticas de profissionais de saúde e de forma institucional. A referida carta é iniciada com apresentação da motivação da criação da Rehuna:

Analisando as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, queremos trazer alguns elementos à reflexão da comunidade.

O Brasil apresenta a maior taxa mundial de cesáreas (vários hospitais brasileiros ainda tem taxas como 80% ou mais de cesáreas) e este passou a ser o método “normal” de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida.

No parto vaginal, a violência da imposição de rotinas, da posição do parto e das interferências obstétricas perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica. Esses eventos vitais cruciais tornam-se momentos de terror, impotência, alienação e dor. (REHUNA, 1993:1)

Para Diniz (2005) a Carta de Campinas teria três propósitos: denúncia, demanda por justiça e o iniciar de um programa de mudanças. A Rehuna inicialmente foi formada, em sua maioria, por profissionais de saúde vindos da área de obstetrícia ou de saúde pública. Ainda na década de 1990, o Brasil teve papel relevante na convenção da CIPD, os movimentos e organizações civis promoveram programas de saúde feminina e organizaram um processo de consulta popular chamada “Encontro Nacional Mulher e População: nossos direitos para o

¹³ No site <http://rehuna.org.br> estão disponíveis informações sobre o histórico, acervo, notícias, parcerias e outros que foram importantes para o processo de construção da linha do tempo construída neste estudo.

Cairo 94”. Fruto da opinião popular gerou a “Carta de Brasília”, que corroborou os princípios básicos a serem defendidos pelo Estado na convenção, como não coerção e liberdade de escolha. Após a participação do Brasil no evento, o país obrigou-se a desenvolver as principais metas postas na CIDP através de políticas públicas que envolveram desde a elaboração de normas até a concepção de programas de saúde e educação (CUNHA, 2015).

Além disso, Diniz (2005) afirma que diversos encontros foram organizados por participantes da Rehuna, como o Encontro Parto Natural e Consciente no Rio de Janeiro e tantos outros encontros locais, o que contribuiu para constituir uma comunidade que conseguia se encontrar presencialmente diversas vezes por ano.

A partir do final da década de 1990 há um impulso nas discussões e “encontros” virtuais por meio de listas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, Rehuna, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas. A maioria destes grupos e organizações foi criada por mulheres organizadas de classe média, conforme destaca Diniz (2005:631) “uma novidade política de enorme potencial na mudança” e que possibilitou uma multiplicidade de perspectivas, conflitos, convergências, divergências, contribuições e iniciativas pessoais e institucionais.

Em 1998 o Ministério da Saúde oficializa a assistência ao parto pelo enfermeiro com especialização em obstetrícia no SUS e lança o prêmio Galba de Araújo, com objetivo de evidenciar instituições promotoras de práticas de humanização do parto e nascimento. É criado em 1999 os Centros de Parto Normal (CPN), unidades de saúde que permitem a assistência aos partos de baixo risco em ambiente não hospitalar, com profissionais responsáveis por todos os cuidados prestados ao binômio mãe-filho, que impacta no processo de mudança do modelo de atenção ao parto (DINIZ, 2005; PASCHE et al., 2010)

As iniciativas mencionadas introduziram um processo de ampliação de discussões e práticas de humanização nos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde. Em 2000 é instituído o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) com objetivo de garantir um número mínimo de consultas no pré-natal – padronização mínima da assistência – e de melhorar o atendimento no momento do parto, buscando, portanto, uma possível ampliação da qualidade da assistência a mulher durante a gravidez e parto (BRASIL, 2002; CUNHA, 2015; DINIZ, 2005; PASCHE et al., 2010). Apesar dos avanços propostos pela PHPN, Diniz (2005:632) aponta que “o programa não incorporou os questionamentos feitos pelo movimento de humanização à técnica desumanizada e sem base na evidência, sendo basicamente um instrumento de gestão”.

Em seguida, ocorre o lançamento do Programa de Humanização de Hospitais e é editado o Manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, documento que define o que considera humanização da assistência e defende a perspectiva de que intervenções desnecessárias devem ser impedidas, além de tratar da preservação de privacidade e autonomia materna (BRASIL, 2001; DINIZ, 2005; PASCHE et al., 2010).

Necessário destacar que os documentos da PHPN e o Programa de Humanização de Hospitais não fazem menção à violência no *corpus* textual; somente a partir do Manual de Humanização e do Manual de Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher temos a introdução do termo violência institucional, assim exposto “Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea”. (BRASIL, 2001:18)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) é considerada um desdobramento da PHPN e buscou colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano do trabalho, produzindo mudanças nos processos de cuidado e gestão, além de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder negativas e violentas que afetam e produzem práticas desumanizadas. Dessa forma, a PNH adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo (RATTNER et al., 2014)

A humanização é descrita, no campo da saúde, como uma aposta ético-estético-política. É uma aposta ética porque envolve a atitude de usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e co-responsáveis. É estética porque se refere ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. É política porque está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (FIOCRUZ, 2020)

A PNH mobilizou sobremaneira as organizações de trabalhadores da saúde, grupos de mulheres, deficientes, pessoas com doenças estigmatizadas, grupos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) e outros que vivenciam os dilemas do acesso, assistência e qualidade dos serviços de saúde.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde edita a Política Nacional Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), proposta para substituir a PAISM que sofreu com processos de dificuldade e descontinuidade de ações durante a década de 1990 e com as mudanças no cenário da saúde da mulher no Brasil. O PAISM priorizou suas ações na saúde reprodutiva, em particular, para redução da mortalidade materna e não mais atendia a uma agenda mais ampla de áreas estratégicas para saúde da mulher. Assim, são assinaladas várias lacunas como atenção

ao climatério/menopausa, condições ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher adolescente, saúde da mulher lésbica, doenças crônicas-degenerativas, doenças infecto-contagiosas, saúde mental, saúde ocupacional e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas, além de ações voltadas às mulheres rurais, com deficiência, indígenas e presidiárias (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a PNAISM busca refletir o compromisso com a implementação de ações de saúde que possam contribuir para garantia dos direitos humanos das mulheres e impactar positivamente na redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, conforme aponta o referido documento.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004:5)

A PNAISM contribui para a expansão do termo humanização, destacando-o como princípio e condição essencial para que as ações de saúde possam se traduzir na resolução dos problemas identificados, na satisfação da usuária do SUS e no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas necessidades e demandas.

Diniz (2005) sinaliza que a expansão e utilização por diversos atores do termo humanizar provoca um processo de interpretação e recriação do termo, aplicando-o para outras formas de assistência. Para a autora “a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos.” (DINIZ, 2005:632).

Ainda nos anos 2000 temos a primeira e segunda Conferência Internacional de Humanização do Parto que ocorrem em Fortaleza e Rio de Janeiro, respectivamente. No ano de 2008 entra no ar a Rede HumanizaSUS (RHS)¹⁴ que representou uma aposta da PNH na constituição de uma construção coletiva e colaborativa para apoiar a humanização do SUS.

¹⁴ A Rede HumanizaSUS é a rede social dos trabalhadores, gestores e usuários do SUS que atuam cotidianamente com o desejo de fazer um sistema único de saúde com equidade, acesso universal e cuidado integral a saúde. O site www.redehumanizasus.net dispõe de produção científica, documentos oficiais, vídeos, espaços para relatos e trocas de experiências e sala de eventos.

A RHS se define como uma rede colaborativa e social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. Objetiva produzir uma ágora, uma praça pública, um espaço que permita: o encontro, a troca, a afetação recíproca, o conhecimento, o afeto, o acolhimento, a arte da composição de uma multiplicidade de visões. (TEIXEIRA et al.,2016: 339)

Figura 4 – Política Nacional de Humanização – Rede HumanizaSUS (Logomarca simbólica)



Fonte: www.redehumanizausus.net

A PNH, ao longo dos anos, vem apostando e apoiando diversas iniciativas e estratégias que possam promover a humanização da assistência à saúde da mulher e qualificar a experiência do parto e do nascimento para as usuárias do SUS. Destaca-se a experiência do Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PqM) que ocorreu de 2009 a 2011 e objetivou promover apoio institucional voltado à humanização do parto e do nascimento. Esse plano fundamentou a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde.

A RC é uma estratégia do governo federal para implementação de uma rede de cuidados às mulheres que busca garantir o direito ao planejamento reprodutivo, uma atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério, englobando também garantias às crianças, que vão do direito ao nascimento ao desenvolvimento saudável.

Figura 5 – Rede Cegonha



Fonte: www.primeirainfancia.org.br

A portaria que instaura a RC, Portaria nº 4.459 de junho de 2011, no âmbito do SUS orienta-se pelo critério epidemiológico e possui as características de respeito à diversidade cultural, étnica e racial, a participação social e a promoção da saúde e da equidade. A RC está organizada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a criança e sistema logístico (BRASIL, 2011).

O movimento pela humanização do parto e nascimento, ao longo dos anos, conseguiu diversas conquistas no campo das políticas e programas de saúde. Ademais, promoveu processos significativos de mudanças nos saberes e práticas dos profissionais que impactaram nos processos de trabalho. Contudo, apesar das conquistas apontadas, no plano institucional, a violência obstétrica, nos documentos oficiais, ainda é tratada de forma paradoxal, pois não há explicitamente a utilização do termo nos documentos oficiais. Mesmo assim, há um movimento contextual e discursivo que induz mudanças de práticas pelos profissionais, a partir do processo de reconhecimento da existência desse tipo de violência nos espaços de assistência e cuidado às pessoas grávidas.

Refletir ainda sobre as limitações do movimento pela humanização do parto e nascimento, desagua no seguinte questionamento: a não ocorrência da violência obstétrica resultaria na humanização do parto? Trata-se de uma pergunta complexa, que exigiria um denso estudo para possíveis respostas. Todavia, considero pertinente trazer à discussão alguns apontamentos acerca da humanização em saúde no contexto brasileiro, a partir de atores que se debruçaram em estudar o assunto.

Deslandes (2004), a partir da análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar, apresenta que, numa primeira aproximação, resgatar a humanidade do atendimento é ir contra a violência, já que esta significa a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade, portanto a humanização é entendida como oposição à violência.

Partindo-se dessa análise, é possível tentar construir uma “fórmula” que possa expressar a relação humanização e violência obstétrica? Humanização da gravidez, parto e puerpério = Não ocorrência violência obstétrica. Considero esse regime binário perigoso e não abarca a complexidade de ambos fenômenos. Como já discorremos aqui, a violência obstétrica é um fenômeno complexo, o que inexoravelmente exige uma análise a partir do pensamento complexo.

Pode-se dizer o mesmo da humanização, a começar pela plasticidade e polissemia que o termo assume no campo da saúde. Associa-se a isso, o espectro tão diverso de aplicação da humanização nos processos de intervenções na linha da qualidade e reformulação de propostas assistenciais, de acreditação hospitalar, de reorientação da formação e qualificação profissional (CAMPOS, 2003; DESLANDES, 2004; BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 2005; DESLANDES, 2005; BOSI; UCHIMURA, 2013).

Campos (2003) questionou-se sobre o que realmente é analisado quando se fala em humanização e conclui que, para não legitimar os processos de humanização com simples intervenções cosméticas, se faz necessário colocar nesses processos uma reflexão sobre o sentido das práticas, a conformação dos projetos e a reforma da clínica, a partir de produtos intersubjetivos, técnicos e políticos que operam sobre usuários e profissionais de saúde.

A reflexão sobre humanização no campo da saúde feita por Bosi e Uchimura (2013) volta-se para uma perspectiva ontológica. As autoras compreendem a importância de estabelecer um diálogo com outros pensadores sobre o que se concebe como humano e apontam que:

Humano se refere [...] ao plano de relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, aqui referidas ao campo da saúde e, mais especificamente, ao plano dos programas no setor, tendo como fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação (BOSI; UCHIMURA, 2013:99).

Seguindo esta esteira de pensamento, as autoras colocam como condição *sine qua non* para a humanização em saúde o acolhimento, a empatia e o diálogo. E salientam que o reconhecimento do plano dialógico como espaço de humanização das práticas refere-se ao resgate de demandas subjetivas, afetivas, no plano das singularidades, e também da admissão das demandas subjetivas adormecidas pela distância e alienação (BOSI; UCHIMURA, 2013).

Benevides e Passos (2005) também debatem a concepção de humano e formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde para tornar a humanização uma estratégia de interferência nas práticas, capaz de levar em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são aptos a transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Para isso, se faz necessário identificar e afastar o aspecto conceito-sintoma da

humanização. Os autores chamam de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. Trata-se de um modismo que padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sistemática, perdendo a característica de mudança das práticas, o caráter instituinte do movimento.

O afastamento do aspecto conceito-sintoma da humanização proposto por Benevides e Passos (2005) é capaz de identificar o que paralisa e também os elementos que insistem e não se esgotam, permitindo conhecer sua face positiva.

Colocar em análise o conceito-sintoma é permitir a retomada de um processo pelo qual se faz a crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o "bom humano", figura ideal que regularia as experiências concretas (BENEVIDES; PASSOS, 2005: 390).

A proposta é pensar a humanização a partir de um conceito-experiência, de fugir de uma concepção estática de incorporar a normatividade vital enquanto potência de criação de novas formas de vida, de considerar o humano em sua diversidade. Tal desidealização do homem é capaz de direcionar o necessário posicionamento dos sujeitos nas práticas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Além do desafio conceitual, Benevides e Passos (2005) impõem o desafio metodológico para que a humanização ganhe força necessária, enquanto política pública, capaz de orientar um processo de mudança que atenda às necessidades dos usuários e trabalhadores da saúde.

A Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar "o que fazer" com o "como fazer", o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Os termos postos aqui em contraste não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados, então, a inverter uma afirmação do senso comum de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para em seguida aplicá-los a uma realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005: 391).

Nesse sentido, transformar os modos de construir políticas públicas de saúde exige o afrontamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pelo especialismo que recai na humanização em determinadas áreas. A humanização no SUS, não pode ser entendida como somente mais um programa a ser implantado nos diversos serviços de saúde, mas como uma política que atue transversalmente em toda a rede de saúde, capaz de produzir uma tensão paradigmática entre a frieza da racionalidade administrativa-econômica ou mesmo do pragmatismo político com a preocupação em organizar-se em mundo para a humanidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005; CAMPOS, 2005).

Ao focalizar a questão no contexto da violência obstétrica, percebe-se que o movimento pela humanização da gravidez, parto e puerpério é proposto a partir de um conceito-

sintoma, incapaz de dialogar com as existências concretas e considerar o humano em sua diversidade normativa. Ao lado disso, ainda não temos a radicalidade necessária para afrontar o *modus operandi* fragmentado e fragmentador que permitiria compreender a humanização para além do estar grávida.

Corroboro com Bosi e Uchimura (2013) que sugerem um potente caminho de transformação do cenário da saúde atual a partir dos processos de formação de profissionais. Trata-se de reconhecer a humanização enquanto temática e prática transversal no processo de ensino-aprendizagem, no cotidiano da vida e trabalho. Enquanto a discussão sobre humanização for focalizada no processo formativo dos profissionais da saúde, seja pela indução ou sujeição normativa e legal, seja pela afinidade e aproximação dos sujeitos com a temática, estaremos aquém da existência concreta do humano, de lembramos permanentemente que precisamos uns dos outros, de solidariedade e de empatia. Acredito que essa perspectiva de humanização possa ser representada pela fórmula: humanização = não violência.

Reconhecendo que ainda não avançamos numa humanização da assistência capaz de significar a não violência obstétrica, considero relevante trazer uma síntese de conquistas de proteção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal a partir de conquistas jurídicas, políticas e sociais.

3.3.2 Conquistas jurídicas, políticas e sociais de proteção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, imputações e violência obstétrica

Os processos históricos de desigualdades entre homens e mulheres provocam, até os dias de hoje, impactos nas condições de saúde dessas últimas, que refletem na formulação das políticas públicas, consequentemente, nas políticas de saúde.

Marques (2020) coloca que o Brasil é subscritor de convenções internacionais importantes a favor dos direitos das mulheres, como a Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Civis à Mulher de 1948, Convenção sobre Direitos Políticos da Mulher de 1953, Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (Cerd) de 1966, Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 e a Convenção para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (Cedaw) de 1979, sendo esta última ratificada pelo Decreto Legislativo nº 93, de 14 de novembro de 1983, configurando um importante instrumento jurídico de proteção às mulheres no Brasil.

Com o processo de redemocratização do Brasil, a partir da metade dos anos de 1980 e que culminou na Carta Constitucional de 1988, é percebida a consonância da proposta da Cedaw com o inciso III do artigo 1º da Constituição Federal (CF) que trata do princípio da dignidade da pessoa humana como base para todo ordenamento jurídico brasileiro, e com o artigo 3º da CF que coloca dentre os objetivos da República Federativa do Brasil a erradicação das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem e sexo (MARQUES, 2020).

Como anteriormente apresentado, o contexto da Reforma sanitária e do movimento feminista foram fundamentais para o processo de elaboração de programas e políticas públicas de saúde voltadas às mulheres. O princípio da integralidade estabelecido na Reforma Sanitária e desencadeador da criação do SUS foi primeiramente utilizado, no sentido da integralidade da assistência à saúde, pelo Ministério da Saúde, em 1983, quando começava a ser elaborado o PAISM (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Para Costa (2009) é importante ressaltar que na esfera legislativa, entre outras iniciativas, a lei de regulamentação do planejamento familiar é aprovada, em 1996. Na esfera do executivo, normas relacionadas ao parto, pré-natal, violência e outras são editadas pelo Ministério da Saúde, que representou real avanços na operacionalização do PAISM pelo SUS. Todavia, apesar dos avanços nos planos legislativo e executivo, não houve impactos suficientes para estabelecer mudanças no padrão de queda da fecundidade no país, ou seja, não modificou a vida reprodutiva das mulheres brasileiras.

Nos anos 2000, demandas pela efetivação do SUS e a avaliação dos problemas e necessidades de saúde da mulher, foram retomadas na I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, em 2004. No âmbito da saúde, ocorre em 2003 a 12ª Conferência Nacional de Saúde que tinha como um dos subtemas Saúde e Gênero. Esses acontecimentos foram importantes para ampliar o debate acerca de políticas de saúde às mulheres, com a necessidade de considerar as mais diversas e específicas possibilidades de ser mulher na sociedade brasileira – negras, lésbicas, profissionais do sexo, indígenas e em situação de privação de liberdade. Atento ao cenário e discussões, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

No entanto, apesar dos reconhecidos esforços e conquistas de mulheres por políticas públicas de saúde mais próximas ao seu contexto de vida e saúde, como já mencionado, a

violência obstétrica era associada à violência institucional e abordada *en passant* em documentos oficiais do Ministério da Saúde.

O termo violência obstétrica, como conhecemos atualmente, é fruto de esforços da Argentina e Venezuela em definir e caracterizar, a partir da elaboração de lei, uma enorme afronta e violação aos direitos das mulheres, especificamente em situações da gravidez e parto. No Brasil, ainda não há uma lei nacional que garanta proteção às mulheres que sofrem violência obstétrica, há, no entanto, alguns projetos de lei tramitam no poder legislativo e alguns estados já aprovaram leis que tratam do tema.

Nosso país vizinho, Argentina, promove a partir de 2004 a Lei 25.929 que trata dos Direitos de pais e filhos durante o nascimento. A referida lei não tratava, ainda, de forma específica sobre a violência obstétrica, mas traçou caminhos significativos para que o país a aceitasse posteriormente.

Em 2009, na Argentina, ocorre a promulgação da Lei 26.485 – Lei de atenção integral às mulheres, que objetiva prevenir, sancionar e erradicar a violência contra às mulheres nos âmbitos das relações interpessoais. A referida lei reconheceu a violência obstétrica como um tipo de violência contra a mulher e a conceituou como sendo

aquela que é exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, por meio de um tratamento desumanizado, abuso de medicação e patologização dos processos naturais, conforme a Lei 25.929 (ARGENTINA, 2009, art.6º, tradução nossa).

Já nosso outro país vizinho, Venezuela, é o primeiro a legislar sobre a questão, de forma direta. A lei promulgada em abril de 2007, Lei 38.668 aborda o direito das mulheres a uma vida livre de violência e abarca a violência obstétrica de uma forma mais detalhada.

[...] a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa por meio de trato desumanizado, em um abuso de medicação e patologização dos processos naturais, causando perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007, Art. 15º, 13, tradução nossa).

A lei venezuelana abrange também as principais práticas violentas exercidas pelos profissionais de saúde; a possibilidade de formulação da queixa ser feita de maneira escrita ou verbal, com participação ou não de advogado; prevê multa para profissionais ou instituições que descumpram a lei, além de indenização para as vítimas ou herdeiros (VENEZUELA, 2007).

Ainda no cenário internacional, mas com foco nos países da América Latina, os estados de Veracruz e Chiapas no México, em 2008-2009 foram os primeiros a incluir a violência obstétrica em suas leis estaduais como forma específica de violência de gênero que afeta os direitos das mulheres.

Anos depois, a partir de 2015 e 2016, há uma nova onda de discussão sobre a importância de incluir na legislação a temática da violência obstétrica. Sesia (2020) coloca que durante o ano de 2018, Equador e Uruguai incluíram a violência obstétrica em seu marco legal, além de projetos de lei na Columbia, Costa Rica, Chile, Peru e México.

Voltando ao contexto nacional, após necessária digressão, temos a Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, como principal instrumento legal para restringir e punir a violência contra as mulheres no Brasil. A lei, torna crime a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece suas formas. Além disso, institui mecanismos de proteção à mulher, cria juizados com competência para julgar crimes e ações civis relacionadas à violência doméstica e obriga a assistência jurídica às vítimas. No entanto, a discussão acerca da violência obstétrica escapa do bojo da referida lei, ainda por ser um tema pouco conhecido no país, apesar da ocorrência do fenômeno nas vidas de mulheres grávidas.

Algumas leis, mesmo não tratando como objeto central a violência obstétrica, são consideradas importantes por reafirmar o compromisso com as melhores evidências científicas para assistência obstétrica. A Lei nº 10.778 de 2003 estabelece a notificação compulsória para casos de violência contra a mulher que for atendida nos estabelecimentos de saúde. A Lei nº 11.108 de 2005 obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Outro marco legal foi a promulgação da Lei nº 11.634 de 2007, ao assegurar que toda gestante ingressa no SUS têm o direito de conhecer e vincular-se previamente ao serviço de saúde, nos casos de intercorrências no período do pré-natal e à maternidade na qual será realizado seu parto.

Em 2012 instituiu-se a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CMPI) da Violência Contra as Mulheres que, após um ano e meio de trabalho, sinalizou a fragilidade das políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres e os obstáculos na implementação da Lei Maria da Penha.

Dentre os assuntos debatidos pela comissão, há o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio chamado Violência Obstétrica – “Parirás com Dor”. O documento apresenta um diagnóstico situacional da assistência ao parto no Brasil, a legislação no atendimento ao parto, o aborto na realidade da atenção obstétrica no país e trata da tipificação legal e caracterização da violência obstétrica (BRASIL, 2012).

O dossiê toma como base o conceito e a tipificação legal de violência obstétrica proposta pela lei venezuelana. Já a caracterização e o reconhecimento desse tipo de violência são construídos a partir da pesquisa de 2010 intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado” da Fundação Perseu Abramo/SESC e de pesquisas de dissertações e teses que trataram da temática a partir de uma perspectiva institucional. Ademais, o documento é composto por diversas imagens, recortes de matérias jornalísticas, propagandas de clínicas e hospitais que fetichizam o parto do tipo cesáreo, publicações em redes sociais como Facebook® e o videodocumentário “Violência Obstétrica – a voz das brasileiras”¹⁵.

A repercussão do dossiê, a divulgação do videodocumentário no Youtube® e as pesquisas científicas, até então desenvolvidas acerca da violência obstétrica, fizeram o fenômeno ultrapassar as barreiras da academia e de movimentos pela humanização do parto e de direitos das mulheres, adquirindo contornos de um fenômeno que demanda uma ampla discussão na sociedade.

Em 2013, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo cria uma campanha sobre violência obstétrica e elabora o *folder* “Violência Obstétrica: você sabe o que é?” com objetivo de apresentar a temática às mulheres que são assistidas pelo órgão público. O folheto traz a definição de violência obstétrica com base na lei da Venezuela, caracteriza violência obstétrica no contexto da gravidez, do parto e no atendimento em situações de aborto e indica caminhos para denunciar situações desse tipo de violência.

Para Marques (2020) movimentos sociais que atuam pelos direitos das mulheres e humanização do parto têm atuado junto ao Ministério Público e a Defensoria Pública para provocar a discussão acerca da violência obstétrica e para o monitoramento extrajudicial dos serviços de saúde, tensionando o olhar sobre o fenômeno de forma diferenciada aos demais

¹⁵ Videodocumentário popular produzido por Bianca Zorzam, Ligia Moreiras Sena, Ana Carolina Franzon, Kalu Brum e Armando Rapchan. Disponível em: <http://youtu.be/eg0uvonF25M>

erros e negligências de profissionais da saúde, e propagando informações à população sobre o tema, a partir de campanhas públicas.

Mesmo com a ampliação da discussão e reconhecimento da violência obstétrica pelas mulheres, não temos até o momento um marco legal que trata desse tipo de violência no âmbito da legislação federal. Há, no entanto, projetos de lei (PL) em tramitação no Congresso Nacional. Apresentamos um quadro sinóptico das PL desenvolvido a partir dos estudos de Jardim (2019) e Marques (2020).

Quadro 1 – Projetos de Lei sobre violência obstétrica

Projeto de Lei	Autoria	Ementa
PL 6888/2013	Antonio Bulhões (PRB/SP)	Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".
PL 7.633/2014	Jean Wyllys (PSOL/RJ)	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.
PL 2.589/2015	Pr. Marco Feliciano (PSC/SP)	Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.
PL 7.867/2017	Jô Moraes (PCdoB/MG)	Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.
PL 8.219/2017	Francisco Floriano (DEM/RJ)	Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.
PL 119/2019	Renata Abreu (PODE/SP)	Inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde na saúde integral da mulher.
PL 878/2019	Talíria Petrone (PSOL/RJ), Áurea Carolina (PSOL/MG), Fernanda Melchionna (PSOL/RS), Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outros	Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.

PL 3.635/2019	Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG), Filipe Barros (PSL/PR)	Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.
PL 2.693/2019	Lafayette de Andrada (PRB/MG)	Institui a Política Nacional de Atendimento à gestante.
PL 3.310/2019	Lauriete (PL/ES)	Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.

Fonte: JARDIM, 2019; MARQUES, 2020

Marques (2020) coloca que os projetos em tramitação, em sua maioria, propõem sobre a violência obstétrica em consonância com a sua caracterização pelos movimentos sociais, por grupos de profissionais que debatem o assunto e leis estaduais já promulgadas com esse objeto.

É possível observar que os projetos de lei apresentados representam o espectro político. Temos propostas de lei de partidos de esquerda, centro e direita, que evidenciam a mobilização política e social que a temática tem assumido nos últimos anos. Os projetos buscam garantir a liberdade e autonomia da mulher no processo de gravidez, trabalho de parto e puerpério e propõem alterações no processo de assistência durante o pré-natal e trabalho de parto que contemplam o binômio mãe-filho.

O único projeto que representa um discurso discordante dos demais projetos apresentados é o PL 3.635/2019 (42), que objetiva garantir o direito da mulher grávida a uma cesariana eletiva, mediante as condições de idade gestacional igual ou superior a 39 semanas e com a gestante sendo informada sobre os benefícios do parto vaginal e dos riscos do parto do tipo cesárea. Para Marques (2020), essa divergência demonstra que o Parlamento brasileiro possui bases para debater o tema e definir uma regulamentação no âmbito federal capaz de abranger a temática em conformidade com as normativas internacionais já corroboradas pelo Brasil a favor dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

No tocante à esfera estadual, quatro estados brasileiros elaboraram leis que caracterizam e delimitam a situação da violência obstétrica nos serviços atenção e assistência à saúde, são eles: Santa Catarina, com a Lei nº 17.097, de janeiro de 2017; Mato Grosso do Sul, com a Lei nº 5217, de 26 de junho de 2018; Pernambuco, com a Lei nº 16.499, de 06 de dezembro de 2018 e Minas Gerais, com a Lei 23.175, de 21 de dezembro de 2018 (MATO

GROSSO DO SUL, 2018; MINAS GERAIS, 2018; PERNAMBUCO, 2019; SANTA CATARINA, 2017).

As leis estaduais apresentam uma semelhança ao apresentar o conceito de violência obstétrica coligado aos tipos de natureza desse fenômeno. Os marcos legais associam a violência obstétrica a práticas de violência física, verbal, mental e sexual por profissionais da saúde que contrariam a autonomia e privacidade de mulheres no período da gravidez e puerpério.

Outro destaque nos textos é a caracterização dos atos ou práticas que podem ser enquadradas como violência obstétrica como realizar procedimentos desnecessários, iatrogênicos e não baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, não oferecer métodos para alívio da dor durante o processo de trabalho de parto e tratamento desrespeitoso. A lei promulgada pelo estado de Mato Grosso do Sul (2018) avança no sentido de compreender que o ato violento pode ser efetuado também pelo parceiro, acompanhante e familiar da mulher.

Ao analisar o arcabouço normativo é possível localizar avanços importantes para iluminar o fenômeno da violência obstétrica, afastá-lo da violência institucional e reconhecê-lo no cotidiano da vida das mulheres e homens trans que engravidam e parem. Discordo de Marques (2020) que coloca o Parlamento brasileiro já se encontra subsidiado para discussão e votação de uma normativa federal. Ainda estamos no caminho para propor uma legislação que possa conferir maior dignidade e respeito, reprimindo quaisquer atos de violência contra à mulher em suas distantes possibilidades de existir e ser.

Mostra-se crucial e urgente que uma proposta normativa que trate do fenômeno da violência possa ser amplamente divulgada e debatida pela sociedade brasileira, com capacidade de contemplar os diversos movimentos que lutam pelos direitos humanos, de dialogar com as recomendações internacionais que tratam a questão e de ser condizente com a complexidade do tema.

3.3.3 Violência Obstétrica: O que dizem as pesquisas de campo?

Esta seção terciária apresenta uma revisão narrativa sobre a violência obstétrica. Conforme Rother (2007) as revisões narrativas são produções científicas mais amplas, apropriadas para apresentar e debater o desenvolvimento de um determinado assunto. Este tipo de estudo não precisa se deter ao rigor metodológico das revisões sistemáticas, ao mesmo tempo, não se trata de uma produção textual desleixada e superficial. Exige do escritor uma

interpretação e análise crítica pessoal que preza pela qualidade textual, coerência teórica e compromisso ético-político com a pesquisa qualitativa.

A produção de um texto científico é fruto, também, da subjetividade do escritor, sendo este atravessado por suas experiências, crenças, ideologias e conhecimentos. Assim, a revisão narrativa presente neste estudo é pretendida diferenciar-se de artigos sobre violência obstétrica presente nas bases de dados indexadas. Como já mencionado, a inexistência do descritor “violência obstétrica” compromete a busca por textos sobre esse fenômeno nas bases de dados, porém não inviabiliza. Nos últimos três anos, a produção científica sobre a temática aumentou consideravelmente, provavelmente tenha relação a ampliação do debate da violência obstétrica na sociedade.

Para o desenvolvimento dessa revisão, optamos em selecionar somente pesquisas empíricas ou estudos originais. O intuito é ampliar a compreensão acerca do fenômeno da violência a partir de estudos que produziram informações com sujeitos em cenários diversos. As categorias construídas a partir do processo de análise foram: Medicalização do corpo e dos processos reprodutivos: gênese da violência obstétrica; violência obstétrica e violência institucional: duas faces da mesma moeda?; Violência Obstétrica: vítimas e materialização do fenômeno; Violência obstétrica a partir da perspectiva dos profissionais de saúde.

3.3.3.1 Medicalização do corpo e dos processos reprodutivos: gênese da violência obstétrica

Ramos (2013) coloca que a medicalização sucede sobre as formas tipicamente contemporâneas e ocidentais de compreender a medicina, o corpo e tratar o parto e nascimento. A medicalização do corpo das mulheres acontece dentro de um contexto maior de medicalização da vida privada, por meio de mecanismos de biopoder que objetivam o controle da população, disciplinização da força e higienização das relações e espaços sociais (CARVALHO, 2016).

O nascimento da clínica e biopoder de Foucault são presentes em estudos de Carmargo Cuevas (2009), Carvalho (2016), Ramos (2013), Sánchez (2014) e Wolf e Waldow (2008) que buscam associar a violência obstétrica a partir do processo de medicalização do corpo feminino e dos processos reprodutivos.

Para Wolf e Waldow (2008) a medicalização da sociedade é um mecanismo de saber-poder-fazer masculino, deslegitimando a arte de partejar que fora milenarmente

constituída como um saber-poder feminino, rico em saber populares, intuição e pela experiência vivida no cotidiano.

A medicalização da sociedade desumanizou as relações paciente-médico, além de medicalizar e patologizar os processos reprodutivos através da apropriação de seus corpos, sexualidade e capacidade reprodutiva (SANCHEZ, 2014). A patologização dos processos naturais de gestão e parto, juntamente com a medicalização do corpo feminino aconteceram ao longo do processo de construção simbólica do corpo feminino como essencialmente reprodutor, designando um lugar característico para as mulheres na sociedade (CARVALHO, 2016).

A violência obstétrica é um produto da medicalização do corpo feminino, da patologização dos processos naturais da gravidez e parto que são materializados numa assistência desumanizada, de práticas desnecessárias, além da supressão da liberdade e desejo da mulher em seu processo de gestação (CAMARGO CUEVAS, 2009; RAMOS, 2013).

3.3.3.2 Violência obstétrica e violência institucional: duas faces da mesma moeda?

Para os estudos de autores como D'Oliveira (1997); D'Oliveira, Diniz & Schraiber (2002); Wolff & Waldow (2008); Schraiber, D'Oliveira, Portella & Menicucci (2009); Aguiar, D'Oliveira (2011); Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013); Andrade (2014); Cleison & Ferreira (2014); Luz & Gico (2015); Sena & Tesser (2017) a violência obstétrica é uma violência institucional, que ocorre no *lôcus* hospitalar ou maternidade e que tem estreita associação com o processo de medicalização do corpo na sociedade contemporânea.

O cenário hospitalar se tornou foco prioritário para descrever e compreender a violência obstétrica, uma vez que temos 98% dos partos ocorrerem no hospital nos últimos cinco anos (2013-2018) (BRASIL, 2020).

Wolff e Waldow (2008) pesquisaram a violência de gênero cometida em instituições de saúde hospitalares por profissionais da área médica e enfermagem, com foco em mulheres em trabalho de parto e parto. Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013) realizaram algo próximo e a análise das informações revelou um contexto de banalização da violência institucional travestida de boa prática a partir do exercício de autoridade abusiva cometida por profissionais de saúde.

Já Ramos (2013) identifica a violência obstétrica estreitamente ligada à violência obstétrica, uma vez que os constrangimentos institucionais legitimam seu acontecimento, perpetuação e silenciamento. Para Wolff e Waldow (2008) a violência institucional praticada em mulheres em trabalho de parto e parto não permitem que as mesmas possam reclamar,

mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento; outras por aceitarem as atitudes dos profissionais como parte do fazer profissional e, portanto, supõem seja normal.

Carvalho (2016) a violência institucional em mulheres grávidas e em trabalho de parto surge de um ambiente que encara a gravidez como um evento patológico, que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando, portanto, uma assistência hospitalar que desloca a mulher da posição de sujeito a objeto do parto/procedimento.

No estudo de Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013) ressalta a invisibilidade da violência institucional obstétrica no cotidiano da assistência. O hospital é uma instituição que produz e legitima a passividade das mulheres no processo de assistência durante o trabalho de parto e parto, permitindo práticas profissionais discriminatórias e desrespeitosas.

No processo de construção desta revisão narrativa não observamos nenhuma pesquisa de campo sobre violência obstétrica que tenha a atenção básica ou ambulatório especializado como cenário institucional de investigação. Sendo assim, os estudos reconhecem o hospital como lugar privilegiado de reafirmação do modelo biomédico, da medicalização do corpo, do foco no indivíduo indiferenciado, do uso intensivo do aparato tecnológico e do predomínio de intervenções no corpo e na parte afetada, conseqüentemente, promissor para ocorrência do fenômeno da violência.

3.3.3.3 Vítimas da violência Obstétrica: percepção e conhecimento

As pesquisas de Figueroa-Palomino et al (2019) e Jojoa-Tobar et al (2019) evidenciam que 37,7% e 69%, respectivamente, das mulheres investigadas relataram algum tipo de violência obstétrica durante a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato realizado em maternidades e hospitais. O mesmo resultado encontrado no estudo de Salgado e Diniz (2015) e em Venturi e Godinho (2013), que apontam que um quarto das mulheres brasileiras sofrem algum tipo de violência na hora do parto.

O estudo de Teran et al. (2013) observou que a violência obstétrica era mais frequentemente percebida pelas adolescentes, uma em cada quatro usuárias conhece o termo violência obstétrica, e uma em cada cinco sabe onde fazer a denúncia.

Pesquisas desenvolvidas sobre a interface violência obstétrica e a questão da raça de Leal (2017); Oliveira (2018) e Lima et al (2019) sinalizam que as mulheres negras são mais vítimas de violência obstétrica no Brasil.

A combinação e sobreposição de sistemas opressivos, como o sexismo, racismo e a exploração capitalista, marca a trajetória de vida das mulheres negras conferindo a elas uma posição de ampla desvantagem social, inclusive no exercício da sua saúde reprodutiva e nos aspectos que envolvem os cuidados no parto (LIMA et al, 2019).

Para Leal (2017), as negras expostas a violência obstétrica, em sua maioria, não percebem a questão racial como marcador de violência, por não compreender a sua condição de mulher negra no ciclo. Essa afirmação não se restringe somente a mulheres negras. Rangel-Flores e Martinez-Ledezma (2017) investigaram a ausência de percepção de violência obstétrica em mulheres indígenas do centro norte do México e concluíram que é necessário educar as mulheres para identificar ações violentas e sensibilizá-las para que assumam seu importante papel como sujeitos do processo de assistência e cuidado. Os estudos de Jojoa-Tobar et al (2019) na Colômbia e Rodrigues et al (2017) no Brasil também chegaram à conclusão que a maioria das mulheres desconhece seus direitos e/ou naturaliza os atos de violência obstétrica.

A construção da percepção das mulheres vítimas de violência obstétrica está intimamente associada aos atos violentos sofridos pelas mesmas durante o processo de trabalho parto, parto e puerpério, como apontam os estudos de Wolff e Waldow (2008); Aguiar, D'Oliveira (2011); Silva (2014); Luz e Gico (2015); Carvalho (2016); Sena e Tesser (2016); Rangel-Flores e Martinez-Ledezma (2017); Rodrigues et al (2017); Guimarães et al (2018); Estrela, Amorim e Moser (2019); Figueroa-Palomino et al (2019) e Jojoa-Tobar et al (2019).

A pesquisa desenvolvida por Rangel-Flores e Martinez-Ledezma (2017) apresenta que as mulheres reconhecem apenas o abuso verbal como violência obstétrica, enquanto procedimentos excessivos são considerados necessários, inevitáveis e até desejáveis, exceto o toque vaginal. No estudo de Teran et al (2013) os mais frequentes atos violentos identificados pelas mulheres em trabalho de parto estavam relacionados aos múltiplos toques vaginais (37,2%) e administração de ocitocina (31,3%).

A violência física praticada por profissionais de saúde, através de procedimentos desnecessários, no processo de trabalho de parto, parto e puerpério também foi encontrada na pesquisa realizada por Rodrigues et al (2017), que identificou que 86,7% das mulheres que participaram do estudo foram submetidas a manobra de Valsalva, 63,8% fez uso de desnecessário de soroterapia e 52,2% das mulheres relataram exames de toque excessivos e realizados por profissionais diferentes. Além de não oferta de alimentação (77,3%) e ingesta hídrica (70,8%) para essas mulheres.

Atos de violência psicológica e moral foram identificados como violência obstétrica nos estudos de Figueroa-Palomino et al (2019), em que 37,8% das mulheres foram impossibilitadas de expressar medos ou preocupações, 28,9% receberam apelidos ou

diminutivos e 22,2% das mulheres foram vítimas de comentários irônicos, desqualificantes, piadas. O estudo de Jojoa-Tobar et al (2019) apresenta que a violência psicológica foi percebida como falta de informação e autonomia na tomada de decisão no processo de cuidar, maus-tratos e impedimento às gestantes de expressar suas emoções e sentimentos. Resultados convergentes foram encontrados também na investigação de Aguiar, D'Oliveira & Schraiber (2013).

No tocante à violência obstétrica no contexto de violência institucional, foi encontrada nos estudos de Wolff e Waldow (2008), que as parturientes evidenciaram o não cuidado e a desumanização da assistência no ambiente do cenário hospitalar investigado. A pesquisa de Silva et al (2019) mostra que as mulheres se sentiram violentadas pela lotação dos locais de assistência ao parto, no processo de transferência e transporte para retornar para suas casas, na desatenção da equipe de profissionais responsáveis pela assistência, na falta de privacidade e no impedimento do acompanhante.

O estudo de Rodrigues et al (2017) refere que a exigência do acompanhante ser do sexo feminino (66,3%) e não esclarecimentos sobre os procedimentos aos quais as mulheres foram submetidas (62,8%) foram identificados como violência obstétrica. Os resultados da investigação de Salgado e Diniz (2015) trouxeram que a maioria das mulheres não puderam contar com um acompanhante de sua escolha no pós-parto imediato, embora no Brasil esse direito seja garantido por lei. Muitas relataram estar sob efeito de medicação para sedação no primeiro contato com o recém-nascido.

As percepções e conhecimentos de vítimas da violência obstétrica ressaltam a complexidade do fenômeno e fomentam a necessidade de promover mudanças nos processos de formação de recursos humanos, de gestão de serviços e sistema de saúde que possam reconhecer as especificidades e nuances desse tipo de violência, integrando a perspectiva de gênero, direitos humanos e integralidade da assistência no processo de trabalho. Dessa forma, permitirá atuar efetivamente na lógica da humanização do cuidado e da qualidade da assistência à saúde de mulheres grávidas e puérperas.

3.3.3.4 Violência obstétrica a partir da perspectiva dos profissionais de saúde

O fenômeno da violência obstétrica também é investigado a partir da perspectiva dos profissionais de saúde, conforme apontam os estudos de Camacaro Cuevas (2009); Faneite, Feo e Toro Merlo (2012); Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013); Ramos (2013); Silva et al (2014); Tesser et al (2015); Oliveira e Penna (2017); Backes et al. (2019); Menezes et al (2019) e Sens e Stamm (2019).

Os estudos de Camacaro Cuevas (2009) e Faneite, Feo e Toro Merlo (2012) debatem junto aos profissionais de saúde a questão da violência obstétrica, com a utilização do termo, de maneira inaugural, uma que vez que essas pesquisas foram desenvolvidas na Venezuela, país que primeiro utilizou o termo violência obstétrica em sua comunidade profissional, acadêmica e também normativa. Para os profissionais que participaram do estudo de Camacaro Cuevas (2009), a medicalização percorre desde o episódio de dar à luz até o momento da morte e que a assistência obstétrica na contemporaneidade reduz a possibilidade de as mulheres se defenderem, dependendo, portanto, de uma intervenção médica técnica para enfrentar sua vida sexual, reprodutiva e psíquica.

A pesquisa de Faneite, Feo e Toro Merlo (2012) objetivou conhecer o grau de conhecimento da violência obstétrica e suas implicações legais pelos profissionais da saúde. Na ocasião do estudo, os resultados mostraram que 87% dos pesquisados não sabiam da existência de uma lei que protege as mulheres grávidas e que o termo violência obstétrica acabou sendo conhecido pelos entrevistados durante a pesquisa, não pela existência da lei específica que a define.

Estudos desenvolvidos no Brasil, como o de Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) revelam que os profissionais reconhecem a existência de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres grávidas, parturientes e puérperas, contudo as práticas não foram percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim um exercício de autoridade em um contexto “difícil”.

Na pesquisa desenvolvida por Ramos (2013) há o reconhecimento da violência institucional obstétrica por parte dos profissionais da equipe de saúde que integram a assistência a mulher gestante. As enfermeiras das Casas de Parto investigadas no estudo colocaram a importância de ressignificar a figura da parteira, promovendo uma ideia de organização do “ser feminino”, em contraposição à prática médica interventiva.

O estudo de Silva et al (2014) revelou, a partir das falas das enfermeiras obstetras, inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho, havendo diferenças entre os dois tipos de assistência ao parto: a obstetrícia baseada em evidências e o modelo tradicional, sendo esta última produtora de procedimentos iatrogênicos realizados por profissionais de saúde, somado ao despreparo institucional com ambientes desestruturados para promover uma assistência humanizada e de qualidade às gestantes e puérperas.

Os resultados da pesquisa de Oliveira e Penna (2017) apresentam aspectos interessantes ao evidenciar a indignação de profissionais da saúde com relação à utilização do

termo violência obstétrica. Para os entrevistados “hoje tudo é violência obstétrica”, mostrando a negação da existência desse fenômeno na relação paciente-profissional. Outro resultado que merece destaque é a relação de poder desigual na equipe de saúde. As enfermeiras entrevistadas relataram a dificuldade em garantir os direitos das parturientes na cena do parto e que “não têm voz” na presença de situações de violência obstétrica.

Sens e Stamm (2019) trouxeram elementos novos na discussão da violência obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. Todos os entrevistados do estudo entenderam que são também vítimas de violência durante seu exercício profissional, seja em relação à estrutura institucional e precarização do trabalho, seja enquanto “vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito por parte de usuários ou, ainda, na discordância em relação à conduta e seu desfecho, com possibilidade de ocorrer judicialização da situação para resolver a crise na relação estabelecida.

Os médicos entrevistados na referida pesquisa acreditam que toda mulher tem o direito de escolha, mas, quando há divergência de opinião, a autoridade médica deve ser respeitada, tendo como fundamento seu saber-poder para o bom desfecho do binômio mãe-filho. E apontam como estratégias de prevenção da violência obstétrica ações de educação e informação para profissionais e usuários, como, também a adequação da estrutura física, ambiência e responsabilização de outros sujeitos envolvidos na assistência.

A pesquisa desenvolvida por Menezes et al (2019) tentou compreender a percepção de residentes em enfermagem obstétrica e os resultados encontrados pelo estudo apontaram que os residentes reconhecem a prática da violência obstétrica no processo de formação e suas repercussões para a mulher. Além disso, os residentes percebem o excesso de procedimentos desnecessários para fins didáticos. As intervenções sem justificativa clínica como exames vaginais repetitivos, episiotomia, fórceps sem indicação, somente com finalidade didática, porém que recaem sobre o corpo da mulher causando dor, dano físico e psicológico. Por fim, o estudo evidenciou aspectos inadequados que acontecem nas instituições de saúde, preconceito de gênero, raça e/ou etnia e classe socioeconômica.

Já o estudo de Backes et al. (2019) apresenta o (re)conhecimento da multidimensionalidade da violência obstétrica a partir das entrevistas com os profissionais e gestores de saúde, a centralidade do cuidado em saúde continua nos profissionais e não nos usuários, a formação dos profissionais médicos, ainda de forma hegemônica baseada no modelo intervencionista, contribui para perpetuar a violência obstétrica e finaliza apontando a importância de empoderar a mulher desde o pré-natal para que tenha noção dos seus direitos e

também promover um diálogo com a sociedade para educar os homens, com intuito de construir uma sociedade menos machista e patriarcal.

CAPÍTULO 4 – TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

O objetivo deste estudo, como já antecipado, foi compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir de experiências de gravidez e parto de mulheres de uma capital do Nordeste do Brasil. Para isso, adotamos o enfoque qualitativo de pesquisa social em saúde. Neste tópico, apresento uma visão geral sobre a pesquisa qualitativa em saúde, com vistas a fundamentá-la, para, em seguida, delinear elementos centrais ao processo investigativo e apresentar ferramentas e estratégias que foram utilizadas no estudo. Posteriormente, discorro sobre minha proposta de produção de material empírico, cenário de investigação, sujeitos da pesquisa, processo de produção de dados, organização e análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Pesquisa Qualitativa em Saúde: preâmbulo

Antes de entrarmos na questão da pesquisa qualitativa, considero relevante levantar que o binômio “saúde-doença” há muito é tema de valor para disciplinas de ciências sociais e humanas, como antropologia, história, sociologia. Promover, manter e lidar com problemas ou a falta de saúde são desafios universais, e que fizeram com que os profissionais de saúde desenvolvessem ao longo da história, a integração da prática profissional e pesquisa em ciências sociais com vistas a compreender a saúde humana. Portanto, a pesquisa em saúde

abrange qualquer estudo que aborda entendimentos da saúde humana, comportamento de saúde ou serviços de saúde, qualquer que seja o campo disciplinar (GREEN e THOROGOOD, 2004).

Já o que se entende por pesquisa qualitativa talvez seja mais polêmico e discutível. Ainda que a pesquisa qualitativa tenda a utilizar dados de linguagem ou material discursivo e mesmo dados numéricos de pesquisa quantitativa, por exemplo, nem sempre é esse o caso. Green e Thorogood (2004) colocam que muitos estudos qualitativos utilizam contagens de frequência simples, enquanto os dados de linguagem podem ser usados em estudos quantitativos. Embora a pesquisa qualitativa tenda a ter tamanhos amostrais menores, certamente não se segue que qualquer estudo com uma pequena amostra seja um estudo qualitativo. Portanto, o argumento sobre a utilização da expressão numérica como essencial para diferenciar a pesquisa qualitativa da quantitativa cai por terra.

Para Green e Thorogood (2004), a maneira mais básica de caracterizar a pesquisa qualitativa é que essas investigações geralmente buscam respostas a perguntas sobre "o que", "como" ou "por que" de um fenômeno, em vez de perguntas sobre "quantos" ou "quanto". Corroborando o que Tesch (1995) e Mercado-Martinez e Bosi (2007) caracterizam como pesquisa de natureza voltando-se à compreensão e vinculando-se, de uma forma ou de outra, ao paradigma interpretativo (Malterud, 2016) trata-se de um imperativo ontológico. Desse modo, os objetos de investigação da pesquisa qualitativa não admitem respostas numéricas em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequências de distribuição (MERCADO-MARTINEZ E BOSI, 2007)

Devemos considerar ainda, no complexo entendimento da pesquisa qualitativa, as inúmeras definições de qualidade. Uchimura e Bosi (2002) defendem que o conceito de qualidade apresenta uma "tensão semântica", decorrente das multidimensionalidades intrínseca e extrínseca inerentes ao conceito, revelando uma polissemia que, por vezes, gera mal entendidos e equívocos metodológicos (UCHIMURA E BOSI, 2002).

A pesquisa qualitativa constitui um campo de investigação atravessado, alimentado e influenciado por disciplinas, áreas e objetos de estudo diversos. Uma complexa e interconectada família de conceitos, termos, métodos, técnicas e pressupostos que margeiam o enfoque qualitativo, efeito de diversas teorias e tradições do campo investigativo social (DENZIN e LINCOLN, 2012; GREEN e THOROGOOD, 2004).

A pesquisa qualitativa em saúde, em geral, visa, então, responder às perguntas "o quê", "como" ou "por que" sobre os aspectos sociais da saúde, doença e assistência médica.

Embora a contribuição da pesquisa qualitativa para a nossa compreensão de atividades como comportamento de saúde e provisão de saúde seja imprescindível e cada vez mais presente no campo da saúde, os pesquisadores qualitativos ainda enfrentam problemas de legitimidade e outros, devido à hegemonia do enfoque qualitativo no campo da saúde (BOSI, 2012). Ainda assim, é fácil constatar a impossibilidade de acessar certas dimensões sem o uso do enfoque qualitativo em suas várias tradições.

Dessa forma, a intencionalidade deste estudo, de dimensão social, é que possa apresentar uma face compreensiva e interpretativa sobre o fenômeno da violência obstétrica, numa perspectiva que possa apresentar aos leitores a interface entre minha visão de mundo – a partir do escopo teórico; e que falarei mais adiante, assim como os detalhes de execução em termos de métodos e técnicas utilizados para realizar esta pesquisa.

Ainda assim, acredito que a face compreensivo-explicativa nasce de um processo ontológico do *dever* e, portanto, não se trata somente de uma escolha epistemológica e metodológica para esse estudo.

A escolha da vertente qualitativa não nasce somente de uma “onda” acerca das pesquisas que utilizam essa abordagem para a produção de evidências para as reformas no setor saúde brasileiro e também de outros países como coloca Bosi (2012). Mas sim, de entender e acreditar que as mudanças no setor saúde, em especial no SUS, precisam ser balizadas em conhecimentos acerca da interface fenômenos sociais e políticas públicas. Para tal, se faz necessário, como coloca Bosi (2012:2), o “investimento na investigação do humano” e a pesquisa qualitativa é aquela capaz de devolver a subjetividade e, portanto, recolocar os sujeitos nos processos. De modo a fundamentar a tradição a que me afilio, apresento na sequência alguns elementos, entendendo que o enfoque qualitativo rigoroso deve reconhecer seu solo epistemológico.

4.2 Apontamentos epistemológicos: Fenomenologia-Hermenêutica

*“O mundo em si não tem sentido sem o nosso olhar que lhe atribui identidade, sem o
nosso pensamento que lhe confere alguma ordem.*

*Viver, como talvez morrer, é recriar-se: a vida não está aí apenas para ser suportada
nem vivida, mas elaborada”*

Lya Luft – Pensar é transgredir

O trecho acima em destaque do texto de Lya Luft me possibilita iniciar um diálogo acerca da fenomenologia hermenêutica. Esta seção tem a intenção de apresentar o solo epistemológico que sustenta este estudo. Considero essencial colocar em relevo contribuições de autores seminais para a tradição qualitativa no campo da saúde.

É no mínimo intrigante, que Merleau-Ponty, no prefácio de *Fenomenologia da Percepção*, indague sobre o que é a fenomenologia após cinquenta anos dos primeiros trabalhos de Husserl, que iniciou a filosofia fenomenológica. Merleau-Ponty responde a própria indagação de maneira rápida, afagando os sedentos leitores de sua obra. O autor ao falar sobre fenomenologia coloca:

A fenomenologia é o estudo das essências, e todos os problemas, segundo ela, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas a fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência, e não pensa que se compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua “factualidade”. É uma filosofia do transcendental que coloca em suspenso, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, mas é também uma filosofia para a qual o mundo já está sempre “ali”, antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço todo consiste em reencontrar este contato ingênuo com o mundo, para dar-lhe enfim um estatuto filosófico. É a ambição de uma filosofia que seja uma “ciência exata”, mas é também um relato do espaço, do tempo, do mundo “vividis” (MERLEAU-PONTY, 2011:1).

Para Merleau-Ponty a fenomenologia sustenta um método fenomenológico. O autor resgata e questiona a redução fenomenológica de Husserl, distanciando-se deste, para desenvolver seu pensamento sobre a fenomenologia. A crítica ao idealismo de Husserl, o papel da ambiguidade, a impossibilidade da redução completa, entre outros grandes temas, singulariza a fenomenologia de Merleau-Ponty (CHAUI, 1984; PERIUS, 2012).

Todo o mal-entendido de Husserl com seus intérpretes, com seus “dissidentes” existenciais e, finalmente, consigo mesmo provém do fato de que, justamente para ver o mundo e apreendê-lo como paradoxo, é preciso romper nossa familiaridade com ele, e porque essa ruptura só pode ensinar-nos o brotamento imotivado do mundo. O maior ensinamento da redução é a impossibilidade de uma redução completa (MERLEAU-PONTY, 2011:10).

A redução fenomenológica proposta por Merleau-Ponty (2003) busca no próprio mundo o segredo de nosso vínculo perceptivo. Essa reflexão questiona o mundo, entra na selva fechada de referências que nossos questionamentos e reflexões despertam nele, o faz dizer, finalmente, o que em seu silêncio isso significa dizer.

A questão da redução fenomenológica, fundamental na fenomenologia, é objeto de outros filósofos como Heidegger, ao reformular o projeto fenomenológico, propondo dimensão existencial e hermenêutica, e enfatizando novamente a incorporação do contexto histórico-cultural do filósofo (FINLAY, 2008). O objetivo da fenomenologia hermenêutica é possibilitar

autoesclarecimento do ser-aí e do seu ser-no-mundo mediante suas relações e possibilidades. Assim, a hermenêutica proposta por Heidegger e pós Heidegger deve ser considerada herdeira e subversora da fenomenologia de Husserl (MELO e BOSI, 2020).

Enquanto a redução fenomenológica de Husserl (ainda que em suas primeiras formulações) consiste em gerenciar pré-entendimentos, colocá-los em suspensão, abstenção (entre parênteses), Heidegger, Gadamer e Merleau-Ponty, seguem a perspectiva de que não podemos escapar da nossa historicidade, da nossa presença no mundo, de estender o escopo de pressupostos para incluir pré-entendimentos e sugerem a possibilidade de explorar seus significados, conteúdos e impactos (FINLAY, 2008).

Nesse sentido, esta pesquisa tem como solo epistêmico a fenomenologia hermenêutica. Busquei compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir das experiências de gravidez e parto de mulheres. Reconhecemos o desafio de incorporar o contraditório, de suspender ou afastar minhas inclinações científicas. Tentamos estar “abertos a” e “conscientes de” durante o processo de produção das informações da pesquisa. Tratou-se de uma permanente vigilância para nos aproximarmos da essência do fenômeno.

Melo e Bosi (2020) evidenciam que o Campo da Saúde Coletivo, ao qual esse trabalho repousa, perpetua e promove a separação da fenomenologia e da hermenêutica. Para as autoras, devemos reconhecer que existem fenomenologias, no plural e que a gênese da hermenêutica esta alicerçada em conceitos e pressupostos fenomenológicos. “Assim, pensar a hermenêutica é compreender o lugar de sua fundação - a fenomenologia - e a condição de pensamento crítico de sua própria instauração.” (MELO e BOSI, 2020: 89).

Para Alves et al. (1999), em uma perspectiva fenomenológica, a experiência não se reduz ao modelo dicotômico, de contraposição sujeito e objeto, que fundamenta diversas teorias sociais. Os autores colocam que tal modelo expressa somente uma modalidade de experiência – a forjada pela atitude reflexiva. Contudo, o fundamento e a possibilidade mesma desta atitude são dados por outro tipo de experiência, pré-reflexiva ou pré-objetiva. Este tipo de experiência significa dizer que o mundo se apresenta para nós, em primeiro plano, como esfera de ação ou prática, antes de se apresentar como um objeto de conhecimento. Vai além disso, significa dizer que o domínio da prática se define fundamentalmente por um engajamento ou imersão na situação. Portanto, a situação da ação é um campo de instrumento que usamos, e não um espaço neutro de objetos que devemos primeiro conhecer para posteriormente instrumentalizar a nosso serviço.

Os autores continuam o pensamento colocando que

Falar de uma vivência pré-reflexiva não significa, portanto, empreender a busca de um fundamento pré-cultural ou pré-social da experiência mas, ao contrário, inquirir sobre os modos como os sujeitos trazem consigo o social e cultural, enquanto fundo não representado de seus projetos, ações, sentimentos. Explorando as implicações desta ideia para a antropologia médica (ALVES et al., 1999:14)

O corpo recebe destaque na ideia de experiência, pois essa ideia enquanto modo de estar no mundo, remete diretamente ao corpo, como eixo de nossa inserção no mundo. É o corpo que fornece a perspectiva pela qual nos colocamos no espaço e manipulamos os objetos. É por ter ou ser um corpo que estamos situados, que somos inexoravelmente seres em situação. Assim, o corpo é dimensão do nosso próprio ser, o *locus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida. (ALVES et al., 1999)

Por fim, ao fazer ciência com uma abordagem centrada na experiência, nos permite reconhecer camadas e elementos dos fenômenos investigados que escapam tanto aos estudos desenvolvidos na racionalidade biomédica, quanto aos trabalhos das ciências humanas e sociais tradicionais. Ao mesmo tempo, se faz necessário posicionar o conceito de significado, essencial em todos os estudos de experiência. Devemos reconhecer que os significados não competem a um plano etéreo de puras ideias, é reconhecer que eles se atrelam às situações em que são criados, ou antes, em que são usados e, que, portanto, são fundamentalmente situações de diálogo com outros. (ALVES et al., 1999)

Ao pôr em discussão a compreensão da experiência, fazemos uma conjugação da fenomenologia com a hermenêutica. No dicionário de filosofia, o termo hermenêutica designa “qualquer técnica de interpretação” (ABBAGNANO, 2007). Para Ayres (2005) hermenêutica tem sua etimologia ligada ao deus grego Hermes, que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais. O mesmo autor propõe em seu artigo “Hermenêutica e humanização das práticas de saúde” sistematizar alguns elementos conceituais para a hermenêutica na saúde. Apresenta a Filosofia da hermenêutica como uma terceira via de ampliação da hermenêutica, e que conduz às suas características contemporâneas. A hermenêutica filosófica congrega uma série de princípios, conceitos e procedimentos, rompendo a inspiração objetivista. Para Gadamer, principal teórico da hermenêutica filosófica, a hermenêutica não se reduz a uma metodologia, mas implica uma atitude filosófica, uma compreensão que conforma e sustenta procedimentos cognitivos de modo geral (AYRES, 2005).

A diligência hermenêutica incide em apontar o que queremos dizer quando falamos uns com os outros e o que gostaríamos de mostrar ao outro, um exercício dialético em aprender

por nós mesmos quando falamos uns com os outros. Para Gadamer, na hermenêutica, ler é interpretação, olhar é interpretação, pensar é interpretação, tocar é interpretação, sentir é interpretação, portanto são elementos do entendimento humano sobre e no mundo (GADAMER, 2007).

Para Araújo et al (2012) é central na elaboração do pensamento hermenêutico de Gadamer a noção de compreender, não se trata de um comportamento de objetivação frente ao objeto dado, e sim de uma atitude epistemológica. Na filosofia hermenêutica, o dado assume outra definição, Gadamer (2007) afirma que somente quem não responde àquilo que se pode medir e se abre para essa pergunta saberá o que é a filosofia hermenêutica.

Há duas vertentes hermenêuticas, a hermenêutica crítica e a hermenêutica filosófica, que não são projetos totalmente antagônicos, pelo contrário, compartilham traços fundamentais como o círculo de compreensão, a reflexividade, a conexão entre interpretação e intérprete, embora discordem na maneira como olham as vocações e meios da hermenêutica nos processos concretos de conhecimento. “Em suma, a mais marcante contribuição de ambas [...], é seu compromisso com o resgate crítico do caráter histórico e social de qualquer conhecimento, inclusive o tecnocientífico.” (AYRES, 2005: 556).

A diligência hermenêutica incide em apontar o que queremos dizer quando falamos uns com os outros e o que gostaríamos de mostrar ao outro, um exercício dialético em aprender por nós mesmos quando falamos uns com os outros. Para Gadamer, na hermenêutica, ler é interpretação, olhar é interpretação, pensar é interpretação, tocar é interpretação, sentir é interpretação, portanto são elementos do entendimento humano sobre e no mundo (GADAMER, 2007).

Os apontamentos propostos pelos autores mencionados contribuem sobremaneira em minha construção e inspiram o caminho fenomenológico-hermenêutico trilhado que retira dessas contribuições seus fundamentos.

4.3 Rigor científico e a busca por qualidade

O rigor científico ainda é um elemento de considerável tensão entre pesquisas que utilizam abordagens qualitativas e pesquisas que utilizam abordagens quantitativas. Comumente os pesquisadores qualitativos são indagados por pesquisadores quantitativos sobre o rigor científico e a qualidade de seus estudos e pesquisas. Não entrarei na questão do uso do termo “qualidade”, pois considero as contribuições de Uchimura e Bosi (2012)

consideravelmente convincentes para compreender a complexidade da aplicabilidade desse termo nas pesquisas científicas.

Contudo pondero pertinente trazer à discussão a necessidade de rescindir com a perspectiva de rigor e qualidade das pesquisas quantitativas que hegemonicamente buscam, de maneira equivocada, enquadrar e avaliar a pesquisa qualitativa. Para Ballinger (2006) *apud* Finlay (2006) os pesquisadores qualitativos precisam justificar suas pesquisas, caso contrário, os acadêmicos da abordagem quantitativa consideram a pesquisa qualitativa como uma mera afirmação subjetiva apoiada por método não científico.

Mandal (2018) aponta a importância de pesquisadores qualitativos desenvolverem critérios para avaliação e confirmação da validade e confiabilidade de suas pesquisas. Para tal, se faz necessário reconhecer que a avaliação e critérios de rigor e qualidade da pesquisa qualitativa diferem dos critérios utilizados pelos estudos do escopo positivista. Caso contrário, pode ser difícil convencer públicos céticos, órgãos de fomento e comitês éticos em pesquisa.

Os critérios gerais utilizados para avaliação de pesquisas quantitativas são confiabilidade, validade e generalização. Esses conceitos equipam uma estrutura básica para a realização e avaliação de pesquisas quantitativas tradicionais. A confiabilidade refere-se à proporção de variação atribuível ao escore verdadeiro da variável latente. Está mais preocupada com a consistência dos meios de coleta. Para as pesquisas qualitativas esse critério é irrelevante. A pesquisa qualitativa não busca consistência no sentido positivista e, por conseguinte, não visa alcançar consistência. Pesquisas qualitativas visam produzir e analisar as respostas de um participante em dado contexto e circunstância sócio-histórica. Também pressupõe e reconhece que os contextos não são passíveis de replicação, dado que são fenômenos humanos, inseridos em certo tempo-espaço históricos. Um mesmo pesquisador, ou outro pesquisador, entrevistando o mesmo sujeito em contextos e situações diferentes não produzirão os mesmos resultados da pesquisa anterior.

Já o critério de validade no enfoque tradicional, positivista, refere-se ao grau em que a pesquisa realmente mede o que é suposto medir e nada mais. Para Bauer e Graskell (2002) a validade é o quanto o instrumento capta o que ele deveria mensurar. A validade traz a ideia de propósito: não é um teste que é válido, mas a interpretação dos dados que surge de um procedimento especificado. Este critério implica que o fenômeno pesquisado seja invariante em um sentido indiscutível e objetivo. Em pesquisas qualitativas não é possível pensar a validade a partir da lógica da pesquisa quantitativa. Os resultados produzidos com a análise de uma entrevista podem diferir substancialmente dos resultados produzidos consoantes o intérprete.

A investigação qualitativa pressupõe subjetividade, intersubjetividade e interpretações produzidas a partir dos sujeitos pelos pesquisadores. Assim, abre-se um campo ilimitado de possíveis interpretações. Um mesmo pesquisador, inclusive, pode retornar ao *corpus* dos resultados da pesquisa e construir uma análise totalmente diferente da anterior, se a interpretação assumir outra intencionalidade. Esse processo não anula a análise anterior, a torna somente diferente e não compromete seu rigor, desde que guiada pela reflexividade, operação epistemológica crucial para a tradição qualitativa.

Outro critério amplamente utilizado pelas pesquisas quantitativas é a generalização, que indica se as descobertas de uma amostra específica podem ser extrapoladas para a população em geral. Os pesquisadores qualitativos não objetivam extrapolar os achados de uma amostra específica para uma população. Contudo, investigadores qualitativos estão empenhados em compreender como os resultados de uma pesquisa podem ser transferidos para outras situações e contextos. De maneira geral, os pesquisadores qualitativos estão mais comprometidos com a profundidade e riqueza das informações, e não na generalização dos dados (MANDAL, 2018).

Diversos autores têm contribuído sobre a discussão dos critérios de rigor e qualidade nas pesquisas qualitativas. Nesse âmbito, destaco Patias e Hohendorff (2019); Mandal (2018); Ollaik e Ziller (2012); Kitto et al (2008); Gunther (2006); Finlay (2006); Whittemore, Chase e Mandle (2001), Lincoln e Guba (1985; 1988). Embora pouco usual em teses ou pesquisas quando relatadas, proponho apresentar, com base nos autores citados, alguns critérios de rigor e qualidade adotados nesta pesquisa: coerência teórica; contextualização; clareza e transparência na descrição do percurso, das escolhas e análises; reflexividade e posicionalidade e limitações do pesquisador e do estudo. Além desses critérios, há a transferabilidade que considero mais um elemento de rigor científico e qualidade nas pesquisas qualitativas.

4.3.1 Coerência teórica

A coerência do referencial teórico-conceitual é um dos primeiros elementos que confere rigor e qualidade às pesquisas qualitativas. Usualmente, no processo de elaboração de uma pesquisa, nós pesquisadores, nos valem de diversos autores de filiações teóricas distintas, o que pode tornar a pesquisa imprecisa ou até mesmo incoerente. Nesse sentido, as aproximações e os distanciamentos serão justificados e explicados constantemente para manter a coerência da investigação.

Mesmo abraçando um escopo teórico mais característico, considero relevante apresentar os principais conceitos e termos que sustentam essa investigação e os autores que os balizam. Em seções anteriores, busquei construir um percurso teórico que possibilitasse desenvolver lentes capazes de focalizar o fenômeno da violência por diferentes perspectivas. Ao tempo que busquei me posicionar para deixar claro ao leitor/crítico desse estudo, minhas posições, preferências e autores com que dialoguei durante o percurso da pesquisa. Com relação a isso Mandal coloca que:

“Um conjunto de conceitos bem desenvolvidos, relacionados as declarações precisam emergir. Eles juntos constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos. Isso é chamado de *integração da teoria*. As relações entre as unidades de análise e o grau em que eles podem ser integrados ou transferidos precisa ser discutida” (MANDAL, 2018: 593 – tradução livre).

4.3.2 Contextualização

Outro importante elemento de rigor e qualidade da pesquisa qualitativa é a contextualização. Para Finlay (2006) embora a validação pelos sujeitos da pesquisa seja necessária, é importante que o pesquisador descreva o contexto da pesquisa, as relações de poder e as reações dos participantes. Ou seja, explicar quaisquer diferenças entre as interpretações do pesquisador e dos participantes.

Nessa pesquisa, que pretendeu abordar o fenômeno da violência obstétrica a partir das experiências de mulheres, eu, homem, branco, classe média, pertencente a um restrito grupo de formação e educação conduzi as entrevistas. Dessa forma, podemos pensar nos possíveis atravessamentos que ocorreram no processo de realização das entrevistas. Busquei estar atento a qualquer elemento que pudesse ser considerado relevante para compreender o(s) porquê(s) de certas respostas das participantes da pesquisa e incorporei essas “observações” na análise e discussão do estudo.

Também considerei relevante apresentar que o processo de produção das informações ocorreu a partir de entrevistas que foram gravados áudio e imagem, somente após o consentimento da participante, mediadas pelos principais aplicativos de chamadas de voz e imagem como WhatsApp® e Google Meet®. O processo de produção das informações foi alterado para se adequar ao contexto *sui generis* da pandemia de COVID-19.

4.3.3 Claridade e Transparência na descrição do percurso, das escolhas e nas análises

Henwood and Pidgeon (1992) apud Finlay (2006:321) descreve o critério que denominei desse título de subseção de “*documentation*” e o descreve como “*the researcher needs to provide an audit trail – a comprehensive account of what was done and why.*”¹⁶.

Esse critério, em minha pesquisa, deve ser compreendido como uma permanente vigilância em deixar claro ao leitor o processo de condução da investigação, desde a de idealização até a operacionalização da análise. Também objetiva fornecer ao leitor a informação sobre o acesso ao *corpus* analisado para, caso tenha interesse, orientar suas próprias leituras e interpretações do material apreendido. À vista disso, esse critério atravessa integralmente a pesquisa, mas com pontos focais de concentração, como ocorre neste capítulo de trajetória teórico-metodológica, no capítulo de resultados e discussão.

4.3.4 Reflexividade e Posicionalidade

Ao assumir um referencial teórico-metodológico, assumi indubitavelmente que não há neutralidade na pesquisa social. Até porque parto do pressuposto que não há neutralidade na ciência. Kito et al. (2008) empregam o conceito de reflexividade no sentido de posicionalidade e colocam que é fundante que a reflexividade requeira do pesquisador qualitativo uma demonstração de ciência da posição sociocultural em que habita e de como seu sistema de valores pode afetar a investigação e conclui que se refere a uma conscientização do pesquisador sobre o cenário social do fenômeno investigado, de delineamento da pesquisa, da produção e análise dos dados.

Para Finlay (2002) a reflexividade pode ser definida como uma “autoconsciência consciente”. Pode ser confundida com a reflexão, de fato, em parte da literatura, esses termos são usados de forma intercambiável.

Os termos são talvez mais bem vistos em um *continuum* em que ambas as extremidades são reconhecidamente importantes à construção do projeto de pesquisa qualitativa. Numa extremidade da escala, a reflexão pode ser entendida como “pensando sobre”. Como sujeito, reflito sobre um objeto. O processo é distanciado - o pensamento é sobre outra coisa e ocorre após o evento. No outro final da escala, a reflexividade explora de maneira mais imediata, contínua, dinâmica e autoconsciência subjetiva (FINLAY, 2002:532-533).

A reflexividade é uma potente ferramenta na pesquisa qualitativa por oferecer uma maneira de transformar o problema da subjetividade em oportunidade. Finlay (2003) argumenta que há inúmeras forma de reflexividade e destaca a reflexividade como introspecção, reflexividade como reflexão intersubjetiva, como colaboração mútua, como crítica social e

¹⁶ O pesquisador precisa fornecer uma trilha de auditoria - uma descrição abrangente do que foi feito e por quê – tradução livre

como desconstrução irônica. Na pesquisa qualitativa a reflexividade pessoal e metodológica deve ser incluída como elemento de toda investigação, pois sem ela a validade da pesquisa qualitativa fica comprometida.

Por fim, Finlay (2002) contribui pra essa pesquisa ao apresentar algumas pistas como a reflexividade pode ser amalgamada transversalmente na pesquisa qualitativa: no estágio pré-pesquisa, na etapa de produção das informações e na análise dos dados.

O processo de posicionalidade/reflexividade desta pesquisa iniciou-se a partir do momento em que foi concebida. No capítulo introdutório deste estudo apresento minhas aproximações pessoais com o objeto de estudo e faço, ainda que sem esgotar, uma reflexão sobre motivos pessoais que me levam a investigar a violência obstétrica. Além disso, enquanto exercício reflexivo, busco suspender meus pré-conhecimentos e valores que tenho sobre o fenômeno em investigação, numa perspectiva de exercitar a redução fenomenológica, buscando uma aproximação possível da “essência” do fenômeno.

Portanto, há uma implicação/motivação prévia que sustentou meu interesse nesta pesquisa. Eu a reconheço, porém procurei “suspender” para tentar me aproximar da violência obstétrica enquanto violência obstétrica na perspectiva da alteridade. Esse exercício atravessou todos os momentos da pesquisa e foi um imperativo no processo de produção das informações, no momento de realização das entrevistas com as mulheres participantes

Ainda no estágio de realização das entrevistas, precisei refletir sobre as limitações e potencialidades da relação pesquisador homem e participante mulher. Tentei realizar uma entrevista considerando uma linguagem que possibilitasse a inteligibilidade das participantes e de controle da linguagem corporal. Como sou professor universitário, de maneira inconsciente, utilizo um discurso carregado de jargões acadêmicos, de uma voz alta, mesmo sem ser autoritária, que podem influenciar na relação pesquisador-participante. Uma preocupação permanente – que é ao mesmo tempo um poderoso desafio - foi o gerenciamento do desequilíbrio das relações de poder entre pesquisador e participante.

Na análise dos dados a reflexividade teve o potencial de transformar pesquisador e participantes, possibilitando abrir janelas e perspectivas sobre a violência obstétrica que em outros contextos de pesquisa permaneceriam conscientemente ocultas. Dessa maneira, a análise reflexiva visou expor meus silêncios, minhas escolhas analíticas e visão do fenômeno investigado.

4.3.5 Das limitações do pesquisador e estudo

A dialética pesquisador-pesquisa demarca as opções que fazemos, nosso momento histórico, nossa capacidade interpretativa e impõem limites ao que foi abordado e desenvolvido na pesquisa. No caso de minha tese, um contorno que precisa ficar muito claro é a de que optei por entrevistar mulheres do nordeste brasileiro, a capital em que hoje resido. Não entrevistei profissionais e gestores da saúde e não houve distinção por serviços prestados no setor público, ou seja, cobertos ou não pelo SUS.

4.4 Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada no município Teresina, situado na Microrregião de Teresina e no Território de Desenvolvimento Entre Rios, conforme a Secretaria de Planejamento do Piauí (SEPLAN/PI).

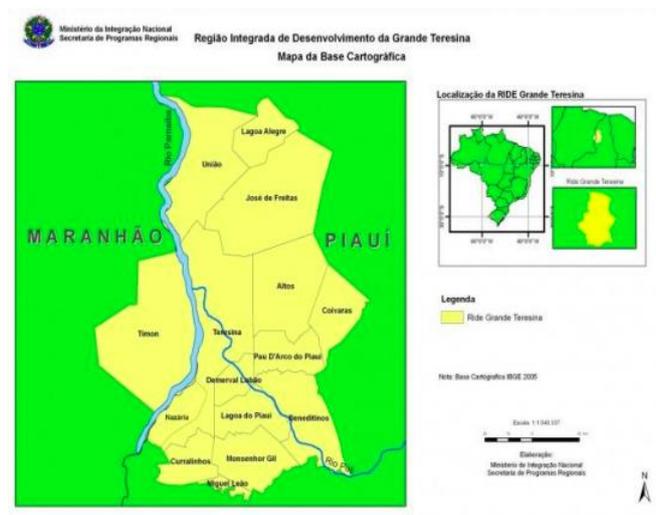
A cidade está inserida na Região Administrativa Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do Polo Grande Teresina, criada pela Lei Complementar nº 112, de 19 de setembro de 2001, e regulamentada pelo Decreto nº 4.367, de 9 de setembro de 2002. A RIDE Teresina tem como objetivo articular e harmonizar as ações administrativas da União, dos estados e dos municípios para a promoção de projetos que visem à dinamização econômica e provisão de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento em escala regional e abrange os municípios piauienses de Altos, Beditinos, Coivaras, Currealinhos, Demerval Lobão, José de Freitas, Lagoa Alegre, Lagoa do Piauí, Miguel Leão, Monsenhor Gil, Pau D'Arco, União, Nazária e Teresina, além do município maranhense de Timon (TERESINA, 2017a).

Figura 6 – Piauí - Territórios de Desenvolvimento, com a localização do município de Teresina



Fonte: TERESINA, 2017a; SEPLAN/PI

Figura 7 – RIDE Teresina

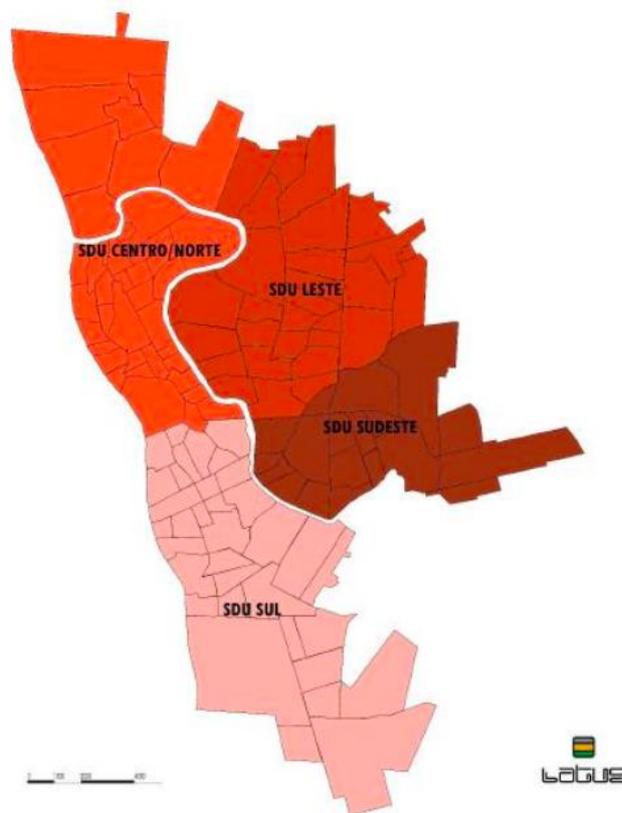


Fonte: TERESINA, 2017a; SEPLAN/PI

O município de Teresina possui uma área de 1.392 km², o que representa 0,55% da área do Estado, fazendo divisas territoriais com dez municípios piauienses e um município do estado do Maranhão.

Para fins administrativos, foi criada através da Lei Nº 2.960 e 2.965, de 26 de dezembro de 2000, quatro áreas de atuação da Prefeitura, com a finalidade de colocar os serviços prestados mais próximos da população teresinense, sendo quatro urbanas – Superintendência de Desenvolvimento Urbano Centro-Norte, Superintendência de Desenvolvimento Urbano Sul, Superintendência de Desenvolvimento Urbano Leste, Superintendência de Desenvolvimento Urbano Sudeste - e uma rural - Superintendência de Desenvolvimento Rural. Atualmente, Teresina possui 123 bairros ocupando uma área territorial de 265,53 km², divididos nas quatro zonas administrativas conforme apresenta a figura 8.

Figura 8– Teresina por Regiões Administrativas e Bairros



Fonte: TERESINA, 2017a; SEPLAM

De acordo com último levantamento do Censo 2010, a população atingiu 814.230 pessoas. Quanto à composição por gênero é de 46,74% do sexo masculino e de 53,26% feminino. Quando se estratifica por zonas, 94,27% estão na zona urbana e 5,73% na zona rural. A participação da população do município de Teresina em relação ao Estado do Piauí vem aumentando ao longo dos anos, em 1991 era 23,2%, em 2000 aumentou para 25,2% e no último censo/2010 para 26,1%. Adotando-se a projeção da última década, a estimativa da população para o ano de 2019 é de 864.845 pessoas (IBGE, 2020).

Desde a década de 1980, a cidade de Teresina vem se firmando como centro de referência médico-hospitalar na região Meio Norte, constituída pelos Estados do Piauí e Maranhão. Nos últimos anos, principalmente, os estabelecimentos médico-hospitalar e laboratorial de Teresina evoluíram em dimensão, tecnologia e credibilidade a tal ponto que, no setor, já se referem à Teresina com o status de Polo Regional de Saúde. Com efeito, a capital piauiense atende a população estadual, grande parte da demanda do vizinho, Estado do Maranhão, parte da demanda do Pará, da região oeste do Ceará e, mais recentemente do Estado do Tocantins (TERESINA, 2017b).

Esse atendimento à demanda se faz através de uma grande rede de prestação de serviços de saúde oficial e particular, composta de modernos hospitais, laboratórios, clínicas, unidades mistas, centro e postos de saúde, atendendo à demanda de massa por serviços básicos e de rotina, como também, por serviços complexos, altamente especializados, com diagnósticos imagéticos de última geração, cirurgias cardíacas, neurológicas e transplante de órgãos. A infraestrutura física de atendimento aos pacientes, segundo os dados do Ministério da Saúde, referente a setembro/2017¹⁷, revelam que existiam em Teresina 1.000 estabelecimentos de saúde (TERESINA, 2017b).

O município de Teresina, de acordo com a base de dados do Ministério da Saúde/Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente a setembro de 2019, dispõe de um contingente de 1000 (mil) estabelecimentos de saúde, dos quais aproximadamente 16% são da rede municipal e 63,86% da rede privada, excluindo a modalidade pessoa física. 11 Do total de privados existentes, 158 estabelecimentos são conveniados SUS, representando apenas 15,82%. No geral dos estabelecimentos, 32,13% são prestadores de serviços ao SUS.

A rede própria de serviços de saúde da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina conta com 138 estabelecimentos, sendo esses distribuídos em 89 Unidades Básicas de Saúde (CNES – Setembro/2019), consumando o papel principal dos municípios de executores das políticas de atenção primária à saúde; 01 Policlínica que busca atender a população em 32 especialidades e cerca de 100 tipos de exames referenciados; 07 Centros de Atenção Psicossocial, referência no município no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico; 03 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que são preparados para oferecer a população serviços de diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca), periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a pessoa com deficiências; 02 unidades de pronto atendimento, sendo 01 UPA habilitada e ampliada; 04 maternidades; 05 unidades mistas (urgência/ambulatorial); 01 hospital de urgência 24 horas, que funciona no atendimento de casos de média e alta complexidade, realizado de acordo com as normas do Acolhimento com Classificação de Risco que é um dispositivo da Política Nacional Humanização (PNH) do Ministério da Saúde; 03 unidades de vigilância em saúde; 01 Central de Regulação Médica das Urgências/Atenção

¹⁷ Dados e informações referentes ao setor saúde de Teresina foram obtidos a partir do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021, disponível no site de Secretaria de Planejamento e Coordenação do município de Teresina. Foi feito o contato com os setores e serviços que dispõem de dados e informações de saúde mais atualizados, contudo apesar de diversas abordagens, não obtivemos sucesso. Os responsáveis alegaram que os dados mais facilmente disponíveis e organizados se encontravam no PMS.

Especializada que atendem as demandas de Serviço Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e de Regulação de Consultas e Exames Especializados; 12 Unidades Móveis de Urgência e 09 Academias de Saúde, que são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população teresinense (TERESINA, 2017b).

Atenção Básica

A Atenção Básica do município é composta por 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo destas 15 unidades rurais, organizadas através da Estratégia Saúde da Família em todas as Unidades Básicas de Saúde que atendem demandas agendadas e espontâneas.

Em 2016 a cobertura assistencial do município de Teresina pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi de 92,04%. Essa alta cobertura da Atenção Básica ocorreu em função da opção do município de universalizar a ESF como modelo prioritário de atenção primária. No final do mesmo ano, com a incorporação de novas equipes, o número de equipes saúde da família totalizavam 262 ESF, sendo 242 com saúde bucal (TERESINA, 2017b).

Em Teresina a taxa de cobertura de saúde suplementar é relativamente baixa, sendo 27,3% de pessoas com planos de saúde privados, evidenciando a dependência muito elevada do Sistema Único de Saúde. Em um esforço de otimizar os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) para a comunidade, por meio da integração entre seus profissionais e outras áreas de conhecimento, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Em 2012, Teresina recebeu suas primeiras unidades de NASF. Os núcleos estão vinculados às Unidades Básicas de Saúde dos bairros Planalto Uruguai, Poty Velho e Nossa Senhora da Paz. O NASF é uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica e Saúde da Família. Ele deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade. 14 Atualmente, Teresina conta com 03 NASF tipo I - compostos pelos seguintes profissionais: Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Educador Físico e Nutricionista. Esses núcleos dão assistência a 26 Equipes de Saúde da Família das UBS Nossa Senhora da Paz, Portal da Alegria, Monte Castelo, Poty Velho, Bela Vista, Jacinta Andrade I, Parque Wall Ferraz, Santa Luz, Santa Isabel, Cacimba Velha e Planalto Uruguai (TERESINA, 2017b).

Atenção Especializada

A atenção especializada está organizada por uma central de regulação que capta as demandas e agenda para unidades próprias, unidades de gestão estadual, federal e conveniada. Grande parte da demanda é acolhida em unidades municipais como: Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo e Unidades Mistas. Para a rede privada migram as necessidades de complexidade que não são atendidas pelo suporte público, sobretudo no que tange ao perfil de profissionais e presença de tecnologia adequada à complexidade do atendimento. A rede conveniada ao SUS realiza atendimentos ambulatoriais e hospitalares.

O Sistema Único de Saúde (SUS) em Teresina conta com 26 hospitais, sendo 10 municipais, 06 estaduais, 09 privados (credenciados ao SUS) e 01 federal. Com relação aos leitos hospitalares de internação, existia em junho/2017 um total de 3.099, destes, 2.373 (76,6%) atendem pelo SUS. Quando analisado o número de leitos para cada grupo de 1.000 habitantes é de 3,66 leitos, superior aos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde que é de 2,5 a 3 leitos (TERESINA, 2017b).

A figura 9 e 10 apresentam o quantitativo de leitos hospitalares e complementares existentes em Teresina, credenciados e não credenciados pelo SUS, respectivamente, em julho de 2017.

Quadro 2 – Quantidade de leitos hospitalares por especialidade existentes no município de Teresina

ESPECIALIDADE	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
Cirúrgicos	1.133	734	399
Clínicos	1.024	817	207
Obstétrico	357	306	51
Pediátrico	290	252	38
Outras Especialidades	211	183	28
Hospital/DIA	84	81	3
TOTAL	3.099	2.373	726

Fonte: MS/DATASUS/CNES – TERESINA, 2017b

Quadro 3 – Quantidade de leitos hospitalares complementares existentes no município de Teresina

LEITOS COMPLEMENTARES	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
UTI Adulto	37	14	23
UTI Adulto II	91	68	23
UTI Adulto III	38	28	10
UTI Neonatal	12	0	12
UTI pediátrica II	23	20	3
UTI pediátrica III	2	2	0
UTI neonatal II	27	27	0
Unidade de Isolamento	25	23	2
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	4	4	0
Unidade de Cuidados Intermediário Pediátrico	2	2	0
Unidade de cuidados intermed neonatal canguru	17	17	0
Unidade de Cuidados intermediários neonatal convencional	45	33	12
Unidade intermediaria neonatal	11	4	7
TOTAL	334	242	92

Fonte: MS/DATASUS/CNES – TERESINA, 2017b

O município tem implantado a Rede Cegonha que trouxe a necessidade de mudanças e qualificações dos serviços que realizam partos, como investimentos em reformas, ampliação, construção de maternidades e aquisição de equipamentos.

A captação da gestante nas UBS é feita através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como também pelos demais membros da equipe no momento da visita ou de atendimento, em demandas agendas ou espontâneas. O ACS tem realizado a função de acompanhamento da gestante através da visita domiciliar e da participação nas reuniões de grupos de gestantes que são realizados nas UBS. As gestantes realizam o pré-natal de risco habitual nas UBS. A cada consulta é avaliado risco gestacional, se consideradas de alto risco pela equipe de atenção básica, uma consulta para o pré-natal de alto risco é agendada.

Em Teresina para o pré-natal de alto risco a referência é a Maternidade Estadual Dona Evangelina Rosa. O encaminhamento para consulta especializada dá-se através da ficha de referência e contra referência via internet pelo Sistema Gestor Saúde. Já a atenção ao parto de risco habitual é realizada pelas maternidades municipais Wall Ferraz, Promorar, Satélite e Buenos Aires.

Quadro 4 – Tipos de parto nos nascimentos ocorridos em Teresina (1º Quadrimestre de 2017)

ESTABELECIMENTOS	RESIDENTES			NÃO RESIDENTES			TOTAL		
	VAGINAL	CESARIO	TOTAL	VAGINAL	CESARIO	TOTAL	VAGINAL	CESARIO	TOTAL
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA (Estadual)	514	889	1.403	612	921	1.533	1.126	1.810	2.936
MATERNIDADE HOSP. DO BUENOS AIRES (Municipal)	315	141	456	43	39	82	358	180	538
CLÍNICA SANTA FE (Privado)	71	1.297	1.368	25	475	500	96	1.772	1.868
HOSP. DO SATELITE (Municipal)	189	167	356	47	57	104	236	224	460
HOSP. DO PROMORAR (Municipal)	245	107	352	75	36	111	320	143	463
MATERNIDADE WALL FERRAZ (Municipal)	312	155	467	71	70	141	383	225	608
DOMICÍLIO / OUTROS LOCAIS	9	0	9	3	0	3	12	0	12
TOTAL	1.655	2.756	4.411	876	1.598	2.474	2.531	4.354	6.885

Fonte: MS/DATASUS FMS/DVS/GEEPI/NEV/SINASC, TERESINA, 2017b

Quadro 5 – Percentual de partos nos nascimentos ocorridos em Teresina (1º Quadrimestre de 2017)

ESTABELECIMENTO	RESIDENTES			NÃO RESIDENTES			TOTAL		
	VAGINAL	CESÁRIO	TOTAL	VAGINAL	CESÁRIO	TOTAL	VAGINAL	CESÁRIO	TOTAL
MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA	36,64	63,36	-	39,92	60,08	-	38,35	61,65	-
MATERNIDADE HOSP. DO BUENOS AIRES	69,08	30,92	-	52,44	47,56	-	66,54	33,46	-
CLINICA SANTA FE	5,19	94,81	-	5,00	95,00	-	5,14	94,86	-
HOSP. DO SATELITE	53,09	46,91	-	45,19	54,81	-	51,30	48,70	-
HOSP. DO PROMORAR	69,60	30,40	-	67,57	32,43	-	69,11	30,89	-
MATERNIDADE WALL FERRAZ	66,81	33,19	-	50,35	49,65	-	62,99	37,01	-
DOMICÍLIO / OUTROS LOCAIS	100	0,00	-	100	0,00	-	100	0,00	-
TOTAL	37,52	62,48	100,00	35,41	64,59	100,00	36,76	63,24	100,00

Fonte: MS/DATASUS FMS/DVS/GEEPI/NEV/SINASC, TERESINA, 2017b

No ano de 2018, último disponível no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o estado do Piauí teve 49.490 nascimentos por local de residência da mãe, sendo que desse total 21.705 foram partos vaginais e 27.783 partos cesáreo. No município de Teresina 14.075 nascimentos, destes 4.999 foram partos vaginais e 9.075 cesarianas (BRASIL, 2020).

4.5 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa foram mulheres que passaram pela experiência da gravidez e parto, independente do período em que tenha ocorrido esse processo, por considerar que se trata de um acontecimento de expressiva importância na vida dessas mulheres e um recorte temporário seria arbitrário.

No que tange ao tamanho amostral do estudo, concordamos com Turato (2003) e Fontanella et al. (2008) que colocam que diferentemente das pesquisas quantitativas, a seleção dos elementos amostrais em pesquisas qualitativas não deriva da mensuração da distribuição categoriais como nos estudos numéricos ou matematizados, caracterizando, portanto, uma intencionalidade, essencial para estudos de natureza qualitativa. Isso porque a seleção dos elementos decorre, principalmente, do cuidado de que a amostra contenha e reflita certas dimensões do contexto, algumas delas em permanente construção histórica.

O tamanho das amostras (mais precisamente, fechamento amostral) é tema em estudos qualitativos, tanto quanto em estudos quantitativos, porém não pelos mesmos critérios. O conceito predominante para o tamanho amostral em pesquisas qualitativas tem sido a “saturação”. É manifesta as contribuições que autores dos estudos qualitativos tem fornecido nesse sentido, destaque no cenário nacional da pesquisa qualitativa em saúde Turato (2003) e Fontanella et al. (2008). Contudo Malterud et al. (2016) colocam que a saturação está intimamente ligada a uma determinada metodologia e o termo é aplicado de maneira inconsistente.

O conceito de saturação foi originalmente cunhado por Glaser e Strauss (1999) como em elemento característico constante nas análises da *Grounded Theory* (GT), tendo como significado Teoria Fundamentada em Dados. Abordagem metodológica utilizada na pesquisa qualitativa que tem como referencial teórico o Interacionismo Simbólico. No entanto, o conceito de saturação é frequentemente reivindicado em estudos baseados em outras análises, sem qualquer esclarecimento de como o conceito deve ser entendido num contexto não-GT e de como serve para justificar o N de participantes (MALTERUD et al., 2016).

Nesse sentido, a utilização deliberada da saturação para delimitação amostral em pesquisas qualitativas é equivocada, mesmo considerando a complexa e emaranhada questão de taxionomias e terminologias empregadas pelos pesquisadores qualitativos, e na possibilidade defendida por Bosi (2012:579) de que “as pesquisas se enquadram *no entre* dessas tipologias, ainda que nem sempre isso se mostre bem assimilado”.

A técnica de saturação tem sido utilizada como uma panaceia na amostragem em estudos qualitativos em saúde. A saturação ocorre quando o pesquisador não recebe mais informações que contribuem para a teoria que foi desenvolvida para determinado estudo.

Contudo, Malterud et al. (2016) defendem que as ferramentas para orientar o tamanho amostral não devem se basear nos procedimentos de um método de análise específico, mas sim guardar coerência e compartilhar de princípios metodológicos.

Este estudo se propôs a utilizar o conceito de “poder de informação” apresentado por Malterud et al. (2016), que defendem quanto mais informações a amostra contém, relevantes para o real estudo, é necessário um menor número (N) de participantes e vice-versa. Ressaltamos que o processo de aproximação do tamanho da amostra será necessário para o planejamento da investigação, contudo será avaliada continuamente durante a pesquisa.

Na amostra por poder de informação os participantes foram selecionadas de maneira intencional utilizando a técnica *snowball*, no intuito de fornecer o máximo de informações possíveis. Simples informações não existem, quando se tem um pesquisador apoiado em sua fundamentação teórica (MALTERUD et al., 2016).

Nesta pesquisa foi utilizada a técnica de amostragem chamada amostra em *snowball*, ou bola de neve. Vinuto (2014) coloca que se trata de uma amostra não probabilística que usa redes de referências e indicações. Nas pesquisas qualitativas vem sendo utilizada, nos últimos anos, porque permite estudar questões delicadas que são de âmbito privado e requerem o conhecimento de pessoas já pertencentes aos grupos para se localizar informantes.

Assim, buscou-se uma participante 1, através de rede de contatos do pesquisador e que já havia expressado em redes sociais sua opinião sobre maternidade, gravidez, parto e puerpério. Essa participante recebeu o rótulo ME1. Ao final da entrevista, foi solicitado que essa participante indicasse o nome de 3 outras mulheres que pudessem contribuir com a pesquisa. Ao final do processo, foram realizadas 12 entrevistas.

O quadro abaixo traz algumas informações que pondero relevantes para a contextualização do objeto de estudo a partir do perfil das participantes do estudo. Esse perfil em nada se aproxima de uma racionalidade quantitativa de pesquisas em saúde. Contudo é uma ferramenta importante para compreensão do contexto social, cultural e econômico que atravessam o fenômeno da violência. Ao assumir uma posição e um ponto de focalização para estudar o fenômeno da violência, considero necessário contextualizar o fenômeno a partir de características das participantes do estudo. Cabendo assinalar que todas as participantes

pertencem a uma classe socioeconômica e grau de instrução elevados, conforme se evidencia no quadro 6.

Quadro 6 – Caracterização das Participantes do Estudo

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO							
Código	Idade (em anos)	Número de Gestações	Número de Filhos	Tipo de Parto	Escolaridade	Tipo de serviço utilizado na gravidez	Renda Familiar (R\$)
ME1	33	1	1	Cesáreo	Pós-Graduada	Privado/Plano de Saúde	10.000,00
ME2	39	2	2	Cesáreo	Pós-Graduada	Misto (SUS e Privado)	15.000,00
ME3	38	4	2	Normal	Pós-Graduada	Misto (SUS e Privado)	18.000,00
ME4	32	2	2	Cesáreo	Pós-Graduada	Privado/Plano de Saúde	10.000,00
ME5	32	1	1	Normal	Pós-Graduada	Misto (SUS e Privado)	18.000,00
ME6	29	3	3	Cesáreo e Normal	Superior Incompleto	Misto (SUS e Privado)	3.000,00
ME7	29	1	1	Cesáreo	Superior Completo	Misto (SUS e Privado)	4.000,00
ME8	34	1	1	Normal	Pós-Graduada	Privado/Plano de Saúde	10.000,00
ME9	30	1	1	Cesáreo	Superior Completo	Privado/Plano de Saúde	4.000,00
ME10	36	2	1	Cesáreo e Normal	Pós-Graduada	Misto (SUS e Privado)	10.000,00
ME11	29	1	1	Normal	Pós-Graduada	Privado/Plano de Saúde	9.000,00

ME12	40	2	1	Normal	Superior Completo	Privado/Plano de Saúde	8.000,00
------	----	---	---	--------	----------------------	---------------------------	----------

Fonte: Construção do autor

4.6 Técnicas de produção das informações

O processo de produção de informações desta pesquisa ocorreu através do uso da entrevista não-diretiva e em profundidade. Para Michelat (1987) as entrevistas não-diretivas, em oposição à entrevista dirigida, têm o objetivo de contornar certos cerceamentos dos questionários estruturados não conseguem alcançar. A entrevista não-diretiva deve ser vista e utilizada como instrumental para os estudos de culturas e subculturas de uma sociedade.

Nesta pesquisa, entendo que a entrevista não-diretiva e em profundidade não são antagônicas. A aglutinação desses dois tipos de entrevistas permitiu ao pesquisador exercer a flexibilidade necessária as pesquisas qualitativas. A entrevista é sempre uma relação entre diferentes pensamentos, opiniões e perspectivas ideológicas, além da variação na linguagem, na cultura e nos preconceitos dos sujeitos que produzem a entrevista.

Entrevista em profundidade permitiu trazer à tona ângulos diferentes tanto do contexto, como sobre o fenômeno investigado, o que contribui no processo de compreensão e integralização das informações. Gera narrativas em torno de objetivos e questionamentos relevantes para compreensão do objeto de estudo (MORÉ, 2015).

Importante ressaltar que as entrevistas aconteceram de maneira virtual eletrônica, não por opção, mas como possibilidade diante o cenário de pandemia da COVID-19, utilizando as tecnologias de informação e comunicação. Para Frey (2015) a entrevista na atualidade está vinculada com as mudanças tecnológicas disponíveis. Hoje em dia é possível realizar “entrevistas virtuais”, nas quais as conexões de internet permitem obter informações de forma síncrona e assíncrona. As vantagens dessa forma de entrevista incluem baixos custos e velocidade de resposta. Já as desvantagens são muitas e incluem: perda da dimensão analógica da fala (gestos, expressões, voz etc), possível diminuição da interação pesquisador-participante, as interferências que podem ocorrer durante o processo de entrevista, falhas e qualidade de conexão de internet, cansaço com uso da tecnologia. No caso desta pesquisa, foi possível identificar como limitação a questão da falha e qualidade da conexão de internet. Já o principal benefício foi a possibilidade de gravar imagem e sons das entrevistas, utilizando o recurso gravação do Google Meet®, permitindo uma melhor apreensão das expressões corporais, reações e sentimentos expressados pelas mulheres durante as entrevistas.

O processo de realização das entrevistas prezou por construir um ambiente acolhedor e de empatia para as participantes; buscando minimizar a interação não-verbal e o “efeito pesquisador” durante as entrevistas, permitindo que as mulheres entrevistadas pudessem se sentir confortáveis, na medida do possível, em falar sobre um assunto que complexo e que poderia ser gatilho para a saúde mental. A duração em média das entrevistas foi de 42 minutos.

Necessário destacar que das 12 entrevistas realizadas, em 8 ocorreram momentos de interrupção por motivo de choro das participantes, ao relatar suas trajetórias da gravidez, parto, puerpério e maternidade. Nesses momentos, era perguntando se a participante gostaria de interromper de maneira definitiva a entrevista e/ou se gostaria de alguma orientação para apoio psicológico. Por fim, essas mulheres afirmaram seu desejo de finalizar a entrevista e expressaram que falar e lembrar de suas trajetórias de gravidez, parto, puerpério e maternidade são sempre momentos carregados de emoção e que não necessitavam de orientação para apoio psicológico.

Além disso, ficou a cargo da participante eleger o aplicativo/plataforma de comunicação e interação social para realização da videochamada. Foram ofertadas as seguintes possibilidades de aplicativos: WhatsApp®, Skype®, Google Meet®, Zoom®. No entanto, a opção escolhida por todas foi o Google Meet®

O planejamento das entrevistas respeitou os seguintes passos:

- i. Construção da pergunta disparadora da entrevista, sustentada pelos objetivos principal e específicos, fundamentação teórica e a revisão de literatura relacionada às características de contexto na qual a entrevista se desenvolveu;
- ii. Definição da pergunta disparadora “Me fale sobre sua gravidez, parto e puerpério”. Caso a participante tivesse mais de uma gravidez, foi solicitado para que ela descrevesse cada processo de maneira singular. Perguntas outras foram desdobradas a partir do relato da participante, buscando sempre atenuar qualquer possível dúvida sobre o processo de gravidez, parto e puerpério e consequentemente, buscando ampliar a compreensão e a profundidade do relato da participante.
- iii. Pré-teste do processo de entrevista com utilização da pergunta disparadora;
- iv. Realização da entrevista junto às participantes após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico (e-TCLE) (APÊNDICE A) desenvolvido na plataforma GoogleForms®.

4.7 Processamento e interpretação do material empírico

O processo de análise e interpretação do material empírico nas pesquisas qualitativas é inegavelmente um trabalho árduo e necessário ao pesquisador qualitativo. Trata-se de um exercício complexo e que exige motivação e interesse em materializar os resultados do estudo. Para Minayo (2010), o estágio da análise de dados, em resumo, visa alcançar três objetivos: ultrapassar incertezas, ao voltar-se às questões e perguntas colocadas no estudo; enriquecer a leitura, aprofundando um olhar que supera o imediatismo e espontaneísmo; e integrar descobertas, a partir da apreensão de uma lógica interna ao material produzido no campo.

A análise qualitativa não deve ser vista de forma deslocada nas demais etapas que constituem uma pesquisa. Somente conseguiremos realizar uma análise qualitativa com qualidade e rigor se houver coerência nas dimensões ontológica, metodológica e técnica no estudo (BOSI, 2012; MINAYO, 2012).

Tendo como referencial teórico-metodológico desse estudo a fenomenologia hermenêutica, portanto, coerente para empregar o principal verbo na análise qualitativa que é compreender. Compreender é conseguir colocar-se no lugar do outro, considerando a singularidade do indivíduo. É reconhecer que a experiência de uma pessoa ocorre no campo sócio-histórico, emaranhado pela cultura na qual está inserida.

Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela: toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. A interpretação se funda existencialmente na compreensão e não vice-versa, pois interpretar é elaborar as possibilidades projetadas pelo que é compreendido (MINAYO, 2012: 622)

O processo de organização, processamento e interpretação do material empírico foi realizado a partir de alguns procedimentos, elencados a seguir, que permitiram a compreensão dos relatos das participantes numa relação dialética interna-externa, ou seja, do *corpus* da pesquisa, elementos de um mesmo relato com os demais relatos; e externa ao *corpus* a partir do contexto em que as informações foram construídas, com a literatura e com a experiência e vivência minha enquanto pesquisador. Ressalto que esses momentos não ocorrem de modo estanque, são fluxos em espiral que denotam um caráter dialético, dialógico e desafiador para o pesquisador, na perspectiva de construir um material que se aproxima e coaduna com os pressupostos da teoria da complexidade.

Os procedimentos foram:

- **Processamento e pré-interpretação do *corpus* do estudo:** ocorreu a partir das transcrições das entrevistas (videochamadas) feitas com as mulheres. Em seguida, foi feita a leitura e correção das transcrições, confrontando-as com as videochamadas. Este processo permitiu realizar a ordenação das informações e iniciar a impregnação proposta por Michelat (1987) para a análise de entrevistas. A transcrição de todas as entrevistas resultou em 317 páginas de texto para análise.
- **Pré-análise:** leituras flutuantes foram feitas no material transcrito. Leituras *a priori* despreziosas, para lembrar os processos de entrevistas e dialogar com as anotações e observações feitas por mim durante as mesmas. Em seguida foram realizadas leituras verticais, que buscam guardar a lógica própria de cada relato, alternando com leituras horizontais, que buscam estabelecer relação entre as entrevistas. As leituras horizontais de impregnação possibilitaram elaborar um conjunto do material empírico, possibilitando destacar trechos das transcrições relevantes para elucidação da teorização e diálogo com a literatura.
- **Organização e categorização do material:** momento em que foram feitos os excertos do material que são coerentes com o objeto e objetivo do estudo, conjuntamente com a criação de categorias empíricas que representam e expõem elementos da relação dialética interna-externa das participantes em perceber, interpretar, analisar e agir frente ao fenômeno da violência obstétrica. Esse processo também permitiu (re)conhecer consonâncias e dissonâncias, consensos e dissensos, além de singularidades de cada participante com o objeto de estudo. Para Minayo (2012) esse processo trata da tipificação do material. Etapa mais densa e intensa que o exercício de ordenação. Contudo alerta para, na medida do possível, não “contaminar” o material com preconceitos e interpretação afoita.
- **Construção da Redes de Significados:** momento de construção dos temas centrais do estudo a partir da definição das dimensões e elementos de análise originados no processo de categorização do material. Essa etapa trata de um processo de interpretação mais profundo e comprometido, além de permitir uma maior aproximação com o processo de diálogo com a literatura e reinterpretação do *corpus* do estudo.

- **Reinterpretação:** momento que representa a produção de novos sentidos a partir da proposta dialética de dialogar com as dimensões e elementos de análise empírica com os pressupostos, fundamentos e marcos teóricos que sustentam o estudo e o modelo analítico construído no capítulo 3. Tal proposta busca a produção de uma síntese que integre o conteúdo das formas simbólicas à análise do contexto de sua produção (VERONESE; GUARESCHI, 2006). Já para Minayo (2012) se trata da análise final do material, porém considero que se trata de uma análise possível, frente as diversas contingências que atravessam o processo de interpretação e análise. Michelat (1987) coloca, em linha com a hermenêutica, que, teoricamente, a análise não tem fim, que é sempre possível modificar o esquema obtido, possibilitando novas e outras interpretações.

4.8 Considerações éticas do estudo

A presente pesquisa respeitou os preceitos éticos dos estudos que envolvem seres humanos, conforme Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Diante disso, assumimos o compromisso de prezar pelos princípios da bioética, a saber: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade. Com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) conforme parecer consubstanciado do CEP nº: 4.416.126 (ANEXO A)

A autonomia foi garantida a partir do momento que as mulheres somente participaram da pesquisa mediante conhecimento da natureza e objeto de estudo, a justificativa, de como seria feita a entrevista e dos riscos e benefícios do estudo. Essa autonomia foi materializada a partir do momento que a participante responder “SIM” no Termo de Consentimento Livre Esclarecido eletrônico (e-TCLE) (APÊNDICE A). Além de ser garantido a retirada seu consentimento da pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo.

Foi garantido a confidencialidade das informações, da privacidade das participantes e da proteção de sua identidade, incluindo no uso da voz e imagem. Acreditamos que esta pesquisa não trouxe malefícios às participantes, apesar de reconhecer que o estudo apresenta riscos do tipo psicológico, uma vez que determinadas perguntas puderam desencadear processos de sofrimento mental, conseqüentemente reverberando em sua saúde e qualidade de vida, a todas participantes que se emocionaram e choraram durante as entrevistas, foi

perguntado se desejava continuar a entrevista e se havia necessidade de alguma orientação para apoio psicológico.

O estudo trouxe e traz benefícios diretos e indiretos aos sujeitos participantes da pesquisa e terceiros, uma vez que propiciou debater acerca do fenômeno investigado. Acredito que o trabalho proporciona um maior conhecimento e compreensão da complexidade da violência, podendo também contribuir no processo de formulação de estratégias que possam combater, prevenir e agir de forma pró-ativa para minimizar consequências desse fenômeno.

A pesquisa respeitou o princípio da justiça, ao tratar de maneira diferente os diferentes, respeitando as questões morais e éticas envolvidas no processo social e da produção da pesquisa.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS: percorrendo a rede de significados

Este capítulo apresenta os resultados do processo de investigação, realizada a partir do percurso metodológico descrito no capítulo anterior. O produto desse processo resultou numa rede de significados que apresenta as dimensões de análise construídas a partir dos relatos das mulheres participantes do estudo e que nortearão o processo de apresentação e discussão dos resultados.

A construção da rede de significados teve como referencial para sua construção, primeiramente o material empírico, produzido no processo investigativo, num exercício árduo e desafiador de olhar o fenômeno investigado com a suspensão de pré-conceitos, pré-julgamentos e deduções do pesquisador acerca do objeto de estudo, estando portando aberto ao novo, ao contexto real, ao fenômeno em si. Em segundo momento, a interface do material com o acúmulo teórico acerca do tema, apresentado em capítulos anteriores.

Todavia no processo de organização das categoriais empíricas, o pensamento complexo foi essencial para que pudesse desenvolver uma rede que fosse mais próximo da complexidade do fenômeno em si. Dessa forma, foi confeccionado uma figura para representar as relações dialógicas e dialéticas das categoriais empíricas. Em seguida, foi realizada uma interpretação mais profunda e comprometida, além de permitir uma maior aproximação com o processo de diálogo com a literatura e reinterpretação do *corpus* do estudo. O modelo conceitual proposto neste estudo, contribuiu de maneira significativa na produção do material apresentado neste capítulo.

A figura que representa o processo de pré-categorização já evidenciando a complexidade do fenômeno, contudo acredito que ainda há limitações na representação gráfica e imagética da rede de significados, uma vez que sugiro que possam imaginá-la com suas dimensões de análise e interconexões em permanente movimento, de aproximação, distanciamento e intensidade, num contexto não tão preciso de tempo-espaço, configurando a não linearidade, a borrosidade e a imprevisibilidade desses elementos que constituem e conformam a rede de significados, numa perspectiva hologramática.

Num esforço didático, também foi construído um diagrama que representa de maneira esquemática e sinóptica, como será apresentado e discutido os resultados do estudo.

Organização e pré-categorização do material empírico

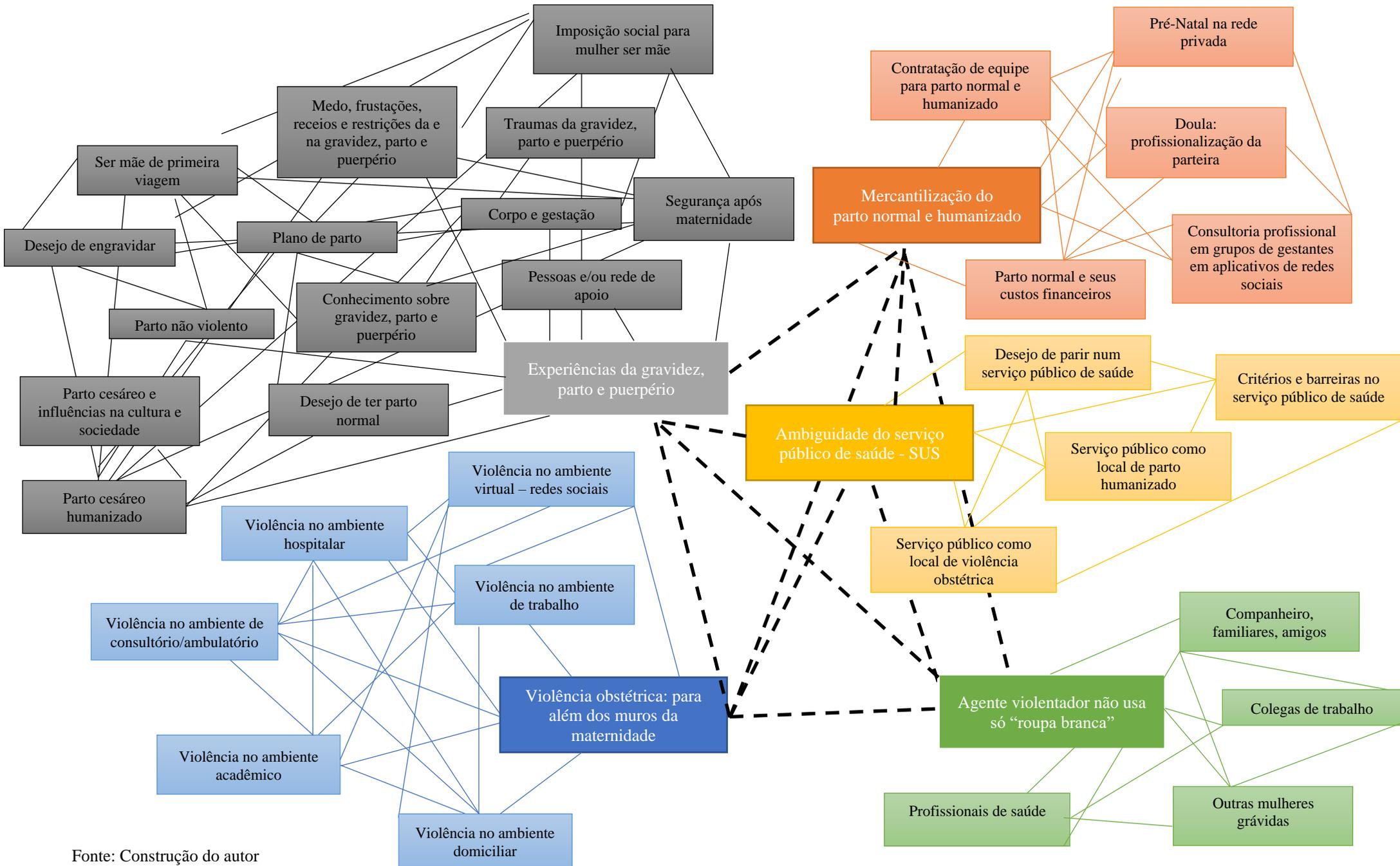


Diagrama – Rede de significados

TEMAS CENTRAIS/ DIMENSÕES DE ANÁLISE	SUBDIMENSÕES					
A) A experiências da gravidez, parto e puerpério na contemporaneidade.	A1) Maternidade, parto cesáreo e influencias sociais, corpo e gestação	A2) Parto normal, pessoas e/ou redes de apoio e conhecimentos sobre gravidez, parto e puerpério	A3) Parto não violento, parto cesáreo e humanizado	A4) Medos, frustrações, receios, restrições e traumas na gravidez, parto e puerpério	A5) Ser mãe de primeira – segurança após maternidade	
B) Violência obstétrica: para além dos muros da maternidade	B1) Violência no ambiente hospitalar	B2) Violência no ambiente acadêmico	B3) Violência no ambiente de trabalho	B4) Violência no ambiente domiciliar	B5) Violência no ambiente virtual – redes sociais	
C) Agente violentador não usa só “roupa branca”	C1) Profissionais de saúde	C2) Companheiro, familiares e amigos	C3) Colegas de trabalho	C4) Outras mulheres grávidas		
D) Mercantilização do parto normal e humanizado	D1) Parto normal e seus custos financeiros	D2) Pré-Natal da rede privada	D3) Contratação de equipe para parto normal e humanizado	D4) Doula: profissionalização da parteira	D5) Consultoria profissional em grupos de gestantes	
E) Ambiguidade do serviço público de saúde - SUS	E1) Serviço publico como local de violôncia obstétrica	E2) Critérios e barreiras no serviço público de saúde	E3) Desejo de parir no serviço público de saúde	E4) Serviço público como local de parto humanizado		

A) A experiência da gravidez, parto e puerpério na contemporaneidade

Os excertos de participantes desta pesquisa aventam sobre imposições sociais para a mulher ser mãe. É importante ressaltar que apesar de vivermos no século XXI, com diversos avanços e progressos nos direitos das mulheres, sejam cis ou trans, ainda vivemos numa sociedade patriarcal. Muitos desses avanços são conquistas das próprias mulheres na sociedade, a partir do movimento feminista.

No campo dos estudos feministas, o termo patriarcalismo é usualmente empregado para explicar a condição feminina na sociedade e as bases da dominação masculina. Todavia, esses estudos e abordagens evidenciam a heterogeneidade e controvérsias que essa discussão tem no próprio campo. Ainda assim, há um ponto de convergência e consenso, ao reconhecer que o patriarcalismo não abrange somente as mulheres, mas atravessa a sociedade como um todo.

Para Morgante e Nader (2014), num esforço de esclarecer o conceito de patriarcalismo nos estudos feministas, apontam para a importância de admitir o caráter dialético do termo e a sua não naturalização, portanto, coerente com as dinâmicas sociais, econômicas, políticas e culturais inerentes a existência em sociedade. As autoras, ao final do estudo, coadunam com o pensamento de Carole Pateman que propõe que “[...] não há nenhum bom motivo para se abandonar os termos patriarcado, patriarcal e patriarcalismo. Grande parte da confusão surge porque ‘patriarcado’ ainda está por ser desvincilhado das interpretações patriarcais de seu significado” (PATEMAN, 1993: 39).

Sendo assim, ainda é pertinente e frutífero analisar as relações de gênero na sociedade contemporânea com base nos conceitos de patriarcado. Atentando-se, porém, para que essas análises possam ser feitas de maneira contextualizada e histórica, reconhecendo as características sociais no momento da construção dessas compreensões.

Primeiro eu acho que de dez mulheres, oito nasceram para não ser mãe. Duas nasceram para ser mãe, e a sociedade impõe a maternidade pra gente, né? E, às vezes, você não 'tá preparada, não é o teu momento [...] Eu, em nenhuma das minhas gravidezes, mesmo planejadas, não estava preparada para ser mãe. (ME2)

A participante ME2 do estudo, ventila a importância da não naturalização do papel social de mãe às mulheres. E reconhece que ser mãe, é um papel imposto às mulheres pela sociedade. Por fim, aponta que o papel social de mãe não está dado. Não é pelo fato de querer ou planejar uma gravidez que automaticamente, quase que por ação divina, como é perpetuado pela filosofia cristã, que uma mulher se torna mãe. Por sinal, tradição filosófica cristã essa que

contribui de maneira significativa na ratificação do patriarcalismo na sociedade, configurando-se com um pilar de estruturação dessa instituição social.

O Censo de 2010 apontou que a população brasileira é majoritariamente cristã (87%), sendo sua maioria católico-romana (64,4%) (BRASIL, 2012). Nas tradições cristãs, a mulher precisa ser ensinada desde muito cedo sobre seu papel de mãe, tendo como principal referência os escritos bíblicos que relatam a vida da mãe de Jesus Cristo. Maria, mãe de Jesus Cristo, é apresentada a partir de uma posição de abnegação da própria vida e desejos por um propósito maior.

Paralelamente ao pilar da tradição filosófica cristã na estrutura do sistema patriarcal, temos o capitalismo que mercantilizou todas as relações sociais, nelas incluídas as chamadas relações de gênero. Pateman (1993) discorre que a história do contrato sexual, importante para o capitalismo, não se contrapõe ao patriarcado; ao contrário, ele é a base do patriarcado moderno. Para a autora, as transformações do modelo capitalista, desde a Revolução Industrial até os dias de hoje – neoliberais, foram também acompanhadas pelo patriarcalismo. “O patriarcado contratual moderno tanto nega como pressupõe a liberdade das mulheres, e não funciona sem esse pressuposto” (PETEMAN, 1993: 339).

Analisar os atravessamentos do patriarcalismo na vida das mulheres a partir da tradição filosófica cristã e do capitalismo, seria no mínimo, resvalar no pensamento cartesiano e binário. Como dito, o pensamento complexo norteia este estudo. Todavia, esses dois pilares do patriarcalismo são mais facilmente (re)conhecidos pelo acúmulo teórico desses temas nos estudos das ciências humanas e sociais. Soma-se a isso, características que reafirmam esse modelo de instituição, a saber: necessidade de hierarquização de relações, em todos os espaços da sociedade, como condição indispensável de existência; possuir base material; ser capaz de corporificar-se e, por fim, representar uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (SAFFIOTI, 2015).

Traços dessa discussão podem ser percebidos na fala da participante ME4 do estudo.

Nos ensinam desde pequenas que a gravidez, a gestação é sempre como algo...é...um algo que brilha, mas nem tudo sempre são flores. E na verdade, eu ainda acho que é essa ilusão que faz com que nos martirize tanto quando a gente sofre, quando a gente... quando não é legal, quando o marido não aceita, quando você acha que você não está sendo uma boa mãe, por você estar pensando em você e não no seu filho.
(ME4)

A participante apresenta que a questão de ser mãe e engravidar em nossa sociedade é introjetada nas mulheres desde muito cedo, ensinadas e disciplinadas com intuito de associar a maternidade a um arquétipo ligado somente a coisas boas, alegres, felizes. Dessa forma, configurando como cláusulas de um contrato sexual, em que não é permitido e/ou não é bem

visto tentar contrapor-se ou romper. A relação mulher-mãe, numa sociedade patriarcal, é tão forte, que as mulheres que buscam rompê-la ou tencioná-la são julgadas, com possibilidade de colocar em xeque a sua existência enquanto mulher, ao atribuir o adjetivo “desnaturada” – mulher desnaturada, por não querer viver a experiência da maternidade.

Delajustine (2018:7) apresenta a possibilidade de análise do patriarcalismo em interface com concepção de biopoder de Foucault:

O patriarcado é um processo de dominação-subordinação, só podendo existir em uma relação social. [...] essa operação de dominação e de controle que o patriarcado realiza pode ser entendida desde a concepção de biopoder de Foucault, ou seja, um poder que é caracterizado pela utilização de técnicas que procura controlar os corpos e as populações, e que está presente em muitas instituições sociais com a intenção, mesmo que indireta, de manter os fundamentos do patriarcado.

Assim, enquanto o patriarcado controla os corpos das mulheres, de maneira social e sexual. O biopoder valida esse controle a partir do contexto social levantado pelo próprio patriarcado. Esse processo de dominação-controle não é apenas no campo físico, motivando a violência, como também é simbólico, de maneira que incide sobre os direitos econômicos, culturais e políticos das mulheres (DESAJUSTINE, 2018).

Os excertos da participante a seguir, direcionam para umas das diversas consequências de ser mulher e viver numa sociedade patriarcal, ser violentada.

Então...é...eu não me sentia com vontade de ser mãe, eu acho que eu já era violentada, porque eu era cobrada pelas outras pessoas porque eu precisava ser mãe, porque eu já 'tava velha, porque eu já tinha um emprego estável, porque eu já tinha um marido, então era como se eu já tivesse pontuado todos os pré-requisitos pra ser mãe e eu era egoísta por não querer ser mãe. (ME5)

Eu me senti... é... violentada, se a gente tiver uma escala gradativa de violência, talvez uma violência leve, foi o fato de eu não conseguir levar com leveza a minha gestação, pelo fato de...de... [pensa alguns segundos] ter que pensar muito que esquemas que eu poderia preparar pra o parto e o pós-parto, para não sofrer violência. (ME5)

Na fala da participante ME5 fica evidente que a mesma percebe a pressão social de viver em uma sociedade patriarcal. A participante coloca que se sentia de algum modo violentada para ser mãe, mesmo que essa não fosse sua vontade e desejo. Essa relação de poder desproporcional e autoritária que busca dominar, anular ou aniquilar qualquer possibilidade de autonomia da mulher na sociedade não se refere a uma “violência leve”, como descreve a participante, trata-se de violência estrutural.

Para Minayo (2006) a violência estrutural é um tipo de violência que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam as desigualdades sociais, de gênero, de etnia-raça. Difícil de ser quantificada, pois aparentemente ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos. Esse tipo de violência se perpetua nos micros e

macroprocessos sócio-históricos, se repete e se naturaliza na cultura, além de ser responsável por definir e garantir as formas de dominação e privilégios na sociedade.

A fala da participante ME5 permite ainda inferir que a violência obstétrica pode ser vista também pelo prisma de uma violência estrutural, como apontou Quattrocchi (2020), uma vez que se exerce de maneira sistemática e de forma indireta por diversos agentes. A preocupação em evitar sofrer uma violência obstétrica já deve ser considerada um ato de violência, que repercute na saúde mental das mulheres e limitando-as das possibilidades de viver a gestação de maneira livre, alegre e prazerosa.

Nesse contexto de uma sociedade patriarcal, Viera (2002) e Barbosa *et al.* (2003) colocam que historicamente o parto se constituiu em uma arena de luta de poder entre as mulheres a classe médica, pelo controle sobre o corpo, a sexualidade e emoção. O fenômeno da medicalização do corpo feminino e do nascimento são apontados como mais uma e fundamental instância da expressão do poder masculino.

A participante ME1 coloca que é muito mais habitual e comum, atualmente, as mulheres escolherem realizar parto cesárea e que as pessoas da sua família, especialmente sua mãe vê a escolha pelo parto normal como um retrocesso. *“Porque hoje, eu acho que as pessoas já são tão habituadas a um parto cesárea, tão mais comum hoje as mulheres evoluírem com um parto cesáreo, que o parto normal para mamãe parecia assim... que eu iria retroceder no tempo.” (ME1)*

O desenvolvimento de técnicas e tecnologias médicas para medicalização do nascimento, favorecem uma interpretação, por parte expressiva da sociedade e mulheres, biomédica dos corpos e suas possibilidades e vivências da cesariana como um evento de continuidade, e não de exceção (MCCALLUM, 2005).

O estudo de Nakano, Bonan e Teixeira (2015) evidenciou que, para as mulheres entrevistadas, o procedimento cirúrgico é representado como um modo seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna, com o trabalho intenso, com a vida corrida, com a sociedade atual.

O discurso de cientificidade que sustenta e reafirma o parto cesáreo, sendo este um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida do binômio mãe-filho, quando há complicações durante a gravidez ou o parto, atribui uma superioridade às tecnologias médicas em relação à fisiologia, no sentido de ofertar a diminuição de riscos, controle da dor e praticidade de poder realizar o parto em dia e hora marcada. Dessa forma, produz uma ideia de evolução do parto (BÉHAGUE, 2002; MCCALLUM, 2005).

Contudo, é importante lembrar que apesar das qualidades atribuídas à cesárea, a partir do discurso da cientificidade médica e que influencia a sociedade, se distanciam da medicina baseada em evidências e das perspectivas da saúde pública. Para Nakano, Bonan e Teixeira (2015) é necessário fazer essa consideração a partir de dois sentidos, o primeiro de avaliação de riscos e benefícios e o segundo diz respeito aos critérios de utilização e o papel das indicações médicas.

No sentido da segurança e dos riscos, é com base em uma interpretação valorativa específica da situação que as mulheres divergem dessas vozes autorizadas: elas confiam que contam com profissionais e ambientes hospitalares de excelência e tecnologias eficazes para prevenir ou contornar eventos adversos e que têm as melhores condições possíveis de saúde, em função das rotinas de cuidados estabelecidas ao longo da vida. No segundo sentido, os usos sociais da cesariana não são dependentes e nem submetidos a uma necessidade medicamente determinada, uma indicação clínica ou obstétrica. Outras necessidades concorrem para a cultura material da cesariana, entre elas de gestão da vida produtiva e reprodutiva, de dimensão sócio-afetiva e de consumo. (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2015:898)

Ainda sobre isso, participante ME11 coloca que a alta prevalência de cesáreas não deve ser vista como produto da escolha das mulheres no momento do parto, uma escolha pessoal e consciente, mas sim de uma questão maior, estrutural que promove processos materiais e subjetivos que limitam e condicionam à mulher ao parto cesárea. *“A culpa do número de cesárea ser alta não é das mulheres, é uma questão estrutural mesmo” (ME11)*

Já a participante ME5 coloca as dificuldades, anos atrás, de encontrar profissionais médicos que realizassem assistência ao parto normal, seja no serviço pública, seja no serviço privado e particular.

Porque não existia profissional que fizesse...que bancasse um parto vaginal, né? Então, é... não na época, não sei se hoje ainda existe. Mas lá na cidade que eu morava na época, não existia isso, pelo plano de saúde não existia [parto vaginal], porque a cultura era agendar a cesariana pra aquele dia, mesmo que você entrasse em trabalho de parto antes, ia pra cesariana da mesma forma. Não existia essa questão de esperar pelo trabalho de parto, de entrar em trabalho de parto, de aguardar, de partejar no serviço privado, nem que você pagasse. Mesmo que você tivesse plano de saúde ou não, não existia essa possibilidade, porque não se tinha estrutura, não se tinha o quarto, não se tinha profissional que bancasse esse partejar (ME5)

Em outro estudo de Nakano, Bonan e Teixeira (2017), em que entrevista profissionais médicos obstetras, concluiu que há um processo de normalização da cesariana como forma de nascer e que isso se relaciona ao desenvolvimento de um estilo de pensamento da comunidade de práticas dos obstetras, a partir de um deslizamento do conceito de cesariana de um procedimento cirúrgico para uma forma de parto normal. Para Wagner (2017), a cesárea é o trabalho de parto do obstetra, parte inerente da identidade do profissional especialista e do *modus operandi* obstétrico, um modo de fazer nascer sobre o qual somente o médico pode ter autonomia. Portanto, estratégias de restringir a prática de cesáreas podem soar como um desafio

à autoridade do obstetra, que se opõe não somente as mudanças, mas principalmente a interferência em sua prática médica. Todavia, essa postura tem sido ressignificada a partir do processo de renascimento do parto normal e humanizado e sua mercantilização.

A interface corpo e gestação também foi levantado pelas participantes da pesquisa, independentemente do tipo de parto escolhido. A participante ME12 coloca o estranhamento com relação as mudanças que ocorre no corpo da mulher durante a gravidez e como esse corpo se torna objeto de intervenção médica.

“É muito estranho perceber as mudanças que ocorrem no seu corpo durante a gravidez, no pós-parto. Essas mudanças te deixam mais frágil, sentimental [...] eu acredito que isso também contribua com a essa questão de todo mundo, principalmente os profissionais de saúde quererem interferir na nossa gravidez, na nossa vida... explora só o fato de estarmos grávida, eles querem controlar nossa vida.” (ME12)

A participante ME4 reconhece que não consegue ter posse de seu próprio corpo quando assistida num serviço de saúde, e que mesmo por ser uma profissional da saúde e conhecer a medicalização do corpo feminino, é incapaz de argumentar sobre essa questão. *“Eu não ainda tenho posse do meu próprio corpo quando eu 'tô no serviço de saúde, eu ainda me sinto refém, e eu não trato meus pacientes assim, eu nunca tratei nenhum paciente meu assim... mas na, naquele momento eu, eu não me... eu consigo argumentar.” (ME4)*

A mesma participante também coloca seu incomodo com a questão de perceber seu corpo como um objeto público, em que todas as pessoas, conhecidas ou não, teriam o direito de tocar, opinar e interferir.

Era uma relação assim, muito de que meu corpo, de que não era meu, era uma coisa assim... todo mundo tinha, se achava no direito de pegar na minha barriga, todo mundo se achava no direito de dizer como minha filha ia ser, de ficar julgando se era um menino ou uma menina, isso me incomodava muito! (ME4)

Para Foucault (2007) o controle social começa no corpo, com o corpo. “[...] o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2007:47). Dessa forma, o processo de medicalização, domínio e docilização do corpo da mulher se expande não apenas sustentando as políticas públicas e assistenciais de saúde, mas também sendo construída e reconstruída na sociedade, com suas promessas e expectativas. (VIEIRA, 2002)

Nesse contexto, o processo de gravidez, parto e puerpério é deslocado do campo individual e subjetivo, para o campo do público, coletivo e objetivável, fazendo com que o corpo da mulher seja recorrentemente um objeto de intervenção e julgamento, seja no campo das relações interpessoais, seja no campo institucional.

As mudanças biopsicológicas que ocorrem durante a gravidez, mobilizam os mais diversos campos arquetípicos na mulher. Ao engravidar, a mulher revê seus papéis e lugares no mundo, é um importante momento de reflexão existencial, que possibilita a mulher descartar ou ressignificar alguns desses papéis e lugares no mundo. Trabalhar questões psicológicas, de imagem corporal, identidade materna e relação mãe-filho, relação mãe-sociedade são imprescindíveis para a saúde mental de mulheres grávidas. A medicalização do corpo da mulher grávida, prioriza intervenções no campo biológico, preocupando-se excessivamente com as mudanças que estão relacionadas aos aspectos fisiológicos, metabólicos e patológicos da gravidez.

A participante ME3 destaca que buscou focalizar aspectos psicológicos e da saúde mental para conseguir parir como desejara, um parto normal.

Eu já fui trabalhando, eu trabalhei muito mais a minha cabeça do que o meu corpo na segunda gestação. Eu, na primeira [gravidez que resultou no parto do 1º filho], pensava muito na questão do parto normal, como preparar meu corpo. Já na minha segunda gravidez [que resultou no parto do 2º filho] foi o contrário, comecei a fortalecer a minha mente e dizer: 'eu posso, eu consigo! Ah, 'tão dizendo que eu não... ah, eu vou! Vocês vão ver se eu não consigo, isso não me impede', e assim foi. (ME3)

Outra participante, a ME11, evidencia em sua fala o processo de naturalização do parto normal, como um processo fisiológico do corpo da mulher grávida e que, portanto, precisa ser resgatado atualmente, em que há uma prevalência por partos cesáreas, vistas pela sociedade, como um tipo de parto que minimiza o processo de dor e desconforto, de maior comodidade e mais coerente com as mudanças tecnológicas existentes na sociedade.

Eu vi o parto normal como uma possibilidade. Então assim... você é capaz, mostrando que não é um bicho de sete cabeças, que não é a dor da morte, não é a dor de arrancar um braço sem anestesia, como as pessoas falam. Não! É uma coisa normal, que faz parte do processo do corpo da mulher, que toda mulher está preparada para isso. Às vezes não dá certo, às vezes dá certo. É muito bom também mostrar que é normal, que não tem nada demais o parto normal, que não precisa ser uma supermulher, que é só querer. (ME11)

Esse posicionamento da participante ME11 coaduna com os objetivos do movimento pelo renascimento do parto normal e humanizado, já explicitado anteriormente e que busca resgatar o parto normal como o melhor e principal processo de parir.

Uma outra mudança de imagem corporal relacionada ao parto reconhecida a partir deste estudo é de o corpo da mulher grávida não ser só o corpo da mulher, mas sim um espaço de abrigo, cuidado e proteção do bebê. O excerto da participante ME4 destaque essa questão: “Se todos os médicos me calaram, aquela ali não me calou, porque era meu filho, não era eu, o meu corpo, era o dele, né?” (ME4)

Para Meireles e Costa (2014) há um entrelaçamento entre o processo de construção da identidade materna e a tarefa de estabelecer uma ligação afetiva com o bebê. Além das questões do desenvolvimento fisiológico do feto, é incontornável o processo de desenvolvimento psicológico da própria mãe na construção de relações afetivas e emocionais. A perspectiva de responsabilidade perante um filho pode ter um forte impacto na mulher, que deverá aprender a relacionar-se com um filho, oferecendo uma grande parte de investimento emocional para assegurar a segurança e o bem-estar de um novo ser, que passará a depender de si. Essa construção afetiva inicia-se antes do nascimento, numa adaptação corporal, cognitiva e emocional ao bebê em desenvolvimento.

As participantes da pesquisa levantaram também as motivações e desejos de engravidar e da escolha pelo parto normal. É interessante notar que apesar de haver desejo em engravidar, esse sentimento mobilizar nem sempre é acompanhado de um processo de organização e planejamento do processo de engravidar. Os excertos a seguir evidenciam essas diferenças. As participantes ME1, ME5, ME10 e ME11 colocam que o processo de gravidez foi desejado e planejado com o companheiro, e socializado com sua rede social e de apoio.

“Desde o princípio eu já comecei a ter contato com outras gestantes né? É... uma vez fui para uma consulta de rotina do pré-natal, logo bem no início e aí nessa consulta eu conheci uma gestante e essa gestante fazia parte de grupo de gestantes que tinham o desejo pelo parto normal” (ME1)

A minha gestação foi extremamente planejada, eu acho que... que a principal característica...da minha vida, da minha personalidade, como eu me comporto, é a questão do planejamento. Então foi uma gravidez milimetricamente planejada, a concepção, a ovulação, a contagem, então isso tudo foi milimetricamente desejado e planejado. (ME5)

A minha primeira [gravidez] foi totalmente planejada. Assim... a gente sonhou cada minutinho daquela gestação, do primeiro filho né? Então, realmente é... me organizei, fui ao nutricionista antes, fui ao ginecologista antes de engravidar, fiz todos os exames antes engravidar, pra ver se ‘tava tudo bem, tudo tranquilo. E até que seis meses depois que a gente estava tentando, eu descobri que estava grávida. (ME10)

Eu desejava ter filho e foi planejada. Só não foi planejada o mês, mas o ano foi. Foi planejada, até porque como eu tenho endometriose, eu precisei fazer o tratamento. Então... um ano antes, que foi 2019, eu tive que fazer contagem de folículos para saber a possibilidade de engravidar. Teve médico que disse que não, teve médico que disse que sim [sobre a possibilidade de engravidar]. Então, a gravidez já estava planejada. (ME11)

Diametralmente, temos as falas das participantes ME2 e ME4 que colocam que o processo de gravidez não foi planejado. No caso da participante ME2, a gravidez também não

foi desejada nos momentos em que engravidou. “A minha gravidez, ela não foi nem planejada e nem desejada” (ME2)

“Então... a minha primeira [gravidez], nenhuma das minhas gravidezes foram planejadas, a minha... a primeira vez que eu engravidei foi poucos meses depois de me casar. Eu fui pega de surpresa porque eu fazia acompanhamento com uma ginecologista e 'tava fazendo uso de anticoncepcional.” (ME4)

A partir de uma perspectiva psicanalítica, Tachibana *et al.* (2006) colocam que em alguns casos, a mulher consegue reconhecer quais são seus verdadeiros desejos. Porém, na grande parte das vezes, não consegue realizar essa tradução. Tal situação decorre da diferença entre aquilo que se deseja e aquilo que se demanda. O desejo corresponde unicamente à esfera inconsciente, enquanto a demanda seria uma vontade pertencente à esfera do consciente, nesse campo, as mulheres são atravessadas por diversos elementos sociais, culturais, morais, éticos, econômicos que influenciam em seu desejo. Para Soifer (1980), quando a mulher engravida é porque há uma desproporção entre seus sentimentos ambivalentes de querer e não querer ter um filho, o fenômeno da maternidade supera os desafios e medos associados a ter filhos.

O processo de desejar engravidar, implica invariavelmente, mobilizar recursos, estruturas e processos objetivos e subjetivos para a chegada do bebê, ou seja, se faz necessário um processo de planejamento e organização. Importante ressaltar que há um distanciamento entre o processo de organização e planejamento da gravidez, parto e puerpério e o que conhecemos atualmente como programa de planejamento familiar em saúde. Ferreira, Costa e Melo (2014) colocam que a construção do planejamento familiar foi disputada historicamente por múltiplos interesses. De um lado, o controle da natalidade; de outro, o direito de decidir das mulheres.

Atualmente temos uma política construída para o programa de planejamento familiar que se baseia no direito à saúde, direito do homem, da mulher e do casal. Uma abordagem assistencial hegemonicamente focada na contracepção e controle de natalidade. E mesmo que no dispositivo legal haja uma proposta de direito da mulher, homem e casal, o que se percebe, no contexto concreto, é uma nebulosidade em torno desse direito, recaindo mais sobre as mulheres os deveres, posturas e atitudes frente ao processo de engravidar.

Durante o processo de planejamento da gravidez, a questão do tipo de parto se torna uma decisão que precisa ser tomada, seja pela mulher, seja pelo casal. Diversos são os elementos que influenciam na decisão pelo tipo de parto. Para a participante ME1, a motivação pela escolha do parto normal estava relacionada com, principalmente dois elementos, o histórico de parto da mãe e a questão da mais rápida recuperação após o parto, conforme podemos observar no excerto a seguir.

Porque eu já tinha esse desejo...essa vontade. Até porque, minha mãe teve três partos normais, então acho que mais pela história dela, de sempre ter conversado sobre isso, de ter tido parto normal. Para mim, um parto normal seria ótimo! Só muita dor no momento da passagem do bebê e tal... das contrações, mas ao mesmo tempo eu enxergava que aquilo iria passar muito rápido (ME1)

A participantes ME2 e ME10 já colocam que sempre quis ter tido parto normal, contudo impossibilitada de realizar esse tipo de parto por motivos de saúde “*O meu primeiro filho já tinha sido cesariana, mas não foi uma opção minha, foi por questões de saúde minha mesmo. Sempre quis ter tido parto normal.*” (ME2). “*Sempre quis ter parto normal, sempre quis! Ai eu falei: ‘doutor, eu quero porque tenho um filho muito pequeno e foi cesárea, eu quero viver essa experiência e tal do parto normal’*” (ME10). A participante ME10 ainda destaca em sua entrevista que a escolha pelo parto da segunda filha foi única e exclusivamente sua, a partir de um processo de reconhecimento do próprio corpo e das condições favoráveis para parir via vaginal.

Quando chegou na gestação da minha segunda filha, eu falei [faz gesto de negativa com o dedo da mão e som de negação também]: ‘quem manda nessa %%%!# [fala um palavrão] sou eu! Agora já era meu filho! [fala do nome do companheiro], agora eu irei esperar. Eu tenho condições de ter um parto normal, eu sou uma pessoa saudável, conheço meu corpo e irei me preparar para isso’. Então, eu fui para hidroginástica, fiz hidroginástica praticamente a gestação inteira, cuidei do meu corpo, alimentação, me preparei para o meu desejo de ter um parto normal. (ME10)

Já a participante ME4 coloca que a escolha pelo parto normal estava associada a possibilidade de experienciar todos os momentos fisiológicos do trabalho de parto, como as contrações. Para ela, a cesárea não era uma opção.

Então...era uma coisa que eu sonhava muito. Eu queria muito sentir contração, eu queria muito parir normal, eu queria, eu queria, era algo que eu sonhava desde... desde a graduação, eu olhava as mulheres parindo, eu dizia: ‘eu quero parir, eu quero passar por isso’. Porque era algo tão ferrenho que eu me dizia: ‘eu tenho que parir, eu posso, eu posso, eu posso’. A cesárea não era...não era vista como uma opção. (ME4)

Diferentemente do pensamento da participante ME5, que coloca apesar de preferir o parto normal, era necessário considerar os aspectos fisiológicos envolvidos no processo de parto, portanto, caso necessário, o parto do tipo cesárea também poderia ser bem aceito, a partir de uma justificativa da saúde do binômio mãe-filho. “*A gente foi bem fatídico: ‘olha, a gente deseja muito o parto vaginal, mas se por algum motivo de saúde precisar ir pra cesariana, a gente vai’.*” (ME5)

Situação distinta da apresentada pela participante ME11, que coloca que a escolha do parto foi algo consensual entre o companheiro e motivada por estudos, pesquisas sobre o tema: “*A gente [ela e o companheiro] decidiu ter parto [normal] após assistir vários*

documentários sobre parto na Netflix. De estudar sobre os benefícios do parto normal em relação ao parto cesárea” (ME11)

Por fim, as participantes ME3, ME7 e ME9 colocam a importância de impor o desejo pelo parto normal e humanizado, sem a utilização de técnicas e procedimentos que atualmente não considerados desnecessários durante um parto normal. *“A minha opção era um parto normal, eu deixei isso bem claro durante todo o pré-natal para as médicas que me acompanharam. Eu deixei sempre muito bem claro isso...” (ME7). “O parto normal, humanizado e tudo o mais, que era e sempre foi a minha vontade.” (ME9)*

É porque realmente eu queria ter um parto normal, né? E a médica que ‘tava me acompanhando, ela ‘tava direcionando pra um cesárea e depois quando ela me disse do parto normal ela já me falou de uma ‘epísio’ de rotina. Então assim... não atendia ao que eu buscava dentro de um parto normal. (ME3)

Conforme os estudos de Melchiori *et al.* (2009), Nascimento *et al.* (2015) e Spigolon *et al.* (2020), as mulheres preferem realizar o parto normal. Nos estudos de Melchiori *et al.* (2009), Nascimento *et al.* (2015) a prevalência de escolha pelo parto normal, foi muito similar, 75% e 76%, respectivamente. Já no estudo de Spigolon *et al.* (2020), metade das gestantes preferiam o parto normal, contudo a maioria acabou por utilizar o parto cesárea.

Para Nascimento *et al.* (2015) a preferência pelo parto normal foi justificada pelo fato de ser um processo natural, ter uma recuperação pós-parto mais rápida, facilitando o processo de locomoção e cuidados com o recém-nascido. Além disso, experiências prévias com o parto, interferências familiares e interação profissional, a partir das consultas de pré-natal e de fontes eletrônicas de informação, influenciaram também na escolha do tipo de parto.

O processo de parto humanizado tem contato com uma ferramenta, o plano de parto, que documento de forma escrita e com valor legal, os desejos e preferências da mulher e do casal durante o processo de parturição. Conforme Medeiros *et al.* (2019), o plano de parto surge no final da década de 1970, com o propósito de facilitar a comunicação entre gestante e profissionais de saúde, além de encorajar tomadas de decisão informadas por escolhas, riscos e resultados de trabalho de parto.

A partir de 1996, a OMS incorpora no documento “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” recomendações para o uso do plano de parto. A ideia é reorganizar e humanizar a assistência obstétrica em todo o mundo e o plano de parto, torna-se um documento de caráter legal que garante as expectativas e preferências referentes ao cuidado durante o trabalho de parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996)

As participantes ME1, ME5, ME8 e ME11 levantaram em suas entrevistas a questão do plano de parto como uma ferramenta de garantia para um processo de parto

humanizado e coerente com suas vontades e preferências. A participante ME1 coloca que inicia o processo de pré-natal já apresentando ao médico obstetra seu plano de parto. No processo de planejamento do trabalho de parto, a participante ME1 apresenta um plano de parto A e B, já prevendo que caso suas preferências e desejos no trabalho de parturição não fossem atendidas de maneira integral, que dispunha de propostas alternativas que pudessem garantir minimamente o processo de humanização do parto. Para a entrevistada, seu plano de parto foi respeitado, não foi o seu plano de parto inicial – plano A, visto que pretendia ter tido um parto normal, porém evoluiu para um parto cesárea – plano B.

Eu cheguei ao ponto, para você ter ideia, ao ponto de elaborar meu plano de parto. Eu tinha um plano de parto que eu levei para o meu médico, eu apresentei, fiz ele ler o meu plano de parto. Meu plano de parto vai ser esse! Eu quero parto normal, mas se não der certo vai evoluir para cesárea. Mas se evoluir para cesárea, eu só quero que corte o cordão umbilical quando parar de pulsar. Eu só quero que façam isso, isso e isso. (ME1)

Eu tinha o plano A e o plano B. O plano A não deu certo, fui para o plano B. O plano B, era para mim, era o plano que eu deixava ali... como última das últimas opções. Não era uma coisa para partir rápido para o plano B. Eu não aceitei partir rápido para o plano B, mas quando eu fui para o meu parto, eu fui já aceitando que realmente o meu corpo não estava respondendo para um parto normal. (ME1)

Meu plano de parto foi respeitado, mas é aquela questão, eu não sei te dizer até que ponto ele foi respeitado. Se meu plano de parto não tivesse sido respeitado, eu teria sofrido uma violência obstétrica. Porque eu já tinha mostrado para o meu médico como eu queria, ele assinou meu plano de parto. E então a partir do momento que ele assinou, ele concordou com tudo que eu queria. Se ele não tivesse feito da forma que queria, eu teria sofrido. Nesse ponto deu tudo certo! Eu fui respeitada, bem tratada. (ME1)

A mesma estratégia foi adotada pela participante ME5, que relata que tinha em mãos e acordado com seu companheiro e profissionais de saúde que a acompanharam seu processo de gestação, diversos plano de parto, todos visando garantir um processo de autonomia da gestante e humanização do parto. Contudo, apesar de dispor de diversos planos de parto, ao fim, o elemento inesperado surge, impossibilitando pôr em prática os planos anteriormente traçados. *“Planejadíssimo em todas as alternativas possíveis, eu tinha cadernos, eu tinha fluxogramas, eu andava com programas de como eu poderia fazer, plano A, plano B, plano C, e aí no final das contas não aconteceu nada disso... [riso] ...não aconteceu nada disso.” (ME5)*

A participante ME8 apresenta a utilização do plano de parto como estratégia de garantir seu desejo de ter um parto cesárea. A motivação principal para adotar essa escola de tipo de parto fundamentou-se na antecipação da licença maternidade. *“Fiz um plano de parto. Foi uma escolha minha, o médico me perguntou, quando a gente 'tava no processo, é, se eu*

queria planejar o parto cesáreo, tal e tudo. Eu falei que sim, que preferia, tanto, até porque eu queria me ausentar antes do trabalho pra entrar no processo de parto.” (ME8)

Por fim, a participante ME11 destaca a importância do plano de parto como um documento que deve ser permanentemente revisto pela equipe de saúde que está atuando no processo de assistência ao parto. *“Sempre era na banquetta [durante o trabalho de parto], era como eu tinha escolhido meu plano de parto” (ME11)*

Para Santos *et al.* (2019) colocam a importância da utilização do plano de parto como uma tecnologia que favorece a experiência positiva do parto e que sua construção deve ocorrer durante o pré-natal, na perspectiva de uma relação de co-produção de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento favorável do trabalho de parto.

Já Mouta *et al.* (2017) sinalizam que a utilização do plano de parto pelas mulheres pode adquirir um sentido de empoderamento feminino, ao promover um poder de decisão sobre todas as dimensões da parturição com destaque para a escolha do local de nascimento do bebê, do acompanhante, o profissional que vai prestar assistência, as tecnologias não invasivas de cuidado aplicadas ao processo de gestar, parir e nascer.

Outra estratégia utilizada pelas mulheres durante o processo de gravidez é a rede de apoio que surge como um suporte para o enfrentamento dos desafios recorrentes das transformações físicas, mentais e sociais, amparando as mulheres no seu processo de desenvolvimento pessoal e social e na sua autonomia frente suas às decisões. Essa rede de apoio é muito singular e subjetiva, depende diretamente das relações sociais, afetivas e de cuidado de saúde da gestante.

As participantes da pesquisa relatam que as suas principais rede e pessoas de apoio foram: familiares, companheiro, profissionais de saúde e também redes sociais virtuais compostos por outras mulheres grávidas.

O apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudanças, quando naturalmente são exigidas adaptações e o indivíduo passa por situações de estresse. O nascimento de um filho é uma destas situações em que a mulher tem que se adaptar à nova vida, que inclui, por exemplo, as demandas do bebê, uma interação conjugal que passa a envolver um terceiro membro e a vida profissional e social com a presença de um ser que depende dela. Enfim, são muitas as mudanças que a mãe e o pai têm que enfrentar com a chegada do bebê. (RAPOPORT; PICCINI, 2006:86)

A participante ME1 apresenta como sua principal rede apoio, a pessoa com quem pode conversar, tratar de questões da gravidez, parto e puerpério uma amiga que é profissional da saúde. *“Entrei em contato com outra amiga, de Brasília e disse: ‘meu médico veio me dizer*

que meu canal é estreito, que não sei o que mais'. Ela respondeu que isso pode interferir, porém não impede de você conseguir ter um parto normal, de evoluir” (ME1)

Para a participante ME2, a principal pessoa e rede de apoio durante sua gravidez foi sua irmã. *“Eu tinha muita, muito próximo a minha irmã. A minha irmã, ela nunca conseguiu engravidar, infelizmente, então ela sempre ficava muito próxima, muito...me ajudando, minha mãe, mas assim, minha família mesmo me dando suporte, né?” (ME2)*

Segundo Rapoport e Piccini (2006), o apoio social é classificado de acordo com o tipo de suporte que é fornecido e pode ser classificado como apoio disponível, percebido ou recebido. Outra possibilidade de classificação é quanto ao tipo de suporte ofertado, podendo ser emocional, informacional ou instrumental.

As participantes ME10 e ME11 destacam como principal rede de apoio seus companheiros. É importante ressaltar que, para a participante ME11, que viveu a experiência da gravidez, parto e puerpério durante a pandemia da COVID-19, em que tivemos medidas de distanciamento e isolamento social, seu companheiro foi fundamental no processo de suporte e apoio para o sucesso de sua gravidez. *“Meu companheiro é muito parceiro. Ele participou de todos os ultrassons e todas as consultas. Às vezes, ele perguntava mais que eu [risos]” (ME10)*

Somente meu companheiro, por causa da pandemia. Eu descobri que estava grávida em janeiro. Em março entramos isolamento social. Não! Descobrimos em fevereiro, março entramos em isolamento social. Então só ele ia comigo. A gente ficou isolado. Ele não voltou ao trabalho presencial. Nós nos isolamos ainda mais, porque com a gravidez e uma doença nova...a gente não sabia como iria ser se eu pegasse, então ficamos só nos dois durante esse processo [...] foi um mergulho dentro de mim. Eu e ele ficamos assim... mais ligados porque foi um processo difícil. Ele passava muito força pra mim. Mas ao mesmo tempo, ele estava muito preocupado comigo (ME11)

Para Rapoport e Piccini (2006) e Quesada (1993) ter apoio, de cunho emocional e prático, fornecido por uma rede de relações, principalmente pelo parceiro, pode influenciar inclusive no desfecho da via de parto enquanto vaginal ou cesárea.

A participante ME10 apresenta uma contradição ao relatar sobre a questão das redes de apoio durante o processo de gravidez, parto e puerpério. Inicialmente ela coloca que não teve nenhuma rede de apoio, conforme mostra o excerto a seguir: *“Então... eu não tinha uma rede de apoio que falasse assim: ‘Não! Vai dar certo! Você vai conseguir!’” (ME10)*. Contudo durante a mesma entrevista, a participante relata que participava de grupos de gestantes virtuais, utilizando o aplicativo de rede social WhatsApp®. Este grupo ao qual fez parte se manteve após o processo de parturição das gestantes que participavam e se tornou um grupo virtual de apoio e troca de experiências da maternidade. *“Não participava de grupos presenciais, mas virtuais*

sim. Têm grupos de mães de WhatsApp®, que por sinal, até hoje eu participo [risos] que era uma troca muito legal, uma troca... mesmo quando você tem dois filhos, é diferente. Então é uma troca muito legal” (ME10)

Nos dias atuais, as redes sociais virtuais se tornaram importantes ferramentas de comunicação interpessoal. As participantes ME4, ME5, ME6 e ME9 trouxeram que as principais redes de apoio que foram utilizadas durante seus processos de gravidez foram as virtuais, em especial grupos de WhatsApp® e Facebook®. Esses grupos virtuais eram compostos, em grande maioria, por gestantes que estavam em diversos momentos da gravidez. Além de contar também com a participação de alguns profissionais de saúde ligados ao parto normal e humanizado, enfermeiro obstetra, psicólogo e fisioterapeuta. Apesar da presença do médico obstetra nesses grupos, sua participação era muito tímida, quase não havia interação com as gestantes.

A participante ME4 ressalta o papel do grupo de gestantes virtual como uma importante ferramenta de suporte e apoio durante o processo de gravidez, parto e puerpério. Como se tratava de um grupo com diversas mães, que experienciavam momentos diferentes da gravidez, havia uma troca de informações, dicas e ideias que influenciavam nas escolhas e preferências das mulheres. A participante coloca que o grupo alimentava também a alma. Era um grupo que travava assuntos complexos e sérios de uma maneira leve e sempre respeitando a autonomia das participantes.

E assim... foi algo, era algo [o grupo de gestantes no WhatsApp®] que alimentava a minha alma, assim, de, de dividir com elas coisas que só a gente sentia, de como era estranho fisioterapia pélvica, todo mundo falava: ‘ai, meu Deus, aquele dedo na perereca, ninguém merece’, eu lembro que a gente ria junto, porque são coisas que você não fala pra outro profissional, como aquilo é estranho, mas a gente comentava, né? Dizia: ‘e aí, tu já passou pelo balão?’, a outra: ‘não, balão não dá pra mim’, a outra já, e a gente ria junto daquelas situações, né? De, de sexo, falava de sexo na gestação, é, falar realmen..., a gente se programava pra pedir desconto juntas, então a gente fez muitos ensaios juntas, é, desconto de sítio pra fazer ensaio, tivemos juntas, todos esses mesmos ensaios, mesmo sítio, porque pedimos desconto, é, mesmo fotógrafo, pedimos desconto, então assim, era uma coisa gostosa da gente dividir juntas, né? E, esse, esse grupo eu nunca tive, tive momentos em que eu não me senti tão, tão, é, não me senti tão identificada mais com elas, mas eu não consigo sair, porque é algo que se tornou tão forte pra mim, que é um, que é um elo que eu não consigo quebrar, né? De que, do que a gente divide. Depois da gestação a gente passou a dividir as loucuras, anseios, medos, angústias da maternidade, né? E até hoje isso permanece, até hoje a gente conversa, quando uma criança ‘tá doente, vacina, é, colégio, material escolar, tudo a gente ainda faz junta... [riso] ...a gente ainda compartilha e é, assim, muito gostoso (ME4)

A mesma participante ressalta que apesar de se tratar de um grupo de gestantes virtual, houve interação também no mundo real. No momento em que precisou de suporte durante o trabalho de parto e que não poderia contar, naquele momento, com o apoio do

companheiro e dos familiares. As mulheres que faziam parte do grupo de WhatsApp® se disponibilizaram para apoiar nas demandas e necessidades da participante, buscando proporcionar um processo de trabalho de parto que atendesse aos anseios da ME4.

E aí, quem foi que me acolheu? O meu grupo de mães. Eu liguei pra uma delas, disse que 'tava passando mal, daqui a pouco chegou cinco, uma chegou com sabonete, pra eu poder tomar banho, a outra acompanhou a minha mãe pra ir pegar alguma mala, com alguma roupa... [riso leve] ...a outra ficou per..., arrumando a suíte, vendo o que que precisava, sabe? E assim, ficaram comigo até a minha cunhada chegar, meu sogro chegar e tudo dar certo. Elas estavam lá o tempo todo, enquanto meu marido não chegava, mesmo com criança, com tudo, elas estavam lá. Então assim, foram aquelas mulheres que me, que me abraçaram, né? Aquelas mães que sabiam o que que eu 'tava passando ali, o que que pra mim era...era preciso. Zelo demais de me dizer: 'o que que você precisa?', eu digo: 'eu preciso de salgadinho amanhã, porque eu não marquei os salgadinhos'. E aí ela, e 'e você, o que precisa?', 'eu preciso de uma Gillette®, eu preciso me depilar, eu não fiz nada!', e aí era assim. E foi muito, muito... a preparação, embora fosse na urgência, mas eu me senti, é... eu me senti acarinhada, por ter elas ali comigo, que elas sabiam o que que eu 'tava passando. (ME4)

No estudo de Sales (2017) que investigou a rede de apoio ao parto humanizado a partir de um grupo do Facebook® concluiu que a rede social virtual se revelou um espaço onde as participantes realizam ações e conexões que ligam diversos nós na rede, constituindo-se como uma rede de apoio emocional e informativa que gera aprendizagens e aglutinação de novos saberes, a partir de uma relação dialógica permeada pela afetividade entre as participantes. A participante ME6 coloca que sua participação em grupos do Facebook® foram fundamentais para reconhecer que havia sofrido violência obstétrica e que aquele espaço era também um espaço de aprendizado e reconhecimento dos seus direitos enquanto mulher grávida.

Eu participava de grupos de Facebook® na época, né? E aí eu via as mulheres dizendo: 'ah, eu tive um corte, tive a episiotomia', e eu não sabia nem como era o nome daquilo. E aí ela dizia: 'ah, é que, que eu não tinha conhecimento'. Eu comecei a pesquisar sobre isso e vi que tudo aquilo era violência obstétrica. Porque eu tive a episiotomia. Eu não tive direito a acompanhante. Me foi colocado o soro com oxitocina sem eu querer. Estouraram minha bolsa sem me dizer nada. Quando ele nasceu, eu fui pegar nele... que o médico o colocou na minha barriga, eu fui pegar nele, o médico disse que eu não poderia pegar porque ia contaminar. A enfermeira só me mostrou ele um pouquinho e levou. Ele veio para mim já umas quatro horas depois do parto. Me deixaram lá jogada na maca. Depois eu fui para uma cama. (ME6)

Para Garcia Junior, Ceccon e Cruz (2019), os espaços virtuais se constituíram como importantes ferramentas de comunicação e interação social nos últimos anos. Muitas redes sociais estão voltadas para os relatos de experiências relativas à violência obstétrica, num cenário de em que prevalentemente as mulheres são invisibilizadas ou silenciadas, dificultando a construção de estratégias de resistência e luta. Alguns desses espaços virtuais também tem se voltado para a discussão de garantias dos direitos humanos das mulheres, na gravidez e no parto.

As participantes ME5 e ME9 colocam que apesar de utilizar as redes sociais virtuais como uma ferramenta de apoio e suporte durante o processo de gravidez, momentos de interação física também eram importantes. A troca de experiências a partir de conversas na fila de espera do Pré-Natal era um momento muito aguardado pela participante ME5. Já a participante ME9 ressalta a importância de ter essa interação com outras gestantes no espaço virtual e também de maneira física. *“Além do grupo de WhatsApp®, você participava de algum grupo no Facebook® ou outro, o grupo de gestantes pessoais, assim, fisicamente. Ajudava demais!” (ME9)*

Então, pra mim, no dia que eu fazia consulta de pré-natal no Posto de Saúde Público, pra mim era meu momento de partilha, eu ficava esperando às vezes meia hora, quarenta minutos, e eu conversava com outras gestantes, e a gente perguntava sobre gravidez. Falava sobre parto, que tinha parido assim, que tinha parido assado, que o marido isso, que o marido aquilo, que o ex-marido isso, que o ex-marido aquilo. Era o momento realmente em que eu me sentia a grávida, com barrigão, inchada, que iria parir em algum momento, que eu vou daqui a pouco ‘tá com esses meninos também do meu lado, então eu me sentia grávida como a gente vê em novela, naquele momento em que eu ‘tava sentada no banco, esperando a minha hora de ser atendida (ME5)

As redes sociais virtuais comumente utilizadas pelas participantes da pesquisa tinham regras, de inserção, convivência e participação, que precisam ser respeitadas pelas mulheres grávidas. A participante ME5 coloca que para entrar nesses grupos virtuais era necessário que a uma mulher disponibilizasse sua vaga, isso acontece após o compartilhamento do relato de parto no grupo.

As outras gestantes que estavam com idade gestacional mais avançada, algumas puérperas ficavam, né? A regra do grupo era que só podia sair depois que colocasse o seu relato de parto, então eu mesma fui uma puérpera que fiquei quase um mês, um mês e meio no grupo, então a regra era que você só podia sair pra dar vaga pra outra gestante quando você colocasse seu relato de parto, né? (ME5)

As narrativas em primeira pessoa de relatos e vídeos de parto, compartilhada nas redes sociais virtuais pelas mulheres, desempenham importante papel no contexto da assistência obstétrica no Brasil. Os relatos trazem a perspectiva nativa, de quem vivenciou o parto, e que se posiciona de maneira ativa diante desta experiência, ainda que *a posteriore*. Esses relatos do parto podem ser importantes documentos para o processo de identificação de violências obstétricas e outras práticas e atitudes da equipe que vão na contramão da humanização do parto. É quando se questiona a assistência padronizada e padronizante que receberam, e, certamente, este é um dos motivos pelos quais os relatos de parto são compartilhados. (MÜLLER; PIMENTEL, 2013)

Podemos considerar também que um outro papel dos relatos de parto, o de construir processos identitários. Para Giddens (2002) o crescente papel da (re)organização reflexiva das narrativas biográficas atuam na construção das identidades subjetivas ou auto-identidades.

Portanto, as trocas de narrativas e discursos sobre o processo de parturição podem reposicionar os sujeitos e ressignificar experiências.

Todavia, é importante também que esse processo de construção e compartilhamento do relato de parto seja uma decisão única e exclusiva da mulher, e não uma regra rígida e autoritária. A partir do momento que há uma imposição para a elaboração desse plano de parto, a autonomia da mulher fica em xeque e (re)produzimos novas formas de violência obstétrica. Sendo assim, é preciso haver desejo, consciência e liberdade para a elaboração e compartilhamento dos relatos de parto pelas mulheres, permitido, portanto, reconhecer e respeitar sua trajetória pessoal e sua experiência com a gravidez, parto e puerpério.

Outro tema trazido pelas participantes da pesquisa e que dialoga diretamente com a questão da violência obstétrica refere-se ao conhecimento sobre a gravidez, parto e puerpério. As participantes ME1, ME3, ME9 apresentam em suas entrevistas um conhecimento diferenciado sobre o processo de gravidez, parto e puerpério. Para a participante ME1, quando o profissional médico encontra algumas intercorrências no processo de parturição, lhe é ofertado a cirurgia cesárea como conduta terapêutica para essa participante. Contudo, a partir dos conhecimentos e estudos feitos pela participante, essa indicação é refutada. A participante enfatiza que quando as gestantes não dispõem de conhecimentos sobre o processo de gravidez, parto e puerpério, se tornam mais influenciáveis.

Eu estava muito, muito, por dentro daquilo que eu queria e de tudo aquilo que eu acreditava que seria o melhor para mim e para minha bebê. Meu médico chegou a sugerir assim: 'E aí, vamos para cesárea?'. Já chegou assim, sugerindo no segundo dia. Eu disse: 'Não! Vou não!'. Eu disse: 'estou com quarenta, eu estava exatamente, com quarenta semanas...'. Eu disse: 'não, eu ainda tenho tempo, não tenho?' Ele disse que eu tinha. Eu respondi que iria aguardar. Não quero agora, ainda tenho tempo. Ele disse tudo bem. A mulher que não está preparada, empoderada, que não tem conhecimento de... dos riscos de uma cesárea, que não tem conhecimento das contraindicações de uma cesárea, das contraindicações de um parto normal, ela é muito... ela é seduzida muito facilmente pelo médico. E levada a um procedimento que ela não queria, porque eles fazem acreditar que o bebê está ali em sofrimento fetal, que precisa abrir para tirar naquele momento. Quando elas não estão empoderadas, quando elas não têm conhecimento sobre seu próprio corpo, sobre a gestação, de como tudo pode evoluir. Elas são mais influenciáveis. (ME1)

Como eu dizia, olha [cita o nome do médico] eu só quero que cortem o meu cordão umbilical depois que parar de pulsar. O médico respondia: mas [cita o nome do próprio nome] por que isso? Eu disse: 'porque diminui o risco de anemia, diminui o risco de... icterícia neonatal' e fui dizendo. Ele foi concordando. Era uma coisa que realmente eu fiz, eu estudei, de fato. Eu estava respaldada para bater de frente, discutir. Como uma vez, ele chegou a fazer um toque em mim, lembro na minha última consulta de pré-natal, já foi com pra lá de trinta semanas, trinta e nove semanas, ele fez um toque e disse assim: 'eu acho que tu tens um canal muito estreito para passagem do bebê, é só de tantos centímetros'. Chegou a falar lá. Eu disse: 'sim, e aí? Isso me impede de ter parto normal?'. Ele respondeu que não impedia, porém vai ser... pode ser mais demorado, mas não lhe impede. Eu disse: 'pois é, tu não vens me desanimar não!' [Risos]. Para uma pessoa leiga, já poderia soar como um risco de

vida para o bebê. Eu ouvia que não podia, meu corpo não daria, meu canal, minha passagem era pequena e eu não vou conseguir. Mas isso não me fez desistir, porque eu tinha estudado bastante e sabia de todas as possibilidades. (ME1)

As participantes ME3 e ME9 apresentam em suas entrevistas posicionamentos semelhantes ao da participante ME1. A M3 sabia da importância do *golden hour* no momento pós-parto imediato. “*Eu sabia que o bebê tinha que ficar uma hora, que era exatamente a golden hour, que era pra ficar junto com a mãe no pele a pele.*” (ME3). Já a participante ME9 coloca a importância de conhecer sobre a gravidez, doenças gravídicas e também sobre técnicas e procedimentos utilizados no trabalho de parto.

E eu sempre fui lendo, eu sempre gostei de ler muito em relação à tudo o que comentavam nesse grupo, né? É, ah, pressão, é, pré-eclâmpsia, é, diabete gestacional, é, tipos de gravidezes de risco, tudo isso eu sempre gostei de ir atrás, né? Eu ouvia os comentários das meninas lá e ia atrás, pesquisar e tudo o mais, às vezes eu aperreava fulana... [riso] ...e aí, eu já tinha lido bastante sobre pré-eclâmpsia por conta que uma amiga minha teve pré-eclâmpsia. né? Eu já tinha lido sobre indução de parto, sobre tudo isso eu 'tava assim, na minha cabeça eu 'tava assim, firme no que eu queria e com o conhecimento, assim, firme pra não voltar atrás, dependendo da situação, né? (ME9)

[...] justamente porque quanto mais se fala, quanto mais conhecimento, porque o que eu penso é que as mulheres, elas precisam procurar mais informação, né? Em relação à gravidez, gravidez não é só você ir ao médico ver se o bebê 'tá bem, comer e esperar a hora de tirarem o menino, entendeu? Eu acho que você tem sim que buscar informação pra tudo, por exemplo assim, se o médico diz assim: ‘olha, você 'tá com problema cardíaco tal e tal, você tem que fazer uma cirurgia tal e tal’, quer dizer que você não vai ler nada a respeito, você vai aceitar o que ele 'tá dizendo e vai lá fazer a cirurgia, não vai nem ouvir uma segunda opinião? Então, pra tudo na vida, em geral, as pessoas procuram uma segunda opinião, conversam com alguém, mas, muitas vezes, em relação ao parto isso não acontece, ficamos a mercê do que o médico diz, determina. (ME9)

Contudo, essa busca de conhecimento sobre a gravidez, parto e puerpério não é consenso entre as participantes da pesquisa. A entrevistada ME11 depositou integralmente seu processo de gravidez e parto nas mãos da médica obstetra. “*Eu falei: ‘doutora eu não entendo nada de nada, minha vida está nas suas mãos. Faça o que você achar melhor’*”. (ME11)

Em estudo realizado por Pereira, Silva e Missio (2022) que investigou o conhecimento de gestantes sobre o trabalho de parto evidenciou que as gestantes não se sentem preparadas para o parto e que as gestantes possuem pouco conhecimento sobre as vias de parto, principalmente o parto normal.

Apesar de não ter conhecimentos sobre a gestação e parto, a participante ME11 preocupa-se em ser acompanhada por uma equipe de profissionais mulheres, por acreditar que isso pode minimizar as possibilidades sofrer algum tipo de violência.

O meu parto foi como o parto que a minha avó teve praticamente, que era uma mulher para ela. Era uma parteira fazendo com ela. Mulheres trabalhando para mulheres. A equipe que eu escolhi era toda de mulheres. Assim... não porque o homem não... mas é de mulheres para mulheres também. Eu acho que falta muita essa parte de nós

mulheres enxergarmos uma nas outras esse apoio, nesse momento. De mulher para mulher. Eu acredito que isso diminui a probabilidade de acontecer algum tipo de violência no momento do parto. (ME11)

A participante ME5 enfatiza que sua principal preocupação era não sofrer violência durante o trabalho de parto, para ela era mais importante que o tipo de parto que poderia ter experienciado. Algo muito próximo foi falado pela participante ME12.

Então eu planejava, eu pensava, meu primeiro plano era ter um parto, na verdade, meu primeiro plano era ter um parto não violento, independente se ele fosse cesariana ou normal, né? É, esse era meu plano A. O meu plano B era ter um parto vaginal não violento. O que eu tinha planejado, que não foi dentro de como eu tinha planejado, mas eu tinha conseguido parir sem ser violentada, sem ser agredida, que era... como eu queria acima de qualquer tipo de parto. (ME5)

Eu não me importava se meu parto iria evoluir para um parto normal ou cesárea, minha principal preocupação era não sofrer qualquer tipo de violência. E olha que interessante? Eu acho que no parto eu não sofri violência. Eu estava meio que obcecada em não sofrer violência no momento do parto, tanto que... eu acredito que sofri violência em outros momentos da minha gravidez. (ME12)

A violência obstétrica no momento do parto é uma situação marcante na vida das mulheres que o tipo de parto se torna algo menos importante para as mulheres, uma vez que a violência deixa traumas psicológicos e, algumas vezes, físicos que impactam para sempre a vida das mulheres.

A possibilidade de ter a experiência de uma cirurgia cesárea humanizada foi levantada pelas participantes ME1, ME4, ME6 e ME12. A participante questiona-se se é possível existir um parto cesárea humanizado “*Eu me questionava: ‘será que eu posso ter uma cesariana humanizada?’ Eu não, não entendia isso até o meu segundo filho...*” (ME4)

Me maquiei, estava linda! Tirei o excesso [de maquiagem] pra ninguém pensar que eu 'tava maquiada, que eu sabia que não era ideal, mas eu queria 'ta bonita na foto! Fui pra cesariana. Minha cunhada entrou, foi ótimo, minha cunhada também é enfermeira, minha irmã 'tava vindo de viagem, meu marido, ele ficou perto de mim, o anestesista era maravilhoso, um senhor, me anestesiou e eu nem percebi, ficava fazendo carinho na minha cabeça, ficava me contando tudo que 'tava acontecendo. Os médicos entraram, os dois, o casal, e eles falavam: 'olha, agora a gente vai fazer isso...olha, agora aquilo, olha, 'tá nascendo e tal, que lindo e tal'. Eu tive uma cesariana humanizada. Foi tudo que eu sonhava, uma das fotos que eu mais amo na vida é a primeira foto do segundo filho no parto. A neonatologista me conheceu, eu já tinha consultado a minha primeira filha, ela me reconheceu, ela: 'menina, é tu?! Meu Deus, já é o segundo!'. E mesmo se ela não tivesse me reconhecido, ela foi tão agradável. Ela colocou o meu filho pertinho de mim, aí disse: 'não, essa foto não 'tá legal não! De novo'. Ela ficou posando o bebê com a gente... [riso leve] ...até que ela tomou o telefone e disse: 'não, quem vai tirar essa foto sou eu, fica aí', ela tirou as fotos e assim... uma coisa que me marcou demais, permitiram filmar meu parto. Eu lembro do médico abraçando meu marido, dando os parabéns pra ele. Então assim, foi uma coisa muito, muito legal! (ME4)

A participante ME1 e ME6 também relatam suas experiências de parto cesárea, que segunda elas, foram experiências de parto humanizado.

Quando eu fui para o meu trabalho de parto, para minha cesárea, graças a Deus foi uma experiência para mim maravilhosa. Eu fui muito bem cuidada, muito bem assistida. Logo porque, eu acho que o meu médico passou para equipe a minha vontade, meu desejo por um parto normal e... a própria... eu lembro que quando eu me sentei na maca, ele chegou para mim para me dizer que a anestesista era uma pessoa de extrema confiança dele, profissionalmente. Isso me deixou mais calma. Ele disse: 'é a doutora fulana de tal, é uma pessoa que eu conheço demais, de extrema confiança, fique tranquila'. A todo o momento eles respeitaram esse meu momento das contrações, de dor, em que eu me contorcia mesmo. Eles respeitaram meu momento, seguravam minha mão, me acalmando, dizendo que iria passar, até o momento de fazer a anestesia. Depois quando eu me deitei, fui bem assistida por todos. Eu me senti respeitada pelo pediatra, porque ele trouxe minha filha até mim, duas vezes, na sala de parto. Eu tive aquele contato com ela, eu fui respeitada tanto no sentido de... no momento certo de cortar o cordão umbilical, como eu fui respeitada de que eu não queria que dessem banho na minha filha, quando ela nascesse [risos]. Porque eu sabia que os banhos lá, eram aqueles banhos que ocorrem embaixo da torneira, com uma água numa temperatura não adequada e tal. Então eu não queria que dessem banho nela e de fato, eles não deram banho. (ME1)

Eu fui bem atendida desde a entrada, as enfermeiras muito boas, anestesista, eu implorei por anestesia! Tive anestesia, a anestesista foi maravilhosa e as enfermeiras também não ficavam entrando. Porque eu já tinha visto alguns relatos que elas ficavam entrando, se metendo. Não entraram de jeito nenhum, só quando o neném nasceu que entraram e me pediram pra pegar ele. Elas chegaram e perguntaram se podiam pegar e depois do cordão parar de pulsar foi que eu entreguei ele. A pediatra também um amor, veio me perguntar se eu queria que passasse colírio, se eu queria o banho, a aspiração, e eu disse que não e ela super respeitou. Meu companheiro sempre ali do meu lado. Meu plano de parto foi todo respeitado. (ME6)

A participante ME12 coloca em sua entrevista o trauma da experiência de parto da sua mãe em que foi utilizado fórceps. O parto cesárea era a opção mais coerente para ela e tentou atrelar a esse tipo de parto as características de um parto humanizado

Eu não queria ter um parto normal, minha mãe contou a história do primeiro parto dela, foi utilizando aquele negócio... fórceps. Aquilo me traumatizou, minha mãe até hoje tem uma cicatriz enorme desse parto. Eu fiz de tudo para ter um parto cesáreo o mais humanizado possível. Tentei casar tudo que eu lia sobre parto normal humanizado com o parto cesáreo que eu queria, eu acho que deu certo. (ME12)

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico que caracteriza o processo de medicalização do parto e, portanto, destoa das práticas de humanização do parto, associado ao parto normal. Contudo no Programa de Humanização do Parto do Ministério da Saúde fundamenta o conceito de humanização com base em dois aspectos. O primeiro traz referência ao dever de as unidades de saúde receber, acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Dessa forma, reivindica uma atitude ética e solidária dos profissionais de saúde e organização da instituição de modo a desenvolver um ambiente acolhedor e instituir boas práticas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. (BRASIL, 2002)

Sendo assim, a humanização do parto não deve ser um domínio exclusivo do parto normal. O parto cesárea pode se caracterizar humanizado ao considerar as motivações, escolhas e preferências desenvolvidas de maneira consciente pelas mulheres.

As participantes também relataram seus medos, frustrações, receios e restrições acerca do processo de gravidez, parto e puerpério. ME1, ME6, ME11 expuseram seus medos em relação ao parto cesárea, elas têm medo do procedimento cirúrgico, conforme os excertos a seguir mostram: *“Eu tinha muito mais medo de ir para uma cesárea do que ir para um parto normal.” (ME1)*

Todo mundo dizia que eu era corajosa de querer de novo, né? Um parto normal. Eu não...mas eu tenho medo de cirurgia... medo da cesárea. Então prefiro tentar logo a indução, pra ter a possibilidade de ter normal, do que fazer a cesárea, de ter que esperar e ter que fazer uma cesárea de emergência. (ME6)

Eu tenho medo de cirurgia, eu tenho [medo] do corte, eu tenho medo da anestesia, eu tenho medo de tudo isso. Então eu tinha certeza. Enquanto mais as pessoas falavam, eu nem ligava. Agora quem não tem certeza... e meu companheiro estava comigo nessa jornada, que era mais importante. Pois se ele não tivesse, eu teria ficado meio assim. Mas como a gente estava junto, então estava arcando com as consequências do parto normal. Então pra mim foi muito fácil lidar, não tive problema nenhum. Eu achei muito tranquilo tudo isso porque eu queria. As pessoas diziam: ‘você é muito corajosa’ e eu dizia: ‘sou!’. ‘isso é doideira’, eu dizia: ‘eu sou assim’. (ME11)

A pessoa, ao ser submetido a um procedimento cirúrgico, vivencia situações estressantes, capazes de alterar a sua dinâmica de vida. O desconhecido pode desenvolver reações negativas no processo terapêutico, alterações na autoestima e na imagem corporal, alterações psicológicas decorrentes do medo da morte e ansiedade relacionada ao desconhecido do procedimento anestésico e da cirurgia. Os aspectos emocionais de medo e ansiedade são muitas vezes presenciados em usuários que sofrerão procedimentos cirúrgicos de grande porte, complexos, ou então, de cirurgias uroginecológicas. (SURIANO *et al.*, 2009)

Apesar de o parto cesárea ser considerada, na grande maioria dos casos, uma cirurgia não complexa, não deixa de ser um procedimento cirúrgico, que envolve todas as técnicas, instrumentos pré, trans e pós-operatórios, além do processo de recuperação comum a todas as cirurgias. Conforme aponta Penna (1999) parte desses medos estão relacionados com algo presente e real como o medo da cirurgia, da anestesia, de ser deixado. Enquanto outra parte do medo relaciona-se com fatos futuros como complicações, morte, quem irá cuidar do seu filho, de não poder cuidar do filho.

O medo das participantes ME4 e ME12 dizem respeito ao medo de desenvolver uma gravidez de risco, no caso da ME4, e que se concretizou. Já para ME12 seu maior medo era o de sofrer algum tipo de violência obstétrica no momento do parto, o que felizmente não se ocorreu no parto, contudo, ocorreu em outros momentos da gravidez.

Minha gravidez foi permeada por muito medo, né? Tive, tinha muito medo, tinha muito receio e isso na verdade acabou se concretizando, porque eu tive uma gravidez de risco, tive deslocamento de placenta, tive sangramento. Acabou que, antes das doze semanas eu tive uma ameaça de aborto, né? Então assim, passei um tempo de repouso, então nada do que eu imaginava que seria minha gestação, foi. (ME4)

Meu maior medo era o de sofrer algum tipo de violência no momento do parto. Eu fiz muito planos, planejei muito para que isso não acontecesse. Hoje eu tenho algumas frustrações, porque não sofri no momento do parto, mas hoje vejo que vivi [violência] em outros momentos da minha gravidez. (ME12)

A frustração em relação ao tipo de parto também foi um sentimento apresentado pelas participantes da pesquisa. Para ME1, ME3, ME4, ME7 e ME10, todas colocaram sua frustração de ter desejado e planejado um parto normal e que ao final houve uma evolução para uma cirurgia de cesárea. *“Mas fico... não vou dizer assim... sei lá... talvez frustração? Talvez um pouco de frustração sim, porque você deseja uma coisa, uma situação e não cheguei a executar.” (ME10)*

E para meu desamino, quando ele fez o toque, estava exatamente os mesmos quatro centímetros, desde quatro dias atrás. Foi quando meu mundo desabou, meu mundo desabou, no sentido de dizer... [fica muito emocionada, chora e retorna a entrevista ainda chorando] quando eu disse que eu não vou conseguir [fala com muita emoção, há uma pausa para que ela possa limpar as lágrimas no rosto]. Eu queria demais [ainda chorosa e em silêncio] E eu não consegui! [enxuga as lágrimas novamente do rosto].(ME1)

Depois de tudo isso que eu fiz, ter tido um parto cesáreo... lógico que eu fiquei é... fiquei com essa questão [fala lacrimejando], essa questão meio... que um pouco mal resolvida sabe? Porque eu tinha uma vontade muito grande de ter parido normal. Lógico que eu fui um pouco triste, fui! Porque era minha vontade, era o meu desejo, mas eu também entendia que eu poderia estar colocando em risco minha saúde e a saúde da minha bebê. (ME1)

“O sentimento que eu mais me lembro assim...na época, era frustração de saber que não iria ter um parto normal, como eu planejei. Ficava pensando que se eu brigasse com eles, eu não iria saber como que eles iriam tratar o meu filho, eles iam me conhecer como a mãe chata, que vem pra cá brigar.” (ME3)

Em relação ao meu parto em si, o que eu lembro, que foi totalmente diferente do que eu imaginava... ..foi horrível... se fosse uma cesárea, se fosse um parto normal, que eu ia sentir as contrações, que eu ia ficar suada, que eu ia xingar todo mundo, que eu ia culpar meu marido, qualquer... aquelas coisas que a gente imagina, nada disso aconteceu, porque eu 'tava passando muito mal... foi frustrante meu parto. (ME4)

Acho que o meu choro na hora do parto foi mais pela frustração, assim...de não ter da forma que eu tinha planejado. Além do medo de insistir em alguma coisa e de alguma forma acabar... é... como ele disse? De não pensar na criança e pensar: ‘poxa, sou eu que quero que seja normal, mas assim, a hora é agora, independente de ser normal ou cesárea’. Mas o, pra mim o mais difícil foi isso, foi ter planejado de uma forma, ter sido de uma outra forma, por mais que eu tenha me preparado. Pensava: ‘ó, pode ser dessa forma’(ME7)

Para Salgado (2012), mulheres que dão à luz por meio de cesáreas não planejadas relatam com maior frequência uma experiência de parto negativa comparada às mulheres que

dão à luz por meio de parto normal ou de cesáreas planejadas. Contudo Blomquist *et al.* (2011) colocam que não está claro se essa associação está relacionada à frustração pela via de parto ou aos eventos que levaram a cesariana não planejada, merecendo, portanto, maiores estudos.

A pesquisa de Cronemberguer (2019), que investigou a depressão pós-parto, apresenta como um dos resultados a frustração das mulheres que não vivenciaram o tão esperado parto normal e humanizado, fator que desencadeou diversas reflexões e sentimentos em suas vivências puerperais e que interferiu diretamente na relação mãe-filho após o nascimento.

O sentimento de frustração para ME4 não foi somente relacionado ao tipo de parto desejado e concretizado, para a participante houve também uma frustração por não ter vivido o luto do pai da forma como gostaria e/ou sentia que era preciso por estar grávida, uma gravidez de risco, e que por isso, não impedida pelos seus familiares de viver o luto pela perda de seu pai.

Então foi um período que eu me isolei bastante e que, inclusive eu rejeitei um pouco a minha barriga. Assim...eu não queria olhar, eu não queria, eu cheguei a bater, teve uma vez que eu cheguei a bater na minha barriga, porque eu culpava a minha filha por não poder sofrer pelo meu pai que havia acabado de falecer. Eu que questionava o porquê que eu tinha ficado grávida naquele momento, porque aquilo me impedia de ser tudo que eu já era anteriormente. (ME4)

Traumas da gravidez, parto e puerpério também foram relatados pelas participantes da pesquisa. A participante ME6 relata seus traumas físicos decorrentes do parto normal em que foi realizado pela médica a episiotomia, procedimento atualmente considerado contestável e não recomendado durante o trabalho de parto normal pela OMS e diversos órgãos, instituições e pesquisadores que atuam no tema da gravidez, parto e nascimento. *“Eu passei três dias sem caminhar, não caminhava no terceiro dia pós o parto, fui pra médica sem conseguir caminhar. E ela me passou uns remédios, aí melhorei. Acho que foi até pior do que uma cesárea. Peguei muito pontos, meu corte foi grande.” (ME6)*

A OMS recomenda um limite de 15% no uso da técnica da episiotomia nos partos normais. Em diversos países, recomenda-se o uso dessa técnica em somente cerca de 10% a 15% dos casos, nos quais o períneo não consegue dilatação suficiente. No cenário brasileiro, a episiotomia é, ainda prevalentemente, a única cirurgia realizada no corpo de uma mulher saudável sem que seja necessário seu consentimento prévio. Esse procedimento, em 2014, foi praticado em 53,5% das parturientes que fazem parto normal, número muito acima do limite estabelecido pela OMS. (KÄMPF; DIAS, 2018)

Conforme Carniel, Vital e Souza (2019), a equipe de saúde, coordenada pelo obstetra, quando comunica a mulher sobre o procedimento, afirma que a episiotomia é um procedimento que irá prevenir lacerações graves, preservar a função sexual e reduzir a incontinência urinária e fecal. O discurso também alega que reduz a ocorrência de asfixia dos recém-nascidos, retardo mental e possível hemorragia cerebral.

Há profissionais que defendem que a prática da episiotomia deve ser apenas utilizando em casos específicos: recém-nascido com peso superior a quatro quilos, mulher nulípara, período expulsivo do parto de longa duração, em partos vaginais cirúrgicos e em situações de distocia de ombro. Contudo atualmente, existem questionamentos sobre a indicação da episiotomia em todos os casos descritos acima, se antes era tido como necessário para a conclusão do parto, atualmente deve ser usado apenas quando há riscos de lacerações perineais graves, grau III e IV. (FREITAS *et al.*, 2020)

Para Moura, Pietro e Gerck (2017) um dos motivos que contribuem para a propagação dessa prática é que ainda é ensinada em universidades e hospitais, tornando-se uma prática habitual para os profissionais da saúde, que mesmo questionando sua necessidade, com base nas atuais evidências científicas, querem saber fazer, para caso seja necessário aplicar no processo de trabalho de assistência ao parto normal.

O trauma perineal tem papel de destaque dentre as implicações clínicas da episiotomia, podendo provocar dores nas puérperas, que prejudicam suas atividades cotidianas, como andar, sentar-se, além das necessidades fisiológicas. A incontinência fecal e a urinária também podem ser sequelas a longo prazo decorrentes da episiotomia. A tensão realizada no processo de episiorrafia, aumenta em 1,7 vezes a chance de a mulher apresentar edema, além de estar associado a outros sinais e sintomas como equimose, infecção local e hematoma. A prática sexual também fica comprometida, o retorno a prática do sexo é mais lento se comparado às mulheres que não passaram pela experiência, devido mudanças estéticas da região genital e também, o medo da dor pela diminuição da flexibilidade da região perineal cicatrizada. (FREITAS *et al.*, 2020).

As participantes ME2, ME3 e ME12 expressam seus traumas, de forma psicológica, diferente do trauma físico da participante ME6. O trauma da participante ME2 está relacionado a questão do processo da gravidez, parto e puerpério. Ela coloca que não tem bons pensamentos desse processo, a ponto de, ao se deparar com mulheres grávidas, sentir pena da sua condição.

Eu tenho tanto trauma de gravidez, não é só do parto... que, quando eu vejo uma mulher grávida eu sinto pena, acredita? Eu fico: 'meu Deus, por que que acontece isso comigo?'. Eu não consigo sentir alegria por aquela mulher... [riso leve] ...eu digo: 'coitada dessa pessoa, ela vai se ferrar toda' [...] eu não consigo ver que depois de ter filho, que vai ser bom. Eu só penso é coisa ruim da gravidez e do parto, e depois do parto também. Eu tive muito problema de aleitamento, essas coisas... e pra mim foram experiências traumáticas. Eu não faço a mínima questão de ter mais filho, de jeito nenhum! Quem quiser que queira. (ME2)

A participante ME3 desenvolveu dois tipos de traumas decorrentes de duas situações de violência obstétrica que vivenciou. A primeira diz respeito ao trauma de realizar o exame de ultrassonografia gestacional, devido a maneira grosseira e violenta que a médica abordou sua primeira gestação, uma gravidez anembrionária. O segundo trauma tem relação com o processo de violência institucional que ocorreu durante a realização de seu doutorado, situação em que estava grávida. Esse trauma resultou na aversão a sua tese não publicação dos resultados de estudo.

Desde que a médica foi muito grosseira na minha gravidez. Que me disse de maneira grosseira, ignorante, que eu não tinha um feto formado, que eu peguei meio que um trauma de ultrassom. Quase todas as minhas gravidezes depois, quando eu ia fazer ultrassom minha mão ficava molhada de suor, meu pé ficava molhado de suor [...], embora eu soubesse que 'tava tudo bem, que o bebê 'tava mexendo e que 'tava tudo certo. (ME3)

Sei que eu fiquei com um trauma do que eu vivi no meu doutorado, que ainda hoje eu nunca publiquei minha tese. Eu mandei o artigo da tese para uma boa revista. Eles pediram revisões menores e eu nunca devolvi as revisões. Peguei uma aversão de uma maneira que eu não podia nem olhar mais pra nada que fosse relacionada à tese, ao doutorado, eu digo: 'não!'. Aí depois de muito tempo eu admiti: 'rapaz, isso foi bem uma devolutiva pelo que o programa fez. De dizer que eu não ia receber a bolsa porque eu ia prejudicar o programa', eu digo: 'tá bom, pois também eu não vou prejudicar, mas também não vou ajudar com as minhas produções'. Eu sei que isso me prejudica profissionalmente, mas não consigo, não consigo! (ME3)

Já a participante ME12 fala que seu trauma tem uma gênese nas múltiplas e ininterruptas violências ao qual as mulheres estão sujeitas na sociedade atualmente. Relata que é cansativo ter que sempre estar alerta e buscando se precaver de algum tipo de violência que possa ocorrer em decorrência da gravidez. Essa percepção da violência obstétrica evidencia a complexidade do fenômeno e as diversas e diferentes possibilidades e formas dessa violência se materializar no corpo e na vida da mulher.

Um maior trauma é de como a mulher grávida está vulnerável. A gente precisa pensar em tudo, toda hora, é cansativo! Tenho trauma de engravidar, de viver a gravidez e o pós-parto. Meu trauma é de pensar que só pelo fato de eu escolher engravidar, precisarei lidar com a possibilidade de sofrer uma violência obstétrica. (ME12)

A experiência da maternidade, de ser mãe de primeira viagem, também foi colocado como algo que pode contribuir para ocorrência de violência obstétrica pela participante ME12, por ser um momento de transição, insegurança e fragilidade, faz com que a mulher esteja mais suscetível a agressões e maus tratos. “É tudo tão novo, toda a experiência de estar grávida, de

parir, de ser mãe. Eu me via muito frágil e sem rumo, na grande maioria das vezes. Eu acredito que esse contexto contribui para que a gente possa ser violentada sabe?” (ME12)

Para a participante ME10, a insegurança e medos na primeira gestação faz com que a mulher aceite o parto cesárea de maneira mais fácil pelos profissionais e/ou pessoas que preferem esse tipo de parto.

Na primeira gravidez... de repente pela insegurança, inexperiência, quando eu completei quarenta semanas eu aceitei fazer a cesariana. Na segunda filha não, foi uma experiência totalmente diferente. Do meu primeiro filho, a ansiedade de ser mãe de primeira viagem me impossibilitou e também, infelizmente, o parto normal... ele é ainda malvisto pela sociedade. Porque as pessoas têm medo do parto normal. Ninguém acredita que você vai conseguir, que você vai aguentar aquela dor. (ME10)

A gravidez de primeira viagem e maternidade dispararam um gatinho de medos e insegurança para a participante ME5, mesmos sentimentos, porém em situações inversas, de quando seu pai faleceu.

Quando eu olhei, que eu me encostei na incubadora. Essa cena eu me lembro demais...eu fecho os olhos eu me lembro da sensação. Eu encostei, eu a vi muito pequenininha, eu disse, eu pensei: ‘meu Deus, e agora?’ [...] e agora, o que que eu vou fazer com isso?’. A sensação que eu tive foi a mesma de quando meu pai faleceu. O caixão dele chegou no cemitério e tiraram a tampa... [fala chorando levemente] ...e tiraram a tampa, que eu vi ele lá dentro, foi a mesma sensação, tipo, ‘meu Deus, que que eu vou fazer?’. Eu vi ela ali naquela incubadora, eu fechei os olhos, eu pegava assim [faz o gesto], no meu rosto: “meu Deus, e agora, e agora? [fala chorando levemente] ...[...] por essa coisa e eu não sei o que que eu faço com ela, eu não sei, eu corro, eu a jogo pra cima, eu saio correndo, eu deixo ela aqui e vou embora?” [...] quando eu encostei, ela virou, quando ela virou, que eu olhei, eu disse: ‘pronto! Agora de verdade aquilo tinha sido só uma corrida, agora efetivamente eu pari’. Eu olhava e meu cérebro não processava o que era aquilo dali (ME5)

A gestação, parto e puerpério compõem um período de transição, caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que usualmente se fazem acompanhar por intensa experiência afetiva. Dessa forma, constituindo-se, para cada mulher de maneira singular e individual, em conformidade com seu processo de identificação e articulação dos papéis sociais de mulher, esposa, filha e mãe. Essa transição para a maternidade é marcada por sentimentos ambivalentes, com poucos espaços de compartilhamento e cheio de silêncios, vivendo-os de maneira sigilosa, e algumas vezes, transformando-se numa condição de doença.

No estudo de Aching, Biffi e Granato (2016) que investugou a narrativa de mães de primeira viagem identificou que o campo de sentimentos afetivo-emocionais da mãe de primeira viagem sugere o compartilhamento de ansiedades. O desejo de ser uma boa mãe, o receio de não ser capaz de interpretar as necessidades do bebê, a preocupação de atender a essas necessidades, os desafios de desempenhar a função materna de modo autônomo e autêntico foram observados nas participantes da pesquisa.

Sentimentos diametralmente opostos ao relatados pela participante ME4 e ME12 ao se referirem a segunda gestação. ME4 fala que na sua segunda gestação ela pode relaxar, apreciar mais a experiência da gravidez, mesmo sabendo das dificuldades que poderiam vir, sentia-se mais forte e preparada enfrentá-las. Sua autoestima também estava mais alta, percebia-se menos influenciada por agentes externos como opiniões, críticas e sugestões dadas por familiares, amigos, colegas de trabalho ou até mesmo desconhecidos.

A participante ME12 relata sentimentos parecidos, que se sentia mais segura, não somente fisicamente, mas também no âmbito psicológico e pertencimento sobre seu corpo, sua identidade de gênero, de se reconhecer mais mulher e preparada para enfrentar os desafios e situações de maneira mais autônoma e consciente.

Na minha segunda gestação, eu curti muito mais tudo porque eu me sentia... é... pronta pra ser mãe. Mesmo sabendo que viriam dificuldades, de que era uma criança diferente, de que tudo podia ser diferente, mas a minha mente se sentia muito forte e eu não admiti que ninguém dissesse que eu não conseguiria, era uma coisa assim, que podia até falar que eu: 'u-hum, beleza, você vai ver se eu não, se eu não vou dar conta'. Não com o sentido de que: 'eu vou, preciso te provar que eu consigo algo'. Mas porque eu já sabia que eu conseguia, que tudo que eu era até ali era o suficiente pra minha filha, e se não fosse eu ia aprender com ela, né? Independente das outras experiências, eu já 'tava muito mais assim de: 'olhe, não deixe ninguém julgar, não escuta muito palpite. Relaxe, não vai muito por aí'. Então... na segunda gestação, eu me sentia muito mais forte do que na primeira. (ME4)

Após minha primeira gravidez e parto, eu me sentia mais segura sobre meu corpo, sobre como eu queria o meu parto e também da própria maternidade. Até mesmo de conhecer se você foi violentada ou não. Na primeira [gestação] você é muito influenciável, cheia de medos, de dedos... tudo te assusta. Você tem medo de dar banho, de o bebê não pegar o peito. Na segunda [gestação] não. Você consegue ter mais autonomia, já sabe reconhecer o que a criança precisa realmente. Eu comprei tanta coisa na primeira [gestação] que me diziam que era bom e que no final das contas, não usei ou fez muito pouca diferença na vida do meu filho. (ME12)

B) Violência Obstétrica: para além dos muros da maternidade

Esta seção se volta a discussão sobre os cenários e ambientes em que a violência obstétrica ocorre. Como já mencionado no capítulo introdutório deste estudo, a violência obstétrica no Brasil tem uma estreita relação com estudos e pesquisas que tratam desse tema na perspectiva de uma violência institucional (D'OLIVEIRA, 1997; D'OLIVEIRA, DINIZ & SCHRAIBER, 2002; WOLFF & WALDOW, 2008; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, PORTELLA & MENICUCCI, 2009; AGUIAR, D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013).

A violência institucional é um tipo de violência que ocorre no cenário das instituições, no caso da violência institucional obstétrica, incide na violência engendrada por profissionais de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto e parto (WOLFF; WALDOW, 2008).

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a questão da violência obstétrica não está circunscrita ao ambiente da maternidade. Os achados apontam para uma multiplicidade de cenários, além do hospitalar: o universitário, o do trabalho, o domiciliar e também, algo mais recente e contemporâneo ao nosso tempo, a violência obstétrica no ambiente virtual e/ou ciberespaço.

Outro resultado que merece destaque é a recorrência de incidências de violência obstétrica vividas pelas participantes desta pesquisa nos múltiplos cenários. Ou seja, a mesma participante sofreu violência obstétrica no ambiente hospitalar, no ambiente acadêmico, no ambiente de trabalho, no ambiente domiciliar e na internet, por diferentes agressores e em contextos distintos, conforme os excertos a seguir evidenciam.

Este estudo se fundamenta metodologicamente nos referenciais da pesquisa qualitativa. Portanto, não há nenhuma obrigação nossa em atrelar os resultados da investigação a questões de números, prevalências e incidências relativas à violência obstétrica experienciadas pelas participantes. Todavia, observar nos resultados que há uma prevalência de violência obstétrica ocorrida no ambiente da maternidade e/ou hospitalar e perpetrada por profissionais de saúde, não deixa de ser um achado que merece ser mencionado, e por conseguinte, permitimos também fazer alguns questionamentos: esse cenário foi o mais lembrado por ser um cenário hegemonicamente (re)conhecido de indecência de violência obstétrica, ou seja, já está no consciente coletivo das pessoas? Portanto, o mais fácil de lembrar ao relatar a experiência da gravidez, parto e puerpério? Ou será se de fato é o cenário em que há maior prevalência de casos de violência obstétrica?

As indagações levantadas coadunam com as colocações feitas por Minayo e Sanches (1993), em seu já clássico artigo sobre abordagem qualitativa-quantitativa. Para os autores, as abordagens qualitativas e quantitativas “são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada.” (MINAYO; SANCHES, 1993: 240).

Sendo assim, os resultados desta pesquisa permiti aprofundar a complexidade do fenômeno da violência, apresentando novas camadas, possibilidades investigativas e particularidades capazes de serem abrangidas intensamente. Além de possibilitar mudanças e ampliação nas pesquisas de abordagem quantitativa, ao incorporar em seus instrumentos investigativos outros cenários e ambientes, para além do contexto hospitalar.

Os excertos da participante ME3 mostram a questão da violência obstétrica no ambiente hospitalar com foco em duas características: a presença de normas, rotinas protocolados pela instituição que direcionam as condutas e práticas que devem ser executadas pelos profissionais que atuam na referida instituição e respeitadas pelos usuários do serviço; e a ausência de materiais e equipamentos para realização de procedimentos.

A recepcionista da maternidade disse: ‘não, mas aqui não tem urgência de pediatria’, aí eu disse: ‘não, mas não é urgência de pediatria, é um retorno da neo’, [a recepcionista responde] ‘não, mas a gente não tem ninguém pra atender aqui’, aí eu disse: ‘mas vocês não têm neonatologista no plantão, não tem a UTI... e neonatal aqui nessa maternidade?’ [recepcionista responde]: ‘tem, mas só recebe... depois que a criança sai de alta a gente não avalia não’. (ME3)

Eles não tinham material pra atender prematuro, tipo assim...é... eles não tinham o cateter. Eles não tinham sonda. Eles...eles não ti..., eles não têm o hábito de atender bebês prematuros ali. Então, o material que eles dizem não ter: ‘eu até tenho material de neo, mas eu não tenho!’ É o material adequado pra um bebê pré-maturo. (ME3)

Porque, por mais que a gente conheça todas as políticas de humanização, que a mãe dentro da UTI obstétrica não é visita e pai não é visita. A UTI da maternidade que eu pari, só permitia eu entrar uma hora, três vezes por dia, na hora da amamentação. Então assim, eu entrava, acho que eu passei uma semana chorando naqueles corredores, não sabia se era de revolta, se era de frustração, se era de preocupação com o meu filho, porque aí foi, aí foi o sofrimento...[fala rindo] ...pra mim. (ME3)

Eu não pude acompanhar durante os procedimentos, porque a maternidade não permitia que a mãe ficasse como acompanhante dentro do serviço. Então assim, tu tem teu filho, é, prematuro, né? Tu morrendo de preocupação com ele, e você não poder ‘tá ali junto na UTI? Você sabendo que isso é uma ... Política de Saúde, que isso é o recomendado. Então, pra mim... assim, foi um sofrimento sem tamanho. (ME3)

Para Sens e Stamm (2019) a violência obstétrica institucional tem dimensões individuais, de relações humanas e institucionais. Esta última está ligada ao contexto, pois a instituição é a responsável pela condição estrutural e material, bem como pela elaboração e

implementação de rotinas e normas que protocolam o serviço. Portanto, as condições de trabalho impostas aos profissionais influenciam e/ou predis põem a ocorrência de atos violentos relacionados a gravidez, parto e puerpério.

Os excertos das participantes ME5 e ME6 também evidenciam essa questão das normas e rotinas implementadas pelas instituições de saúde e que promovem a violência obstétrica no âmbito hospitalar.

As situações relatadas pelas participantes ME6 e ME10 mostram o desconhecimento e/ou descumprimento da Lei Federal nº 11.108/2005, mais conhecida como a Lei da/o Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Apesar da referida lei não ser extensiva aos serviços privados, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) elenca em seu site alguns direitos que a parturiente tem ao realizar seu parto num serviço privado, dentre eles está a questão do acompanhante:

As beneficiárias de planos hospitalares com obstetrícia têm direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato. A operadora deverá cobrir as despesas referentes à alimentação que o prestador de serviços disponibiliza, além das taxas básicas necessárias à permanência do acompanhante, inclusive aquelas relativas à roupa apropriada para entrar em centro cirúrgico, sala de parto ou UTI (BRASIL, 2018:?).

A presença de um acompanhante no momento do parto e nascimento promove a minimização do sentimento de solidão e das dores do parto. Ter alguém conhecido e as atitudes adotadas por essas pessoas abastecem às mulheres de conforto e calma, fazendo com que se sintam mais confiantes e seguras (DODOU *et al.*, 2014).

No contexto recente, da pandemia de COVID-19, alguns tribunais federais foram favoráveis a não presença de acompanhante durante o parto e pós-parto. Contudo, esse não foi o cenário vivido pelas participantes ME6 e ME10.

O fato de eu não ter tido acesso à minha filha logo depois do parto. O fato de eu não ter tido es..., sido estimulada. Eu acho que um dos... dos grandes divisores foi isso, da UTI fechar nove da noite e de eu não ter acesso a ela. Eu fico imaginando: 'poxa, será que se eu tivesse tido acesso a ela, logo depois do parto. Tivessem me levado pra vê-la na incubadora, mesmo eu na cadeira de rodas. Eu não teria...teria sido menos traumático esse momento ou não?' Eu não sei, são perguntas que eu não tenho a resposta di..., disso (ME5)

Aí ela [a médica] me encaminhou para a maternidade. Eu fui pra lá e chegando lá eu 'tava com uns dois centímetros de dilatação. O que eu sei é que eu fui destrutada desde o início que eu entrei lá. Não deixaram meu companheiro me acompanhar. Ele não pôde, porque não aceitaram. Disseram que não podia ter acompanhante, né? (ME6)

O que eu tive de tranquilidade na minha gestação, eu tive do caos no nascimento do meu filho. Eu fui para um hospital que é muito grande, minha médica só opera lá. Quando eu cheguei, foi muita burocracia para ser internada, muita papelada, muito documento que tinha que ser assinado. E isso porque foi particular, por aí você imagina né? Aquele caos! Eu sem comer, já que iria fazer uma cesárea. Quando finalmente eles conseguiram me internar e eu estava na sala, no centro cirúrgico. Eu me lembro que eu pedia muito para o meu companheiro entrar. E eles estavam esperando o pediatra também. Porque não pode começar sem ele. Eu me lembro que o assistente da minha médica disse: 'por mim seu marido não entra, pois, marido aqui só dá trabalho'. Eu não me esqueço dessa frase e aquilo foi me deixando muito nervosa, porque se ele, a única pessoa próxima de mim não podia me acompanhar nesse momento, quem iria me apoiar, saber se algo acontecesse comigo ou com meu bebê? (ME10)

Já a participante ME4 relata em sua entrevista atos violentos vivenciados no ambiente hospitalar durante o seu trabalho de parto e pós-parto imediato relacionados a imprudência e negligência dos profissionais da instituição. Essas características de violência obstétrica também foram identificadas nos estudos de Wolff e Waldow (2008) e Aguiar, Doliveira e Schraiber (2013). Algo também semelhante ao vivido pela participante ME8, que foi direcionada para a sala de cirurgia para realização de uma cesárea e ficou por horas aguardando sozinha a chegada do médico para realização do procedimento cirúrgico.

A violência obstétrica não está somente presente ao momento do parto, ocorre também no puerpério imediato e nos cuidados ao recém-nascido. O estudo de Sens e Stamm (2019) também evidenciou que alguns cuidados à puérpera foram, muitas vezes, realizados em um corredor no setor do hospital, sem qualquer privacidade e respeito à mulher.

Não fui pra sala de recuperação anestésica, me deixaram no lado da sala de, do... [fala rindo levemente] ...do expurgo... [riso] ...e eu lembro demais que eu olhava: 'meu Deus, eu 'tô do lado do expurgo', mas era onze e meia da noite, então não se deram ao trabalho nem de me levar pra sala de recuperação pós-anestésica. Então, depois de muito tempo eu fui para sala de recuperação pós-anestésica e lá só me disseram assim: 'seu filho não vai com você'. E eu: 'por que?'. [a profissional responde:] 'ele não vai com você, você vai pro quarto sozinha'. E não me falaram mais nada, absolutamente nada! Quando eu 'tô saindo eu digo: 'meu filho, meu filho!', [a profissional responde:] 'ele não nasceu bem. Você vai ter que ir pro quarto. Seu filho vai ter que ficar aqui'. Foi o que a técnica me disse. Fui pro quarto. Foi o pior dia da minha vida! Igual ao dia em que eu perdi meu pai foi aquele dia. Porque eu fiquei no quarto, as pessoas chegavam pra me visitar, perguntavam do meu filho, eu não sabia dizer absolutamente nada, nada! Ninguém me disse nada. A gente só recebeu a notícia que de ele estava no oxigênio. (ME4)

Eu estava em trabalho de parto né? Fui para a sala de cirurgia para fazer a cesárea e que iriam chamar o médico, a equipe. Só que não tinha! Só tinha...só ficou eu, a maca e só! E aí, eu não sabia que Santo mais chamava. Aquela dor terrível! Ele [o médico obstetra] chegou umas cinco e meia. Eu estava lá desde as três da manhã. (ME8)

A participante ME9 relata dificuldades encontradas por ela para conseguir realizar exames laboratoriais do período de gravidez. O primeiro empecilho foi a questão do não credenciamento do médico que solicitou o exame e o segundo foi o fato de não poder realizar o exame por estar grávida. O funcionário representante do plano de saúde afirmou que o local

ideal para realizar o exame era a maternidade, contudo a maternidade não realizava o exame solicitado pelo médico. Somente após a gestante evidenciar seus direitos de beneficiária, que conseguiu ser atendida e realizar o exame conforme solicitado.

Eu precisava fazer uns exames, que o médico passou. Um exame eu fiz lá, só que o de sangue, como era sábado, não fazia lá, aí eu fui fazer em outro lugar. Quando eu cheguei pra fazer em outro lugar, dizia que o médico que prescreveu o exame não era credenciado no plano de saúde. Então eu não conseguia fazer o exame lá na clínica. Aí lá se vai eu pro hospital do plano de saúde, para autorizar. Ao chegar lá, outro problema, porque que eu era grávida. A pessoa lá disse: 'nós não podemos lhe atender aqui. Nós não podemos atender aqui porque você 'tá grávida. Você tem que ir pra uma maternidade'. Eu disse assim: 'mas eu preciso que um médico daqui prescreva esse exame, pra mim poder fazer'. Foi uma confusão! Tive que fazer um escândalo para conseguir. (ME9)

A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, chamada de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer, de acordo com cada tipo de plano de saúde contratado – ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico. A referida agência ressalta que antes de contratar um plano de saúde privado, é importante que o futuro beneficiário possa verificar qual o tipo de plano de saúde está sendo contratado e chegar o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, buscando atender aos seus interesses e objetivos de saúde (BRASIL, 2022).

Caso a beneficiária se sinta prejudicada e/ou desrespeitado seu direito de beneficiário, é importante que a pessoa possa entrar em contato com a ANS por meio da ouvidoria disponível pela internet ou telefone.

A violência institucional não é exclusiva do ambiente hospitalar, conforme aponta Minayo (2006), se trata de qualquer tipo de violência exercida no âmbito da instituição pública ou privada, com ou sem fins lucrativos, praticadas contra pessoas e reproduzindo as injustiças procedentes das estruturas sociais por meio de normas, regras, relações burocráticas e políticas. Incorpora a violência interpessoal em um cenário de ameaças, coações, injúrias, agressões e insultos.

As participantes ME3 e ME4 expressam a partir dos excertos a violência obstétrica vivida no ambiente acadêmico, na universidade, mais especificamente em programas de pós-graduação.

A participante ME3, apesar de cumprir todos os critérios explicitados no edital de concessão da bolsa de estudo do doutorado e com a possibilidade de bolsas disponíveis, ela não foi contemplada no processo seletivo por estar grávida, e por conseguinte, existir a possibilidade de não cumprir o prazo de quarenta e oito meses para defender a tese de doutorado, prejudicando a avaliação do programa de pós-graduação junto a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

A ME3 também expressa seu descontentamento com a forma como sua gravidez foi tratada pelo programa de pós-graduação, uma vez que por motivos de saúde, solicitou licença médica e licença maternidade, direitos constitucionais para todas as mulheres.

Deixa eu te contar o que aconteceu no meu doutorado. Tinha bolsas para alunos do doutorado né? Que 'tava disponível. E aí... eu com afastamento, né? Eu tinha afastamento da universidade, então eu podia, né? Concorrer a bolsa. Só que a coordenação do curso, disse que não! Que não ia me dar a bolsa, que 'tava disponível, porque eu 'tava atrasada no meu doutorado. Eu não ia defender dentro de quarenta e oito meses. Só que... eu não ia defender dentro de quarenta e oito meses porque eu tinha tido um ano de afastamento, de licença saúde, por problemas na gestação, tive uma gestação de risco. E por conta da licença maternidade da minha gestação. Eu tive meus dois filhos durante o doutorado. E aí disseram que como eu ainda teria mais seis meses de licença, porque eu 'tava grávida de novo, eu não podia ter a bolsa. Eles não iam me dar a bolsa porque eu ia prejudicar o programa. Eu fiquei possesaa! O povo dizer que eu não posso ter uma bolsa porque eu 'tava grávida? Por que eu usei uma licença saúde e uma licença maternidade, que são direitos? O que que eu entendi com isso? Isso foi uma violência! Uma pós-graduação da saúde, que fala de cuidado, que trabalha com iniquidades de gênero. E você dizer que você, uma aluna de doutorado não pode engravidar, por que vai atrasar o prazo de defesa? Vai prejudicar o programa? Isso me traumatizou de um jeito... tanto que nunca publiquei nada da tese. (ME3)

A participante ME4 sofreu situação semelhante em relação a questão dos prazos preconizados pelo programa de pós-graduação, a fazendo antecipar o máximo possível as atividades e a construção do projeto de pesquisa do doutorado, em detrimento da sua condição de saúde, uma vez que a mesma se encontrava numa gravidez de risco.

Eu qualifiquei, mas tive que passar um perrengue pra essa qualificação. Como eu estava grávida, eu sofri muita pressão do programa para cumprir os prazos né? Eu tive que correr pra qualificar. Minha gravidez era de risco e não coloquei licença saúde, exatamente porque sabia que poderia não ser aceito. Eu realmente corri pra qualificar. Tanto que fui a primeira da minha turma a qualificar. E eu dizia muito: 'vou qualificar meu doutorado, depois tranquilamente vou respirar fundo, vou tem um mês ainda pra me preparar pro meu filho nascer'. Ele não esperou, nasceu prematuro... [riso] (ME4)

Para Bianchetti *et al.* (2006) a partir da década de 1990, inaugura-se uma mudança paradigmática no processo de funcionamento, organização, acompanhamento e avaliação dos Programas de Pós-Graduação por parte da CAPES, com destaque para dois pontos: a passagem da formação de professores para formação de pesquisadores e o acoplamento da avaliação ao fomento.

O Sistema de Avaliação Nacional da Pós-Graduação foi estabelecida a partir de 1998, é orientada pela Diretoria de Avaliação/CAPES e realizada com a participação da comunidade acadêmica-científica por meio de consultores *ad hoc*. Os objetivos da avaliação são promover a certificação da qualidade da pós-graduação brasileira e a identificação de assimetrias regionais e de áreas estratégicas do conhecimento promovendo ações de indução na criação e expansão de programas de pós-graduação no território nacional (BRASIL, 2021).

O modelo de avaliação da CAPES tem levado os docentes e alunos ao um processo de formação que promove o produtivismo, a competição, doenças do trabalho, Síndrome de Burnout, assédio moral, angústia, ranqueamento e punição (BIANCHETTI; MACHADO, 2007).

O critério “Corpo Discente, Teses e Publicações” é constituído por cinco itens que avaliam o corpo discente à luz da produção do trabalho docente, dentre esses destaca-se o item que se refere a quantidade de teses e dissertações defendidas no período de avaliação, em relação ao corpo docente permanente e à dimensão do corpo discente (SALVÁ, 2015). Já Silva, Gonçalves-Silva e Moreira (2014) colocam que com as mudanças nas prioridades e fins da pós-graduação, alterações profundas também ocorreram nas políticas dos programas e, por conseguinte, em sua estrutura como um todo, dentre essas mudanças está a diminuição do prazo de defesas.

Ainda sobre isso, Rosa (2008) coloca:

[...] o sistema premia defesas rápidas e penaliza defesas lentas (acima de 48 meses para teses e 24 meses para dissertações). Assim, inicia-se a pressão do tempo cronológico. Pois, independentemente da proposta de tese, o tempo é o balizador, e a pesquisa deve se submeter ao prazo, sob o risco de perder pontos, logo, "perder" posições no *ranking* da CAPES. Por conseguinte, a produção de artigos começa também a entrar na contabilidade, sendo inclusive exigência para os recém-titulados: ou submetem um artigo da tese (dissertação) ou não recebem o título. Não querer publicar rápido deixa de ser uma opção... (ROSA, 2008:111).

O cenário atual do modelo de avaliação utilizado pela CAPES vem impactando os programas de pós-graduação *stricto sensu*, seus docentes e discentes, afetando suas vidas pessoais e profissionais, interferindo nas suas subjetividades, provocando o aparecimento de síndromes de etiologias variadas, em grande maioria relacionadas a saúde mental. Esse contexto também pode ser violento para docentes e discentes, produzindo movimentos de resistência e desistência desses atores na formação de profissionais de nível superior (OLIVEIRA; FREITAS, 2009).

O ambiente de trabalho também foi mencionado pelas participantes ME7 e ME12 como espaços de ocorrência de violência obstétrica. A participante ME7 evidencia em sua fala as dificuldades em obter uma licença saúde, mesmo com diagnóstico de uma gravidez de risco. Ela coloca que a instituição em que trabalha exigiu muitos documentos, laudos e exames para justificar a necessidade de afastamento do trabalho devido sua condição de saúde. Situação muito parecida com a relatada pela participante ME12. No excerto na entrevistada, ela coloca que tudo mudou após sua gravidez se tornar uma gravidez de risco.

A minha gravidez, desde o início já era de risco né? Então precisava tirar uma licença saúde. Mas não foi fácil conseguir não. Uma burocracia na instituição, tanta papelada. Como se eu não quisesse trabalhar por estar grávida. Onde se viu isso? Tive que juntar laudos e laudos, exames e exames para consegui me afastar. Ainda tive que aguentar a cara ruim dos colegas de trabalho, porque eles iriam ficar com minhas funções. (ME7)

Eu tinha me organizado bem direitinho no trabalho, para trabalhar até próximo ao parto. Porém as coisas não acontecem sempre como a gente planeja né? No começo, como tinha tudo planejado, foi supertranquilo no trabalho, mas assim que eu tive uma intercorrência, que complicou a gravidez, tudo mudou. A gravidez parece que era vista como estorvo no trabalho sabe? Mas era meu direito me afastar, tirar minha licença. Eu consegui, mas tive um trabalhinho pra isso. (ME12)

Teles (2006) enfatiza que a partir do recorte de gênero, há uma certa tolerância à violência institucional, em diferentes níveis e formas como a banalização das necessidades específicas e direitos; críticas ou agressões verbais; falta de atendimento adequado e privacidade; negligência; violação aos direitos reprodutivos.

Para Reis (2019) a violência institucional de gênero muitas vezes passa despercebida, uma vez que decorre de uma estrutura de dominação que perpetua processos que estão entranhados na cultura das relações sociais. Sendo assim, as instituições naturalizam a discriminação de gênero e reproduzem recorrentemente violências de exclusão das mulheres de garantia de direitos nos diversos espaços, públicos e privados. As relações de poder, reforçadas pelas instituições, criaram a sociedade excludente da mulher à dominação do homem. Esse contexto reforçado através de dinâmicas de poder nas relações políticas, nos textos técnicos e normativos, no acesso aos espaços públicos e privados e ao mercado de trabalho (BARSTED, 2011).

Outro cenário de ocorrência de violência obstétrica evidenciado por esta pesquisa é o ambiente domiciliar, conforme apontam os excertos das participantes ME1, ME4, ME6 e ME12. Para a participante ME1, houve uma pressão de boa parte de familiares, principalmente de sua mãe e marido para que escolhesse realizar o parto do tipo cesárea: *“como boa parte da minha família, minha mãe e meu marido queriam um parto cesárea. Sempre nos encontros, lá em casa ou na rua, tocavam no assunto sobre eu ter escolhido parto normal.”*. Situação similar relatada pela participante ME6: *“Era um inferno sempre lá em casa! Minha mãe sempre ficava questionando o porquê de eu querer ter parto normal. Ela achava que era uma besteira.”*

A violência doméstica caracteriza-se por atos cometidos por familiares, companheiros e/ou ex-companheiros que vivam ou não no mesmo ambiente, podendo ser cometida dentro deste ou não. Predominantemente ocorre no interior do domicílio, porém não está restrito somente a esse espaço, pode também ocorrer na via pública, trabalho e outros.

Contudo o ato violento é perpetrado por um familiar ou alguém muito próximo à vítima (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2009).

A violência doméstica e/ou intrafamiliar caracteriza-se dentre os tipos de violência, a mais prevalente, conforme aponta a pesquisa Viva Inquérito de 2017 (BRASIL, 2019). Já a pesquisa Data Senado: violência doméstica e familiar contra a mulher de 2021 aponta que a violência sofrida por mulheres é principalmente a física (79%), seguida por psicológica (58%), moral (48%), patrimonial (25%) e sexual (22%) (BRASIL, 2021).

Para Day *et al.* (2003) existem quatro formas mais comuns de violência intrafamiliar: física, psicológica, negligência e sexual. A violência obstétrica experienciada pelas participantes desta pesquisa no ambiente intrafamiliar é do tipo psicológica, que “inclui toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa” (DAY *et al.*, 2003:10).

O Ministério da Saúde amplia o conceito de violência psicológica no Caderno de Atenção Básica nº 8 ao colocar:

Violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, manipulação afetiva, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares. Apesar de ser bastante frequente, ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio. (Brasil, 200:20-1)

A participante ME4 fala em sua entrevista de como o posicionamento da família em não a deixar viver de maneira integral o luto de seu pai pelo fato de estar grávida, ainda que uma gravidez de risco, impactou e ainda impacta em sua saúde mental, no desenvolvimento do processo de luto de pai.

Com a morte do pai, não me deixaram ir ao velório. Eu dormi, estava muito cansada... por conta de tudo. Mas não me acordaram, me disseram que não me faria bem, não faria bem pro bebê. Não pude me despedir do meu pai como eu queria. Isso é uma coisa que eu tenho até hoje... se eu não tivesse grávida, eu teria me despedido dele. (ME4)

A participante ME12 também relata seu sofrimento vivido no ambiente intrafamiliar, das repercussões na saúde mental, ao se anular e sofrer por sua escolha em ter um parto normal.

Como eu não tinha o apoio das pessoas lá de casa [escolha do parto normal], porque já tinha tido uma gravidez de risco. Todo santo dia era a mesma coisa. Falavam de que estava colocando minha vida em risco, em risco a vida do meu filho. Não era fácil ficar ouvindo isso todo dia. Tinha dia que eu não tinha mais força de falar, só ficava quieta e chorando na minha. (ME12)

Silva, Coelho e Caponi (2007) colocam que as estratégias de prevenção da violência devem levar em consideração o fato de a violência psicológica ser o ponto inicial que deflagra toda violência doméstica. As autoras ainda afirmam que:

as formas de violência psicológica doméstica nem sempre são identificáveis pela vítima. Elas podem aparecer diluídas, ou seja, não serem reconhecidas como tal por estarem associadas a fenômenos emocionais frequentemente agravados por fatores tais como: o álcool, a perda do emprego, problemas com os filhos, sofrimento ou morte de familiares e outras situações de crise. (SILVA; COELHO; CAPONI, 2007:97)

O não reconhecimento da violência psicológica sofrida por mulheres no ambiente domiciliar também foi observado nesta pesquisa. Durante as entrevistas, ao serem perguntadas sobre se havia sofrido experiências de violência obstétrica, nenhuma participante colocou o ambiente domiciliar e intrafamiliar como um espaço que ocorrência deste tipo violência.

Os ambientes da maternidade, da universidade, do trabalho e o doméstico se caracterizam como diferentes dispositivos e tecnologias de poder, são importantes dispositivos de uma sociedade disciplinar presente ainda nos dias de hoje. Portanto, é questionável a afirmação de Han (2017b) de que a sociedade disciplinar de Foucault não é mais a sociedade de hoje. Contudo, é também necessário reconhecer que a sociedade disciplinar não responde de forma integral ao complexo contexto social, político, econômico e cultural que vivemos atualmente. Para Domecq (2020) não devemos ver essa mudança como uma substituição abrupta, trata-se de algo gradual, em que se impõe novos elementos que não poder ser explicados pelo modelo anterior

O pensamento de Foucault precisa ser analisado em contexto e, dessa forma, não poderia se quer prever a importância e influência que o cyberspaço, a internet e as redes sociais virtuais teriam na sociedade contemporânea. Sendo assim, outro dispositivo de violência que devemos considerar na atualidade é a o ambiente virtual, as redes sociais digitais, como espaços que promovem diversos tipos de violência, dentre esses a violência obstétrica, conforme foi possível evidenciar nesta pesquisa.

As participantes ME1, ME4, ME12 mostram a partir dos excertos que as redes sociais digitais WhatsApp®, Facebook® e Instagram®, as mais usadas pela população brasileira, são espaços de ocorrência de violência obstétrica.

Eu presenciei muito casos no grupo [de WhatsApp®] de gestantes. Presenciei muitos casos de violência obstétrica, de relatos das grávidas e também no próprio grupo. Tinha muito apoio, mas acontecia também de as pessoas julgarem, foram julgadas por outras grávidas do grupo [...]. Chegou a sair algumas mulheres do grupo. (ME1)

Eu não me sentia acolhida naquele grupo [de gestantes WhatsApp®]. Em momento nenhum. Aconteceu uma situação lá em relação a uma mulher que achincalhada no grupo porque ela escolheu uma cesárea. Depois disso, eu cheguei pra enfermeira que eu conheci lá do grupo e disse: 'olha, muito obrigada, mas esse grupo não... não me.... não tem como eu permanecer nele. Não me faz bem. Não acho que é a cultura correta, isso não é informação, isso não é prestar apoio'. E saí. (ME4)

A gente que tá no grupo precisa fazer um relato de parto né? Não é obrigatório, mas quase todo mundo faz. Uma grávida fez seu relato, falando que não conseguiu evoluir, não conseguiu ter o parto normal. Precisou ir para uma cesárea. Chamaram ela de fraca, que ela deveria ter aguentado mais, que não era para ter se deixado entregar pelo desejo do médico. Achei aquilo ridículo! Só ela sabe o que viveu (ME12)

Uma grávida lá do grupo postou o relato dela nas redes sociais. A gente posta no grupo né? Mas também no Facebook®, no Instagram®. Ela postou o relato dela, com fotos, com vídeos. Bem emocionante o relato dela, falando de tudo, todo o processo. Quando eu vi os comentários, o perfil dela era aberto, meu Deus! As pessoas falavam cada barbaridade... falavam da cara dela, que estava horrorosa, se não tinha vergonha de mostrar ela daquele jeito. Eu fiquei com aquilo na cabeça, que não tive coragem de postar nas redes sociais, só lá no grupo e mesmo assim, ainda com um pouco de medo [risos]. (ME12)

O cyberspaço e as redes sociais digitais foram celebradas como espaços de liberdade ilimitada a partir da internet. Todavia essa euforia inicial se mostrou ilusória, pois a liberdade e a comunicação ilimitada se transformaram em monitoramento e controle total. (HAN, 2018)

Na contemporaneidade, sociedade do desempenho e sociedade da transparência são fenômenos concomitantes que se sobrepõem, descrevendo um novo paradigma que busca substituir gradativamente a sociedade disciplinar descrita por Foucault (DOMECQ, 2020). Diferentemente do panóptico presente na sociedade disciplinar, os panópticos digitais são dispositivos presentes na sociedade do desempenho e transparência, sendo esse papel exercido pelas redes sociais digitais que observam e exploram impiedosamente o social, não precisa de grilhões, de muros, de espaços fechados. Atualmente, a sociedade e o globo são o próprio panóptico. O Google® e as redes sociais como Facebook®, Instagram®, WhastApp® são panópticos digitais. (HAN, 2017a; HAN, 2018)

As entrevistas relatam processos de violência ocorridas no ambiente virtual, das redes sociais digitais e que foram perpetradas por diferentes pessoas. No caso dos grupos de WhatsApp®, foram violências provocadas por outras mulheres grávidas e profissionais de saúde que atuam numa perspectiva de humanização do parto. Já as redes sociais Facebook® e Instagram® foram violências provocadas não somente por outras mulheres grávidas, mas por diversas pessoas que não concordam com o pensamento e atitude das pessoas que publicaram em suas redes sociais digitais algo relacionado a gravidez, parto e puerpério.

Para Han (2018b) a sociedade de desempenho e da transparência enfraquece o conceito de respeito que fora construído ao longo da história, concomitante ao desmoroamento da esfera pública. A comunicação digital, presente atualmente com as redes sociais digitais, desconstrói a distância de modo generalizado, e a tomada de distância é constitutiva para o espaço público. Dessa forma, a falta de distância leva a que o privado e o público se homogeneizem, fornecendo uma exposição pornográfica da intimidade e da esfera privada.

A comunicação digital torna possível uma descarga de afetos instantâneos, que permite também, sem respeito ao outro, questionar suas escolhas, sua vida, suas atitudes, ao fim e ao cabo, tudo é passível de julgamento no cyberspaço, portanto também ambientes de disputas de poder e violências.

Há diversas possibilidades de violências na web: física, psicológica, sexual, econômica, objetiva e social. Todas essas modalidades são apresentadas em diferentes cenários, perpetradas em distintos grupos ou indivíduos e quase sempre encorajados pelo de anonimato e o imediatismo do compartilhamento de informações. (TRAJANO RUIZ; DORANTES SEGURA; TOVILLA QUESADA, 2009)

A violência de gênero que ocorre no ambiente virtual, na internet, é um *continuum* da violência sofrida historicamente pelas mulheres. Seja na esfera *online* quanto na *offline*, pois devem ser analisados de maneira conjunta e não vistos separadamente. Sendo assim, é um erro banalizar a violência que ocorre em espaços digitais, pois há o ledo engano de acreditar que ela começa e termina ali, no espaço virtual e que seja algo efêmero. (SOTO; SÁNCHEZ, 2019)

Para as autoras, as principais plataformas e dispositivos denunciados por atos de violência cometidos neles são o Facebook (26%) e os celulares (19%). Apenas 49% dos casos foram notificados às autoridades e, destes, menos da metade (41%) foi investigada. E em estudo por elas com mulheres ativistas chilenas, teve como resultados que 73,6% afirmaram explicitamente ter sido vítimas de violência na internet. As principais agressões foram verbais (91,7%), assédio (25,8%), ameaças (22%) e divulgação de informações falsas (15%). (SOTO; SÁNCHEZ, 2019).

O território virtual não está deslocado do contexto social concreto, é um espaço que replica comportamentos típicos de uma sociedade patriarcal. As pessoas que cometem ataques e violências no ambiente virtual se escondem atrás do anonimato, do efeito manada e da distância física para expressar suas verdadeiras intenções, que poderiam não ser expressas de maneira pública. Nesse sentido, é importante levantar esse debate no cenário público, promover reflexões e processos educativos sobre a questão da violência relacionada à tecnologia e demais

violências, objetivando suscitar transformações que ressignifiquem, para melhor, as relações que atualmente temos com as tecnologias, cyberspaço e redes sociais digitais.

C) Agente violentador não usa só “roupa branca”

A violência obstétrica, conforme já apontado, tem estreita relação com a violência institucional que ocorre em ambientes dos serviços de saúde: hospitais, maternidades, ambulatórios, clínicas e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e perpetrada por profissionais da saúde. As participantes desta pesquisa mostram que profissionais de saúde promoveram diversos tipos de abusos durante o processo de gestação, parto e pós-parto.

Para você ter ideia, teve médicos que forjaram ultrassom, forjaram! Tu tens ideia do nível de forjar um ultrassom?! De dizer assim: ‘aí está o comprimento do seu bebê, já está aqui uma posição’, que na verdade, não era o bebê da pessoa. Para conseguir amarrar uma cesárea. Dizer que aquela pessoa não poderia ter parto normal. Teve um caso desse, em que uma paciente teve a ultrassom dela forjada, para que o médico pudesse marcar a cesárea. Porque alguns obstetras que fazem o parto são os mesmos que fazem a ultrassom, alguns deles. E num desses casos aconteceu isso, foi falado lá no nosso grupo de WhatsApp®. (ME1)

A participante ME1 relata uma situação de fraude de diagnóstico com a finalidade de favorecimento da vontade médica em detrimento do desejo da grávida em ter um parto normal. Já a participante ME3 coloca que sofreu um abuso verbal e psicológico em situações distintas, pois ocorreram em gravidezes diferentes. A primeira relacionada ao abortamento que sofrera na primeira gravidez, quando a médica, de maneira ríspida, fria e não acolhedora, colocou a impossibilidade de vida intrauterina do embrião. Na segunda gravidez, ocorreu uma imposição pelo profissional em realizar procedimentos que atualmente não são considerados necessários para um parto normal – episiotomia e episiorrafia.

Eu tive um abortamento espontâneo... e assim... eu fiquei muito, muito mal na época desse abortamento espontâneo, porque eu não ‘tava planejando engravidar. Aí eu engravidei, não foi planejado. Fui fazer o beta, aquele beta deu positivo. Eu fiquei superfeliz assim... empolgada, que eu ia ser mãe e marquei o pré-natal. Aquela coisa assim, toda, né? Super empolgada. Aí quando eu fiz os primeiros exames e tal, fui fazer o primeiro ultrassom, no primeiro ultrassom, a médica disse: ‘não, isso aqui não vai pra frente não’, assim, desse jeito... [riso]... e eu disse: ‘como assim não vai pra frente?’. ‘Não, aqui não tem feto não! Não vai pra frente’. Assim... de uma frieza, né? Eu fiquei muito revoltada e triste ao mesmo tempo. (ME3)

Na minha segunda gravidez, estava buscando um profissional médico para fazer o pré-natal né? Estava em outro estado, por conta do pós-doc do meu marido e meu doutorado também. E me indicaram uma médica. Na consulta, eu falei que meu primeiro parto foi normal e meu desejo de ter o segundo da mesma forma. Ela então fala do tempo que irá gastar para fazer a episio e sutura do meu parto. Eu fiquei em choque! Agradei e sai do consultório e nunca mais voltei [risos], eu pensei: ‘isso não é uma obstetra, é uma açougueira’. Como é que tu ‘tá pensando em quarenta minutos de sutura de um episio, se eu não tive episio no primeiro parto, se eu não vou ter episio no segundo, como que você ‘tá já sabendo que você vai fazer episio?’, né? Voltei não! (ME3)

No estudo de Trajano e Barreto (2021), que investigou a violência obstétrica na visão de profissionais, colocam que a assistência é permeada por submissão, abusos verbais, psicológicos e físicos, mediante um modelo intervencionista de pessimização do parto.

Já o estudo de Estrela, Amorim e Moser (2019) apontou que 45,5% das mulheres entrevistadas sofreram abusos psicológicos e/ou verbal. Semelhante aos achados do estudo de Jojoa-Tobar (2019), em que a segunda categoria de violência mais relatada pelas mulheres grávidas foi a violência psicológica, atrás somente da violência institucional.

Para a participante ME4 os abusos e violências não foram perpetrados pelos profissionais obstetras e de enfermagem, como em outros estudos. A participante coloca que o anestesista e a pediatra foram responsáveis por promover situações de violência obstétrica, conforme apontam os excertos a seguir.

Eu peguei uma anestesista de urgência que foi péssimo! Então assim... pra raqui[anestesia raquidiana], a anestesia, ela me furou seis vezes. Ela não 'tava conseguindo me anestésiar, aí falou brigando comigo: 'para de chorar, para de chorar!'. E eu lembro que eu ficava: 'mas eu não 'tô me mexendo'. Até perguntava pro meu marido: 'tô me mexendo?', ele: 'não, não 'tá', e ela: 'para de se mexer!'. E eu não 'tava me mexendo. A minha anestesista foi péssima mesmo, uma coisa que me marcou demais, negativamente. (ME4)

Onde é que começa a minha tortura? Depois que todos esses médicos saíram e me levaram pra sala de recuperação pós-anestésica. Uma coisa que eu acho importante, a gente fala muito do obstetra, pouco se fala do pediatra, o meu problema foi com a pediatra, que 'tava entrando no plantão, a que recebeu meu filho foi uma, sete horas da manhã entrou outra. E a que recebeu ele...ele nasceu prematuro, ele nasceu com um desconforto. Eu fiquei horas sem notícia do meu filho e ela fez questão de dizer que não me devia satisfação alguma. Como faz isso com uma mãe, que teve um filho prematuro? Muita maldade! (ME4)

Categorizar os tipos de abusos e violências não é uma tarefa fácil, uma vez que as diversas formas de abusos relacionados a gestação, parto e puerpério se entrelaçam. Nessa perspectiva, podemos reconhecer que a ausência de humanização e empatia ao momento singular que a mulher vive no parto tem tido repercussões na saúde delas.

O abuso verbal e psicológico, relacionado à negligência, foram relatados pela participante ME6. A mesma ainda sofreu abuso físico, ao ser realizado a manobra de Kristeller. Para Guimarães et al. (2019) o abuso físico está diretamente relacionado ao descumprimento de boas práticas e que tem estreita associação com a práticas negligentes dos profissionais.

"[...] vinha uma enfermeira pra dizer que: 'é, na hora de fazer é moleza, né? [...] na hora de fazer tu não lembrou de chamar tua mãe, tu não lembrou de chamar Deus, vai de novo [...]'. E eu fiquei jogada lá... assim... sem ninguém, porque não podia ter acompanhante ainda." (ME6).

Me levaram para sala de pré-parto. O médico só me deitou na cama, aí depois de um tempo ele veio e fez a manobra de Kristeller. Inclusive eu fiz um... eu tenho um relato

desse parto, de um vídeo que eu fiz com uma doula. Vários médicos me criticaram de eu saber alguns termos, né? Tipo: episiotomia, a manobra de Kristeller. É que eles acharam que eu 'tava falando só de médico, mas não foi só os médicos que fizeram isso de me maltratar, foi todo mundo. Todos que 'tavam perto de mim, enfermeiro, recepcionista, todos os que 'tavam lá na hora, de alguma forma contribuíram para essa violência. (ME6)

O estudo de Rodrigues et al. (2017) apresenta que as principais ações que caracterizam a não realização das orientações as boas práticas para o parto foi recorrente na pesquisa. Os resultados apresentam que 86,7% das mulheres do estudo foram submetidas a manobra de valsalva, 52,2% de exames de toque por pessoas diferentes e sem justificativa clínica, 63,8% uso de soro de maneira desnecessária, 34,5% administração e uso de ocitocina. A manobra de kristeller representou 24,1% das principais ações de não boas práticas profissionais relacionadas ao parto. Já o estudo de Lansky et al. (2019) indica que entre o grupo de mulheres que teve parto vaginal, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto, em 23,7% foi realizada a manobra de Kristeller, em 30,4% foi realizada a episiotomia, e a realização desse procedimento não foi informada para 35,6% das mulheres.

O excesso de exames de toque foi colocado pela participante ME8. Na ocasião ocorre um abuso físico associado a um abuso verbal e psicológica, ao diminuir a mulher e dizer que ela não tem a força e coragem suficiente para parir: *“Ele fez mais um toque e aí ele só virou pra mim, disse assim: ‘ô mulé mole...’ ...[riso] ...eu não sei se eu já estava bastante dilatada, porque ele não me falou mais qual... quantos centímetros eu estava de dilatação”.* (ME8)

O desconhecimento das mulheres sobre as não boas práticas repercute diretamente no processo de reconhecimento do abuso e violência física. Os estudos de Rangel-Martinez (2017) e Guimarães et al. (2018) evidenciam que em média 48% das mulheres não conseguem reconhecer e/ou identificar que sofreram algum tipo de violência ou abuso relacionado a gestação, parto e puerpério. Resultado diferente do encontrado no estudo de Lansky et al. (2019), em que entre as 555 mulheres entrevistadas na gestação e após o parto, 70 (12,6%) responderam que sofreram violência no parto e nascimento e 25 (4,5%) relataram não saber se houve violência.

A participante ME7 coloca em sua entrevista dúvidas que tem sobre ter sofrido ou não um abuso físico durante o parto. Para ela, o fato de não ser profissional de saúde, não conhecer as não boas práticas assistenciais, associado ao momento tenso e de medo do trabalho de parto foram elementos que a deixaram a mercê das atitudes e abordagens do profissional médico.

Eu não sei se ele foi assertivo ou se ele foi precipitado, eu sempre tenho essa dúvida. Como eu não sou da área e eu acho que aquele momento é um momento assim... tão... é tanta coisa acontecendo ao mesmo tempo que eu não sei explicar, na verdade, se esse médico ele foi realmente assertivo com o que ele fez ou se ele foi precipitado. Em nenhum momento ele deixou de me falar o que 'tava acontecendo e porque que seria daquela forma, ele disse assim: 'eu vou fazer uma coisa que eu vou perguntar pra você se eu posso fazer. Eu vou fazer uma coisa pra tentar lhe ajudar, pra fazer com que seu bebê nasça normal, posso fazer?'. Aí ele chegou a explicar o que era, mas naquele momento é meio confuso, você não consegue entender muito e, e sei lá... [fala rindo] ...não sabia nem o que ele 'tava dizendo... aí ele empurrou aqui a minha barriga, entendeu? Fez aquela manobra [faz os gestos de juntas as mãos e pressionar para baixo, empurrando]. (ME7)

Estudos de Camacaro Cuevas (2009), Belli (2013), Arguedas Ramírez (2013), Bellón Sánchez (2014), Campiglia (2015), Diniz *et al.* (2015), Guillén (2015), Sánchez (2015), Shabot (2015), Barboza e Mota (2016), Carvalho (2016), Curi *et al.* (2018) apontam que, no âmbito das práticas de saúde, há uma relação hierárquica por definição, a relação profissional e usuário. No topo dessa hierarquia encontra-se o profissional médico como aquele que detém a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo.

Para Diniz *et al.* (2015) e Sánchez (2015) o processo de apropriação dos conhecimentos obstétricos pelos médicos levou à institucionalização do parto e promoveu o que chamaram de “pessimismo fisiológico”. Essa concepção, permite aos profissionais um posicionamento sexista, em que a mulher é vista como inferior ao homem intelectualmente, além de ser mais frágil e com função social de reprodução. Dessa forma, a concepção de pessimismo fisiológico reafirma e alimenta os pilares de uma sociedade patriarcal.

Desde o nascimento da medicina moderna, o fenômeno da fertilidade e maternidade são fases da vida da mulher que deve ser submetida a uma ordem médica. A maternidade é criada como dispositivo médico para, principalmente, ser um espaço de desenvolvimento do conhecimento científico sobre essas temáticas. Como consequência desse processo, o corpo da mulher passa a ser também objeto de regulação e controle (BELLI, 2013).

Ao mesmo tempo que esses temas são objetos de intervenção médica, é interessante notar que estão totalmente dissociados de discussão teórica e prática da sexualidade na esfera da experiência do parto. Para Palharine (2017) ao mesmo tempo que a Ginecologia investiu no controle da sexualidade feminina, a Obstetrícia empenhou-se em bani-la do processo de gestação, parto e puerpério. Sobre essa questão a autora Diniz, em sua dissertação e tese de doutorado, coloca que a dimensão sexual parece ser um eixo estruturante das técnicas da medicina. Suprimir essa discussão seria desconsiderar elementos subjetivos da mulher que poderiam atentar contra as convenções morais e patriarcais (DINIZ, 2001). A autora finaliza colocando que

a sexualidade talvez seja tão ou mais importante que as dimensões propriamente “reprodutivas”. Por esse motivo, é proposto que a exploração do vínculo entre sexualidade e reprodução torne-se uma tarefa fundamental, não para “reprodutivizar” a sexualidade, mas, ao contrário, de erotizar a reprodução, compreendendo o parto como uma função sexual normal das mulheres. (DINIZ, 1997:56)

Arguedas Ramírez (2013) e Sánchez (2015) buscam fazer uma aproximação dessa discussão junto aos conceitos de saber-poder, saber disciplinar e biopoder de Foucault. Assim, a noção de poder obstétrico como uma forma de poder disciplinar, que funciona fundamentalmente dentro dos serviços e instituições médicas, nos permite compreender como a violência obstétrica é um mecanismo para a disciplinarização dos corpos das mulheres e reforçam o mandato social inscrito na categoria sexo/gênero. Para Arguedas Ramírez (2013:1) a violência obstétrica “perpetua as relações de poder que subordinam as mulheres e naturalizam o dever de obediência e de docilidade.”.

Ao partir de uma análise que considere elementos essenciais e representativos de uma sociedade moderna e contemporânea, como o capitalismo e suas derivações-transformações, o desenvolvimento científico-tecnológico, o biopoder, a docilização e medicalização do corpo da mulher é possível compreender o processo de alteamento e sustentação por diversos anos, de maneira hegemônica, o modelo tecnocrático de assistência materna e infantil. Para Davis-Floyd (2001) o modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento caracteriza-se por uma hegemonia tecno-médica, um sistema guiado pelo lucro e de intolerância para como outras modalidades – humanizada e holística.

O modelo hegemônico de assistência, nos últimos anos, tem sido problematizado a partir da questão técnico-científica de suas práticas e associado a uma cultura médica autoritária, além das denúncias de maus-tratos nos serviços de saúde do país. As denúncias de movimentos sociais e o cyberfeminismo ao lado de dados divulgados por pesquisas científicas e audiências públicas em todo país têm revelado o fenômeno da violência obstétrica. Diante desse cenário, o posicionamento dos órgãos da classe profissional médica sobre os debates atuais de violência obstétrica tem sido de grande resistência em enfrentar o debate de fato e propor mudanças efetivas na assistência a gestação, parto e puerpério (PALHARINI, 2017).

No estudo realizado por Palharini (2017), em que analisou textos vinculados por órgãos de classe médica nos anos de 2014 a 2016, aponta para um discurso médico imutável e a-histórico, essencialmente galgado no objetivo de salvar as vidas do binômio mãe-filho. Um discurso atrelado a uma perspectiva patológica da gravidez e do parto, na crença de uma tecnologia a-histórica e vista apenas como meio.

A autora coloca que para o discurso hegemônico, a autoridade médica é invisível, que não existe relações de poder e, portanto, não é algo a ser questionado. Por fim, os argumentos que sustentam os discursos estão envoltos por uma retórica de cientificidade, justificados pelo seu fim, não significam autoridade, mas a verdade. Impossibilitando qualquer mudança efetiva nas práticas e nos procedimentos técnicos que são questionados e por conseguinte, desqualificando e pomenorizando qualquer discurso contrário.

De forma recorrente, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), vem a público reiterar seu posicionamento sobre a questão da violência obstétrica. Esse movimento ocorre muito influenciado pela divulgação de matérias e reportagens sobre violência obstétrica que são divulgadas nos diversos meios de comunicação pela mídia.

O documento mais recente da FEBRASGO, publicado este ano e divulgado em seu site, de abril de 2022, intitulado “Qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal” posiciona-se veementemente contrário ao termo violência obstétrica como vem sendo utilizado nos últimos anos. “Trata-se de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente, criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto.”. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2022:1)

Esse documento possui uma estrutura discursiva muito próxima aos documentos analisados por Palharini (2017), os argumentos continuam envoltos de uma retórica de cientificidade, justificadas com base em estudos científicos que apresentam as melhores evidências, favoráveis ao discurso. Sobre a autonomia da mulher durante o processo de gestação, parto e puerpério, há uma expressa posição de que a autonomia da mulher precisa coadunar com as boas práticas obstétricas que a classe julga serem corretas e verdadeiras. Sobre isso Palharini coloca:

há uma polícia discursiva sobre o que está “no verdadeiro” da boa prática obstétrica – os preceitos da cultura médica hegemônica, perpetuada por meio de suas práticas e da garantia de sua continuidade pela formação dos futuros médicos, funcionam como um dispositivo de verdade que ultrapassa evidências científicas, normas e recomendações de órgãos da saúde. (PALHARINI, 2017:25)

Na pesquisa realizada por Sens e Stamm (2019) que investigou a percepção dos médicos sobre a violência obstétrica apresenta em suas conclusões que todos os profissionais médicos que participaram do estudo entendem que são vítimas de violência durante seu

exercício profissional, ou seja, responsabilizam as instituições e serviços de saúde, com estrutura organizacional e precarização do trabalho, como fatores estruturantes para que ocorra violência obstétrica. Os médicos colocam que são

“vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito por parte do(a) usuário(a) ou, ainda, na divergência em relação à conduta e seu desfecho, em que a ameaça gera a possibilidade de judicialização, como forma de resolver a crise na relação estabelecida. (SENS; STAMM, 2019:12)

Nesse sentido, concordo com Lansky *et al.* (2019) que sinalizam que existe uma controvérsia sobre o uso da terminologia violência obstétrica. Os profissionais de saúde, principalmente os profissionais médicos, advogam a favor do uso do termo violência institucional, buscando descolar de qualquer responsabilidade ética-profissional e do reconhecimento da contribuição de suas práticas e saberes na gênese e manutenção da violência obstétrica no cenário da atenção materna e infantil.

Diametralmente, o termo violência obstétrica está presente e se sobressai nas falas e percepções das mulheres. Há uma popularização do termo e tem sido amplamente empregado por movimentos sociais e nas redes sociais virtuais, ganhando proeminência e maior frequência nas diversas mídias. Lansky *et al.* (2019) apontam que o termo já vem sendo incorporado institucionalmente como no caso do Observatório de Violência Obstétrica do Brasil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Ligue 180 da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Nesse cenário de construção e disputas de narrativas e discursos sobre a violência obstétrica pelos diversos sujeitos, ainda mais numa sociedade hipermoderna como a que vivemos em que há discursos de pós-verdades, é difícil prever qual polo discursivo conseguirá impor sua “verdade”. O campo das políticas e programas de saúde tem experienciado, como sempre, momentos cíclicos de conquistas e retrocessos aos direitos sociais da mulher. Recentemente, o Ministério da Saúde lançou uma versão atualizada da caderneta da gestante. O evento ocorrido na semana do dia das mães e capitaneado pelo responsável pela Atenção Primária à Saúde, um médico com especialização em ginecologia e obstetrícia, apresentou a sexta versão da caderneta, e após seu lançamento, foi imediatamente alvo de críticas pelos movimentos que lutam pela humanização do parto e nascimento, com expressiva repercussão também na mídia.

Conforme matéria divulgada no site do The Intercept Brasil, o Ministério pretende distribuir mais de 3 milhões de exemplares da caderneta da gestante pelo SUS. O referido material estimula a prática da episiotomia, prática violenta e ultrapassada. A OMS, em 2018, já

reconheceu que não há evidências científicas que sustentem a realização desse procedimento durante o trabalho de parto. A reportagem ainda aponta que o documento ainda promove uma diretriz duvidosa ao ressaltar a amamentação materna exclusiva como método para prevenir uma nova gravidez nos primeiros seis meses após o parto. (THE INTERCEPT BRASIL, 2022)

A falta de coerência entre os documentos que tratam da questão dos direitos da assistência ao parto e nascimento são evidentes ao observarmos que a recém-lançada caderneta contraria as Diretrizes Nacional de Assistência ao Parto Normal de 2017, que desaconselha e evidencia o uso de não boas práticas de assistência ao parto normal, como a episiotomia e a manobra de Kristeller.

Aguiar *et al.* (2020) questionam como os documentos oficiais: normas, diretrizes, protocolos, portarias, leis podem ser entendidas como direitos efetivamente ou desejos dos sujeitos que estão à frente dos processos de gestão e tomada de decisão, portanto, impregnados de aspectos subjetivos, de posicionamento moral, crenças e ideologias, verdades pautadas por uma perspectiva de manutenção do *status quo* e hegemonia do controle da saúde e vida das mulheres.

Então, como distinguir esses dois tipos de processos históricos: aquele em que tais assistências institucionalizadas surgem como produto de escolhas humanas de melhoria assistencial daqueles em que a melhoria é anulada? Anulada por não constituir mais uma escolha de comum acordo pelos pacientes e profissionais envolvidos, senão uma indicação praticamente compulsória daquelas assistências institucionalizadas. Não estaria aí a origem desse tipo de violência? (AGUIAR *et al.*, 2020:2)

Por fim, é importante ressaltar que o processo dos direitos das mulheres, perpassando a questão da assistência ao parto e nascimento devem ser vistos de maneira crítica e histórica. Reconhecer que existem princípios pétreos que precisam ser preservados, independentemente dos sujeitos que estejam ocupando os diversos espaços de decisão. Por isso, o protagonismo da mulher dos espaços legislativos e executivos, atuando de forma conjunta com os movimentos sociais e demais instituições e organizações que atuam na discussão da humanização da assistência ao parto tem potencial de garantir a autonomia da mulher sem prejudicar as discussões acerca de sua saúde.

A apropriação indevida do corpo da mulher é historicamente característica da sociedade patriarcal, acrescenta-se como camada que quando a mulher deseja viver a experiência da gravidez, parto e puerpério, essa apropriação torna-se objeto de estudo e intervenção dos profissionais de saúde. Todavia, os profissionais não são os únicos detentores desse poder e apropriação, que ao fim e ao cabo podem se tornar processos de violência

obstétrica. Numa sociedade patriarcal e disciplinar, é necessário que outros sujeitos, fora os profissionais de saúde, possam reproduzir violências contra as mulheres. Esses sujeitos podem ser o companheiro da mulher, familiares, amigos, colegas de trabalho até mesmo outras mulheres que estão vivenciando a experiência da gravidez.

Para a participante ME1, a escolha do tipo de parto não foi bem aceita, nem por seu parceiro, inicialmente, nem por seus familiares. Conforme o excerto da participante, a família enxergava a escolha pelo parto normal como um sofrimento desnecessário.

Desde o início, a escolha do meu parto [parto normal] foi uma questão... olha não foi bem aceito, não foi bem aceito! Pelo contrário, eu acho que eu fui motivo de muita chacota sabe? Muita chacota! É... minha mãe, que eu esperava ter total apoio dela, até pelo fato de ela ter tido três partos normais. Ela achava uma loucura eu querer parir normal e eu querer parir numa maternidade pública [...] me questionavam: 'como é que tu tens um plano de saúde e tu pode parir lá numa clínica e tu quer parir numa maternidade pública? [...] A família sempre enxergava por esses olhos. Eu estava passando por um sofrimento desnecessário. Até que eu fui a única da família... a ter essa vontade... de ter esse tipo de parto (ME1)

A participante ME12 coloca que houve uma polarização na sua família em relação a sua escolha por realizar um parto normal. Para ela, o fato de sua família ter origem mais atrelada a cultura do parto normal como escolha preferencial e recorrente das mulheres grávidas, não houve qualquer dissenso. Diferentemente, a família do seu companheiro, com uma tradição do parto mais influenciada pelo modelo tecnocrático e biomédico, acredita que o parto do tipo cesárea é mais seguro e confortável para o binômio mãe-filho.

A minha família, por ser uma família do interior, uma família mesmo assim... que vem de outra cultura, aquela cultura mesmo do mato. Todos amam parto normal, a exceção é cesárea. Todo mundo entende que o parto normal é normal. É normal, faz parte, o ser diz quando quer vir ao mundo e vem. Já a família do meu companheiro é uma família mais da capital, onde o pessoal estudou mais, é um pessoal que gosta da cesárea. A cesárea traz segurança, traz conforto. Então, na família dele eu senti muito preconceito, assim... eu fui bombardeada, do tipo: 'você vai deixar o neném em sofrimento. Você vai sofrer. Você é muito corajosa'. Aquele muito corajosa que diz: 'você é louca!' outras diziam: 'você é muito corajosa, não deveria fazer isso'. Na família dele, a gente teve todos os negativos (ME11)

Dentre os familiares, destaca-se a figura mãe da grávida; para as participantes ME6 e ME8, as mães tentaram influenciar e impor constantemente durante a gestação sua posição sobre qual deveria ser o tipo de parto a ser escolhido por sua filha. A participante ME6 coloca: “Foi bem difícil... assim.... a minha gestação. Eu... não é que eu senti incômodo físico, o que foi incômodo... foram as pessoas que me infernizavam. Eu chorava todo dia... eu dizia que teria parto normal” (ME6).

A minha mãe era a principal [pessoa contra meu parto ser normal]. A minha mãe nunca me apoiou, minha mãe era a principal a falar isso... minhas tias também falavam sobre o assunto. Uma tia minha dizia que ia pagar a minha cesárea, porque ela achava que o plano não fazia era cobrir e que nem eu tinha como pagar (ME6)

A situação da participante ME8 é semelhante, contudo, com um posicionamento diferente da mãe da participante ME6. Enquanto a mãe da participante ME6 tentava influenciar e impor sua escolha pelo parto cesárea da filha, a mãe da participante ME8 desejava que a filha tivesse parto do tipo normal, o mesmo tipo de parto que teve durante sua gravidez.

A minha mãe era quem queria muito que eu tivesse normal, mas eu sempre quis ter cesárea. Ela não queria tanto, que até quando eu tive meu filho, ela disse: 'se eu tivesse aqui você teria normal'. Eu respondi só assim: 'hum, tá bom!' [risos]. Será se ela sentiria as dores por mim? Aposto que não! (ME8)

Já a participante ME12 coloca que o marido a pressionou para fazer um parto cesárea não por questões relacionadas a qualidade da assistência, conforto, praticidade e demais argumentos defendidos pelos profissionais médicos que advogam a favor do parto cesárea. A motivação principal do companheiro era financeira, pois sabia que a escolha por um parto normal sairia mais caro, uma vez que envolveria a contratação de um profissional médico, de enfermagem, doula, sala de parto, numa situação de parto na rede privada.

Meu companheiro não gostava da ideia de eu querer ter um parto normal. Ele achava que era um desgaste desnecessário, uma preocupação a mais. Ele também pensava na questão dos custos [faz gesto de dinheiro com a mão e ri]. Ele sabia que iria custar mais caro, hoje o parto normal humanizado así mais caro que um parto cesáreo. (ME12)

Dentre as participantes desta pesquisa, somente a participante ME4 consegue reconhecer que sofreu violência obstétrica por seus familiares. A participante, na ocasião da gravidez, foi impossibilitada de participar do velório do seu pai, tendo como justificativa pela família a questão de ela ter uma gravidez de risco. Mesmo com estratégias adotadas pela família, a participante conseguiu participar de alguns momentos do velório e sepultamento. Contudo, ouvindo de seus familiares que a tristeza pela perda de seu pai, poderia impactar na saúde de seu feto.

Eu estava grávida, para eles [familiares] eu não podia receber a notícia do óbito do meu pai. Me proibiram de entrar na hora da notícia. E eu sabia o que ia ser dito, porque eu sou enfermeira de terapia intensiva. Então eu sei que quando as pessoas se reúnem e com a família, é pra dar a notícia, né? E eu tive que ser muito firme em dizer: 'eu vou entrar. Vocês vão falar pra mim, eu vou entrar!' [...]. A questão do sepultamento, do enterro e tudo o mais... vieram depois os comentários bem pesados. De que a minha filha ia nascer doente, diziam: 'olha, coitada, o que vai ser. Como é que vai ser essa criança, como é que vai ser as vidas deles'. Foi toda aquela coisa (ME4)

A violência obstétrica, como já mencionado, possui uma forte vinculação com as práticas assistenciais exercida pelos profissionais de saúde e no cenário dos serviços de saúde. Portanto, não há na literatura nenhuma menção e/ou estudo de mulheres que sofreram violência obstétrica por familiares e companheiros. Schraiber *et al.* (2003) há uma distância entre indicar uma violência ou abuso sofrido, realizá-la e nominá-la como violência. O reconhecimento pelas

mulheres da experiência obstétrica é uma questão complexa e que influenciada por diversos elementos, semelhante às situações de violência doméstica.

Apesar de existir descontentamentos em relação às práticas assistenciais sobre o parto e nascimento, há uma reprodução do modelo tecnocrático, do poder disciplinar e docilização do corpo da mulher grávida na sociedade. Sobre isso, Capra (1986:154) afirma que “...o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios tão enraizados na nossa cultura que se tornou até o modelo popular dominante da doença”. O mesmo autor complementa dizendo que o modelo biomédico é muito mais do que modelo, está inexoravelmente vinculado ao sistema comum de crenças culturais e que para que possamos ultrapassá-lo será necessária uma profunda revolução cultural. (CAPRA, 1986)

Outro agressor da mulher grávida, apresentado a partir as entrevistas das participantes ME7 e ME12 foram os colegas de trabalho. Diferente da agressão psicológica e verbal perpetrada pelos familiares e companheiros, o colega de trabalho tem como principal motivação para agredir a questão dos arranjos e processos de trabalho, conforme os excertos a seguir.

No começo da gravidez todo mundo acha legal, acha bonito. Mas quando sua gravidez complica, tudo muda. Tinha gente do trabalho que achava que era besteira, que eu estava fazendo draminha. Não entendia o que eu estava passando. Achando que eu estava fazendo corpo mole para não trabalhar (ME7)

Eu senti uma certa pressão no trabalho. As pessoas achavam que eu não queria trabalhar por estar grávida. Tinha uma lá que soltava umas piadinhas, detalhe, ela sendo mulher e mãe. Ela ficava falando que na época dela era trabalhou até o dia de parir. A gente acha que a violência só vem dos profissionais de saúde, das pessoas que vestem branco, mas né não! Tem muita gente próxima da gente, que convive com a gente que também faz mal (ME12)

A gravidez não é uma doença ou enfermidade, contudo deve ser vista como uma condição crônica, circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem repostas sociais, políticas, econômicas e sanitárias reativas e proativas, eventuais ou contínuas dos diversos equipamentos e dispositivos da sociedade (MENDES, 2012).

Portanto, a mulher estar grávida implica não necessariamente que ela não exerça suas atividades laborais, contudo, ao mesmo tempo, o ambiente de trabalho precisa proporcionar garantir seus direitos de mulher grávida, seja numa gravidez de risco habitual ou de médio e alto risco.

Os direitos trabalhistas para a gestante estão previstos na Constituição Federal e também na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como garantia da proteção e saúde do binômio mãe-filho. Dentre os direitos está a questão da dispensa para consultas médicas.

Conforme o artigo nº 392 da CLT, é garantida à empregada durante a gravidez, sem prejuízos do salário e demais direitos, a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para realização, de no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares. Em situações de gravidez de risco, também há respaldo legal, que garante a diminuição da carga-horária de trabalho, a mudança temporária de função e/ou até mesmo a licença de afastamento para garantir a qualidade da saúde materna e infantil.

Quando pensamos em violência, a pensamos geralmente a partir de sujeitos essencialmente distintos e/ou que ocupam posições diferentes na sociedade, uma perspectiva binária e dicotômica: proletário-burguesia, escravo-senhor feudal, mulher-homem, forte-fraco e tantas outras. Essa concepção, presente no senso comum, tem uma sustentação epistêmica, coerente ao modelo cartesiano e a racionalidade biomédica. Todavia, ao reconhecemos as contribuições do pensamento complexo, conseqüentemente é possível reconhecer que a violência também poder ser perpetrada por sujeitos que são consideradas como “pares” na sociedade.

As participantes ME4 e ME12 colocam situações de violência obstétrica que foram perpetradas por outras mulheres grávidas. Essas violências aconteceram na rede social virtual do WhatsApp® e estavam diretamente relacionadas a posicionamentos contrários sobre o tipo de parto, porém não restrita a isso, a participante ME12 coloca que outras mulheres grávidas buscam influenciar e julgar escolhas, hábitos e comportamentos.

Eu não entendia como é que um grupo de acolhimento [grupo de parto normal humanizado de WhatsApp®] ‘tava fazendo isso com outra mulher, no dia do parto, quando ela colocou no grupo que não iria conseguir ter um parto normal. Tanto que eu fui falar com ela no particular e ela chorando disse: ‘olha, eu não te conheço, mas vem me visitar, vem ver minha filha. Eu sei que você ‘tá preocupada comigo, mas vem aqui, a gente vai se conhecer, vai conversar’. Eu fiquei besta de como ela ‘tava sendo tratada por outras mulheres grávidas no grupo. (ME4)

Eu nunca pensei que quando engravidasse eu sentiria tanta pressão de outras mulheres grávidas. Querendo te dizer o que você precisa fazer, comer, como deve se vestir. Te falando que seu parto tem que ser assim e não assado. Tinha dias que eu nem tinha vontade de abrir o grupo de WhatsApp®, porque sabia que iria ter umas grávidas lá dando pitaco e julgando outras grávidas. (ME12)

A sociedade patriarcal empreendeu, desde sempre, a rivalidade feminina. Seja de maneira sutil ou evidente, causa espanto que muitos julgamentos e comentários agressivos e violentos contra mulher são feitos pelas próprias mulheres. Esse cenário de machismo sistemático presente no meio social evidencia uma prática de competição feminina, que enfraquece a luta pela igualdade de gênero e das mulheres (SILVEIRA; ALDA, 2018).

Bourdieu em “A Dominação Masculina” traz contribuições oportunas para que possamos compreender melhor os elementos constituintes e constituidores de uma sociedade

patriarcal. Para o autor todas as estruturas da sociedade participam para que a dominação masculina, heteronormativa e branca se perpetue. Logo, há também violência contra quem age em oposto a essa ordem. As estruturas de dominação são “produto de um trabalho incessante (e, como tal, histórico) de reprodução, para o qual contribuem agentes específicos (entre os quais os homens, com suas armas como a violência física e a violência simbólica) e instituições, família, Igreja, Escola e Estado.” (BOURDIEU, 2015:46)

O autor continua seu pensamento apresentando que essas estruturas de dominação masculina, que são capitaneadas, obviamente, pelos homens, aplicam categorias aos dominados, no caso as mulheres, que sejam vistas como naturais, tradicionais e verdadeiras para que eles não questionem sua dominação. “O que pode levar a uma espécie de autodepreciação ou até de autodesprezo sistemáticos [...]” (BOURDIEU, 2015: 46).

Numa perspectiva de caracterização da violência simbólica, o dominado – a mulher, participa também a favor da sua dominação. As estruturas de dominação estão entranhadas na sociedade, conseqüentemente, as mulheres também podem reproduzir discursos e ações que reafirmam e favorecem a dominação masculina. Portanto, para Penkala (2014:226) “é parte da estruturação do patriarcado contar com a colaboração daquelas a quem prejudica.”. Essa colocação coaduna com o que Bourdieu coloca sobre o poder simbólico “não poder se exercer sem a colaboração dos que lhes são subordinados e que só se subordinam a ele porque o constroem como poder.” (BOURDIEU, 2015: 52).

A participante ME2 aponta seu descontentamento com as críticas e cobranças feitas de mulheres para mulheres e apresenta como uma possibilidade de mudar esse cenário de reprodução de uma dominação masculina e patriarcal a formação e conscientização da mulher a partir do movimento feminista e de práticas de sororidade. “*As mulheres te criticam, te cobram mais, né? Eu digo: ‘meu Deus, que absurdo isso!’ , né? Só que eu vou pra cima. Não deixo barato não. E assim... eu tô criando minha filha feminista... praticar a sororidade [risos] ...ela ‘tá lendo agora Angela Davis, a biografia.’*” (ME2)

Para Sousa (2016), em virtude da continuidade dos elementos que edificam o sistema patriarcal, é incontestável a necessidade da sororidade, por ela definida como a união e a aliança entre mulheres baseadas na empatia e companheirismo, com objetivos em comum.

Importante, contudo, ressaltar que a discussão da sororidade não é um terreno plano e de consenso entre os estudiosos e pesquisadores do feminismo. Sobre isso, Costa (2009) aponta que apesar de ser uma perspectiva para o combate ao machismo e o sistema patriarcal, a sororidade foi criticada por algumas pesquisadoras, dentre elas Fraçoise Collin, que considerava que o conceito era pensado de maneira descolada dos processos sociais existentes,

numa ilusão da harmonia e da homogeneidade entre as mulheres, assim como uma ilusão da identidade absoluta entre o privado e o político. Segundo Costa (2009), o termo muitas vezes propõe práticas e socialibilidades femininas, mas sem dizer sobre as relações reais e frequentes de conflito entre as mulheres, ocultando, portanto, a pluralidade de relações de poder e dominação também presentes nas diversas maneiras de convivência de mulheres com mulheres.

A referida autora ainda sugere que ao narrar o feminino ao longo dos tempos, é possível também relocalizar a metáfora da sororidade, na negação da solidariedade em diversas práticas, principalmente ligada a maternidade.

O sentimento de solidariedade traduz, também, códigos de não solidariedade. Ambos estão nas práticas femininas. Peculiar, nessas práticas, é o constructo simbólico da maternidade que se reafirma; ele atua, vigorosamente, sobretudo, na definição de deveres morais das mulheres, codificados nas vidas femininas, individuais e coletivas, e nas relações entre mulheres. Esta construção está nas mais diversas práticas femininas; isso nada tem de novidade, mas é importante ressaltar sua significação para a perspectiva da longa duração histórica (COSTA, 2009:19).

Na contemporaneidade, o feminismo tem desafios que buscam trazer respostas para as particularidades das mulheres, porém, ao mesmo tempo, buscando a igualdade para todas por meio de respeito, solidariedade e empatia. Nesse sentido Descarries (2000) coloca a necessidade de formulação de uma perspectiva de feminismo que abarque as diferenças sendo assim plural e diversificado, longe de uma proposição que mantenha uma ficção homogênea do mundo das mulheres, mas bem enraizados no concreto e na historicidade, para melhor pensar a multiplicidade e a complexidade dos processos sociais sexuais e tentar reconciliar os objetivos da busca de igualdade das mulheres, lutando contra a norma masculina e com o reconhecimento de uma identidade social feminina, singular e múltipla.

D) Mercantilização do parto normal e humanizado

Para Lima e Pereira (2018), dentre os fenômenos intrínsecos ao modo de produção tipicamente capitalista, destaca-se a capacidade de reinvenção deste modelo, a partir de crises cíclicas que são constitutivas da sua dinâmica de reprodução, e que antes que se apresente um fim ao sistema, são criadas novas estratégias e tendências para uma nova fase de acumulação do capital. Assim, busca-se superar constantemente a possibilidade de estagnação e declínio do modelo, alcançando movimentos restauradores.

Marx e Engels, no conhecido Manifesto do Partido Comunista já apontava para essa capacidade de reinvenção do sistema capitalista a partir de crises econômicas e sociais. Sobre isso, os autores se questionam e ao final, trazem possibilidades de resposta:

Como a burguesia supera as crises? De uma parte, pelo aniquilamento forçado de um enorme contingente de forças produtivas; de outra, pela conquista de novos mercados e pela exploração mais acirrada dos antigos. Por intermédio de quê? Preparando crises mais extensas e mais violentas e reduzindo os meios para preveni-las (MARX; ENGELS, 2010, p.33-34).

Em recente publicação do Projeto Druft¹⁷, em janeiro de 2020, Klaus Schwab, inventor do Fórum Econômico de Davos, atualizou pela primeira e única vez o manifesto do principal encontro dos protagonistas do poder político-econômico do mundo. O documento inclina-se a sugerir que o capitalismo cada dia mais possa ser integrador e humano, que o capitalismo do século XXI deve ser mais equitativo e diverso, incorporando as causas do movimento feminista, dos movimentos raciais e LGBTQIA+ com mais veemência.

Essa inclinação certamente vai de encontro ao constante ciclo de reinvenção do sistema capitalista, buscando sempre conquistar novos mercados como apontou Marx e Engels. Não diferentemente, é o que se observa com o processo de mercantilização do parto. Os estudos de Yazlle *et al.* (2001), Behague (2002), Chachan (2006) e Cardoso e Barbosa (2012) evidenciam o processo de mercantilização do parto do Brasil, porém, nas análises dessas pesquisas, a mercantilização do parto existente é a do parto cesárea, que conforme Cardoso e Barbosa (2012) se justificaria, pois dentro de uma lógica mercantil que rege o sistema capitalista, existe uma racionalidade que sustenta o ato cirúrgico, pois este representa menor

¹⁷ O Draft é um projeto editorial dedicado a cobrir a expansão da inovação disruptiva no Brasil. Uma plataforma de conteúdo, serviços e eventos montada para fazer a crônica da Nova Economia, da Cultura Maker, dos novos empreendedores brasileiros. Site: <https://www.projtodraft.com/a-reinvencao-do-capitalismo-mais-integrador-e-mais-humano/>

tempo gasto na execução, quando comparado à assistência do trabalho de parto, que pode levar muitas horas até o nascimento. Dessarte, a cesárea significa a possibilidade de maior produtividade e mais gastos hospitalares quando comparada ao parto normal. Esses gastos são revertidos em despesas para os usuários de um serviço privado ou para SUS.

A participante ME1 levanta essa questão sobre a lógica de assistência ao parto cesárea e normal.

Os médicos dão desculpas esfarrapadas a todo momento para levar a mulher para uma cesárea. Medicação desnecessária de uma cesárea... Aí é que o médico de desloca até a maternidade para poder começar a monitorar aquela a mulher e esperar aquele parto evoluir, mesmo você pagando por uma disponibilidade. Então, médico nenhum quer estar disponível por seis, oito horas para uma mulher, não querem, não querem. A não ser que você pague por essa assistência. Ter parto normal é assim, só pagando pelo médico, pela equipe, pelo local do parto. (ME1)

Lipovestky, sobre essa questão do tempo no capitalismo moderno, relembra a análise feita por Marx sobre a relação tempo e capitalismo:

A economia do tempo é o princípio de funcionamento do capitalismo moderno. Dedicando-se a reduzir ao máximo o tempo de trabalho e, ainda assim, fazendo deste a fonte da riqueza, o capitalismo é um sistema que se baseia numa grande contradição temporal que exclui o homem do seu próprio tempo. (LIPOVESTKY, 2004:75)

Nos excertos das participantes ME1, ME4 e ME10 é possível observar que mesmo elas possuindo planos privados de saúde, a assistência ao trabalho de parto normal não é coberta pelos seus planos de saúde.

Meu Deus do céu! É mais caro você parir normal hoje do que você parir cesárea. Porque para você parir normal, é... eu tendo plano de saúde, preciso pagar por fora. Se eu quiser parir normal e eu quiser ter essa disponibilidade médica, preciso pagar por isso. Hoje boa parte dos médicos cobram por essa disponibilidade, tá entendendo? (ME1)

Na época que ele fazia parto, esse médico fazia parto... ele acompanhava o parto normal, mas era algo muito caro. Ele não acompanhava pelo plano nem nada. Até hoje não acompanha. Então era algo que financeiramente pra mim não era possível. Então acabei procurando outro médico. Não tinha condições de arcar com os custos de um parto normal como que queria. (ME4)

Na época do meu primeiro filho foi R\$ 2.600,00. E aí na segunda, que veio dois anos depois, já subiu para R\$ 3.900,00 para fazer o parto. Essa coisa de pagar pelo parto era uma questão que me pegava muito. Só que aqui onde moro, eu não conseguia outra profissional que meu plano cobrisse, que atendesse aos meus anseios. (M10)

O estudo de Cardoso e Barbosa (2012) trata sobre desencontro entre o desejo e a realidade de mulheres de ter um parto normal, e obteve como um de seus resultados as dificuldades das mulheres em conseguir encontrar um profissional médico obstetra coberto pelo plano de saúde que aceitasse realizar o parto normal, um contexto ainda presente neste estudo.

Esta mesma pesquisa ainda evidenciou o quão limitado e oneroso é para as mulheres realizar um parto normal, mesmo com plano privado de saúde e ressaltaram: “É paradoxal constatarmos que o ‘retorno à natureza’ também é alvo da mercantilização.” (CARDOSO; BARBOSA, 2012:43).

As participantes ME11 e ME12, expressam a inacessibilidade de toda e qualquer mulher que venha a desejar, optar pelo parto normal e que tenha condições fisiológicas de realizá-la.

O parto normal, só fugindo um pouco da tua pergunta... eu percebi que o parto normal é uma falácia... assim: ‘Ah! Todo mundo pode ter parto normal’, é uma mentira! Porque se você chega lá sem sua médica e sem sua enfermeira, o plantonista não vai te esperar. O meu parto foram 36 horas. Ninguém iria esperar 36 horas, entendeu? E aí dizer: ‘não vai dar certo’, até porque eu tive várias intercorrências. Eu não iria conseguir, se eu não estivesse com profissionais. Não pelo dinheiro, mas porque ela abraça a causa do parto normal também. A gente percebeu isso, sobre o parto normal, que não é todo mundo, não é assim... essa verdade que essas pessoas pregam. (ME11)

Hoje em dia é muito mais caro você ter um parto normal que um parto cesáreo. Um médico cobra um valor x [para um parto cesáreo], para um parto normal ele cobra o dobro. Sem contar que precisa contratar enfermeiro obstetra, doula, procurar uma maternidade que tenha sala de parto com aqueles equipamentos todos... bola, barra e não sei que mais. Todo dia inventam coisas novas para empurrar na gente e tudo isso é cobrado. O que era para ser um parto mais barato, afinal não tem equipamentos de cirurgia né? Sai muito mais caro. Acredito que isso desestimula a gente a querer ter um parto normal (ME12)

Numa sociedade do consumo, em que quaisquer bens, objetos e serviços transformam-se em mercadoria, é pertinente o questionamento: em que momento o parto normal começa a ser visto como uma mercadoria em potencial para a indústria da saúde¹⁸? Em que momento essa demanda se torna interessante a ponto de ofertar esse serviço em paralelo ao mercado do parto cesárea?

Para contribuir numa possível resposta as essas indagações, é importante ressaltar que sempre existiu a demanda do parto normal pelas mulheres. Contudo não havia interesse do mercado em responder a essa demanda, pois todo complexo médico e industrial da saúde estava voltado ao processo de oferta do parto cesáreo, como principal e mais lucrativa via de parto para as mulheres.

Como todo e qualquer fenômeno, a mercantilização do parto normal é algo complexo de se analisar e compreender, contudo, algumas pistas podem nos conduzir no

¹⁸ O complexo industrial da saúde pode ser delimitado como um complexo econômico a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços, sendo captadas, por exemplo, nas matrizes de insumo-produto nas contas nacionais e/ou de conhecimentos e tecnologias (GADELHA, 2003)

processo de entendimento sobre esse fenômeno. O primeiro é reconhecer que numa sociedade hipermoderna, o antigo e o nostálgico se tornam argumentos comerciais, ferramentas mercadológicas, como aponta Lipovetsky:

Esse retorno revigorado do passado constitui uma das facetas do cosmo hiperconsumo experiencial: trata-se não mais de apenas ter acesso ao conforto material, mas sim de vender a comprar reminiscências, emoções, que evoquem o passado, lembranças de tempos considerados esplendorosos. Ao valor de uso e ao valor de troca se junta agora o valor emotivo-mnêmico ligado aos sentimentos nostálgicos. Um fenômeno indissociavelmente pós e hipermoderno. Pós porque se volta para o antigo. Hiper porque doravante há consumo comercial da relação com o tempo, pois a expansão da lógica mercantil invade o território da memória (LIPOVESTKY, 2004).

A participante ME11 fala em sua entrevista, de como o parto normal que queria e teve remetia ao parto da sua avó, ao parto que acontecia antigamente.

“O meu parto[normal], que eu queria e eu tive, é como o parto que a minha avó teve praticamente. Era uma parteira fazendo com ela. Mulheres trabalhando para mulheres. A equipe que eu escolhi era toda de mulheres. Assim, não porque o homem não... mas é de mulheres para mulheres também. Eu acho que falta muita essa parte de nós mulheres enxergarmos nas outras esse apoio, nesse momento. De mulher para mulher. De resgatar esse parto que tínhamos antes, mesmo sabendo que pode e deve ser feito numa maternidade.” (ME11)

Mesmo com essa característica da sociedade hipermoderna, não se deve desconsiderar os benefícios do parto normal para a saúde do binômio mãe-filho. Sendo, portanto, uma outra pista que venha a contribuir na compreensão do fenômeno: o movimento da humanização do parto associado aos resultados de pesquisas científicas, da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Como já descrito anteriormente, o movimento de humanização do parto surge da década de 50 do século XX, a partir da iniciativa de obstetras preocupados em minimizar as dores do parto e transformá-lo num evento mais prazeroso.

A legitimação desse movimento ocorre a partir de uma legitimação científica, numa perspectiva saber-poder, em que se adota proposições críticas à assistência tradicional ao parto e mais tarde, ao parto cesárea. Para Diniz (2005), a MBE vem ampliando a legitimidade do discurso pelas mudanças das práticas assistências a mulher, com repercussões no arcabouço jurídico-legal do Estado, resultando em programas e políticas públicas às mulheres.

No âmbito do serviço público de saúde, do SUS, em 2011, foi lançado o programa Rede Cegonha com o objetivo de garantir acesso, acolhimento e qualidade na atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Conforme Leal (2018), uma avaliação dessa iniciativa foi realizada em 2017, por instituições acadêmicas e científicas, evidenciando resultados promissores, com maior frequência de boas práticas e redução de intervenções desnecessárias.

Em 2015, foi criado um programa denominado Parto Adequado, destinada a reduzir o excesso de cesarianas no âmbito da saúde suplementar. Esta iniciativa contou inicialmente com uma participação limitada de unidades hospitalares e planos de saúde, restringindo-se aos hospitais de maiores prestígio no Brasil. Mais recentemente, em 2018, o programa já contava com uma adesão voluntária de 150 hospitais privados espalhados nas regiões do país. Os resultados iniciais dessa iniciativa também estão sendo avaliados e já mostram melhoria nos indicadores nesses hospitais, com redução de cesarianas e de nascimentos termo precoce, bebês com 37 e 38 semanas de gestação (TORRES et al., 2018).

Essas iniciativas, seja no âmbito público e/ou privado evidenciam o protagonismo do movimento pela humanização do parto e da legitimação das boas práticas assistenciais a partir da BEM.

A terceira pista evocada é o fator ou tendência *Wellness*. Não se trata de um conceito novo, foi introduzido pelo médico norte-americano Halbert Luis Dunn em 1961, a partir da obra “High Level Wellness”. A Sociedade Brasileira de Wellness e Health Coaching (2011) define por *Wellness* nas nomenclaturas de: well= bem e ness= estado de espírito, forma de ser, e ainda:

Wellness não é somente um conceito, mas principalmente uma filosofia de vida que abrange seis dimensões: Corporal, Emocional, Ocupacional, Intelectual, Social e Espiritual. Essas dimensões estão interligadas e precisam ser trabalhadas para a manutenção do equilíbrio e harmonia constantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE WELLNESS E HEALTH COACHING, 2011).

A gênese da tendência *Wellness* surge a partir do Estado de bem-estar social, ou *Welfare State*, e da construção de um “novo” conceito de saúde – o conceito ampliado de saúde, cunhado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em paralelo temos ainda a inauguração de discursos e práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, de abordagem comportamental-individual, com vistas a promover mudanças de hábitos saudáveis às pessoas.

O fator *Wellness* se torna mais forte e presente em nossa sociedade a partir do momento em que o chamado Estado de bem-estar social entra em crise e neoliberalismo começa a se tornar a nova engenharia de sustentação do sistema capitalista, conforme aponta Furtado (2009):

O fim do chamado Estado do bem-estar social, ou *Welfare State*, exerce uma influência importante nesse processo. Com o início do neoliberalismo e o fim do *Welfare State*, o bem-estar da população deixa de ser uma responsabilidade no âmbito do Estado e transfere-se para o âmbito individual. Não mais *Welfare State* e sim *Wellness*. Nesse contexto, o indivíduo deve ir em busca de seu bem-estar, comprando-o como uma mercadoria (FURTADO, 2009:9).

Neste contexto, o *Wellness* se torna efetivamente uma tendência relevante na sociedade, materializando-se em produtos e serviços de beleza e cosméticos, alimentação,

exercícios físicos, publicações voltadas a moda e *lifestyle*, cursos sobre a temática, formação de *coachings* e as mais diversas formas de se tornar um produto ou serviço para ser consumido em nossa sociedade. Essa popularização do *Wellness* deve-se em grande parte às redes sociais na internet ou redes sociais digitais, fundamentais para sustentação de uma sociedade hipermoderna e tecno neoliberal, a quarta e última pista para compreendermos a mercantilização do parto normal.

A internet no Brasil surgiu no final da década de 1980 como meio de divulgação de informações na área da pesquisa e ensino, mas, de maneira rápida, atingiu a população geral. Nos últimos 20 anos, as tecnologias de informação e comunicação têm crescido de maneira exponencial, promovendo profundas mudanças na maneira como as pessoas se comunicam, captam e compartilham informações, e emitem opiniões. Ocorreu, e a ainda ocorre, uma grande proliferação de sites, chats, redes sociais, tornando o mundo uma enorme rede de pessoas conectadas, independentemente de suas localizações geográficas (SZWARCOWALD *et al.*, 2021)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019 realizada pelo IBGE apontou que 82,7% dos domicílios nacionais possuem acesso à internet. Entre as 183,3 milhões de pessoas com 10 anos ou mais de idade no país, 143,5 milhões (78,3%) utilizaram a internet nos últimos meses. O estudo ainda destaca que o telefone celular – *smartphone* continua sendo a principal ferramenta utilizada pelos conectados, ele foi encontrado em 99,5% dos domicílios com acesso à rede mundial de computadores (BRASIL, 2021).

Já sobre os hábitos e comportamentos dos brasileiros nas redes sociais, uma pesquisa organizada pela We are Social® e HootSuite® apresenta que a rede social mais usada pelos brasileiros, na faixa etária de 16 a 64 anos, é o WhatsApp® (96,4%), seguida pelo Instagram® (90,1%) e em terceiro lugar o Facebook® (86,2%) (DATAREPORTAL, 2022).

Para Vermelho *et al.* (2014) redes sociais digitais são macroestruturas tecnológicas que dão suporte a um conjunto de atores sociais (sujeitos e instituições) conectados por laços sociais, os quais são formados, mantidos e reforçados (ou não) por meio de interações sociais. Estas interações concretizam-se a partir da troca de conteúdos em diferentes linguagens e formatos: textual, sonora, audiovisual e imagética.

As redes sociais digitais permitiram a troca de informações, visibilidade e voz aos discursos marginalizados pela grande mídia, além de permitir uma nova forma de organização social e dos movimentos sociais. Estudos de Azevedo (2013), Gonçalves (2014), Ferraz *et al.* (2015), Luz e Gico (2016), Sales (2017), Sena e Tesser (2017), Amorin e Silva (2020), Pereira (2021), Costanaro (2022) evidenciam o papel das redes sociais digitais no processo de

informação, troca de experiências e discussões referentes ao processo de gravidez, parto e puerpério. Estes estudos tiveram como *locus* de pesquisa redes sociais digitais como Facebook®, Blogs e Youtube® e sinalizaram em seus resultados uma questão em comum: a importância das redes sociais digitais como ferramentas de fomento de novos comportamentos e hábitos sobre o processo de gestação e parto. Dessa forma, extrapolam o meio virtual-digital e influenciam a vida real-material das mulheres.

As redes sociais digitais, para além de ser espaço e plataforma de compartilhamento de opiniões, percepções, experiências e perspectivas entre pessoas, são também locais de comercialização de produtos, bens e serviços. Para Correia (2018) é imprescindível considerar o potencial comercial das redes sociais digitais na sociedade contemporânea, pois permitem ao empreendedor/vendedor reconhecer quais potenciais nichos de mercado, tendências e comportamentos de consumo dos usuários das redes. Dessarte, as redes sociais digitais exercem um importante papel na complexa engenharia que sustenta a sociedade tecno neoliberal e do hiperconsumo, captando de maneira sagaz os desejos, anseios, necessidades e vontades dos usuários, que são vistos sempre como consumidores em potencial de algum produto, bem e/ou serviço.

Há diversas correntes de estudo sobre a questão do consumo em nossa sociedade, conforme aponta Barbosa (2004), que sustenta esta argumentação com base em Mike Featherstone. Para este último, há três grupos de teorias do consumo: a produção do consumo; os modos de consumo; e consumo de sonhos, imagens e prazeres.

A primeira compreende a cultura do consumo como uma consequência da expansão capitalista e do grande impulso trazido à produção pelos métodos *taylorista* e *fordista*. A partir desta perspectiva, o consumo seduziria e manipularia as pessoas, desintegrando e afastando as pessoas de valores e de relações sociais consideradas mais autênticas. Contudo, o autor considera que a persuasão e controle acontecem mais facilmente na esfera da produção e não na do consumo (BARBOSA, 2004).

A segunda corrente teórica se refere a uma lógica de consumo e sinaliza para formas socialmente estruturadas pelas quais as mercadorias são usadas para demarcar relações sociais. Busca refletir sobre a forma pela qual as mercadorias são usadas pelas pessoas, para estabelecer as fronteiras da relação social. A apropriação dos bens e serviços são importantes para entender as especificidades das relações sociais e podem ser determinantes ao demonstrar que o uso que fazemos das mercadorias é relacionado apenas em parte ao consumo físico das mesmas (utilidade e satisfação), sendo decisivo o seu uso enquanto mercadorias sociais no interior de um sistema informacional.

O terceiro grupo confia no consumo de sonhos, imagens e prazeres, que se baseia na dimensão dos prazeres emocionais associados ao consumo, mais especificamente os sonhos e desejos que são celebrados no imaginário da cultura do consumidor. Nessa perspectiva, o consumo é materializado em espaços físicos apropriados para a prática de consumo como parque temáticos, lojas de departamentos, shoppings, entre outros que geram sensações físicas e prazeres estéticos (BARBOSA, 2004).

Num contexto de uma sociedade hipermoderna, as delimitações e contornos entre esses três grupos de teorias de consumo se sobrepõe, se amalgamam, tornando mais complexo qualquer possibilidade de análise focalizada e unidirecional. Sendo assim, o consumo do parto natural e humanizado pelas mulheres deve considerar a aglutinação dessas perspectivas de consumo em nossa sociedade.

A dissertação de Amorin e Silva (2020) estudou relatos de parto no Facebook®, a partir de um grupo de parto natural. A autora evidenciou o processo de mercantilização do parto normal, ao observar que nos relatos de mulheres do grupo eram pautados na contratação de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, acupunturista, doula) para auxiliar no processo de parto normal, com valores que variavam de cinco mil reais a trinta mil reais. Os excertos das participantes ME1, ME4, ME9, ME10, ME11, ME12 evidenciam essa questão, da contratação de diversos profissionais, numa perspectiva multiprofissional para acompanhamento do processo de gestação, parto normal e nascimento do bebê.

Contratada [equipe] por fora do plano. A gente teve que pagar pela médica, porque senão teríamos sido atendidos pela plantonista na clínica e eu estava com muito medo, porque eu sabia que parto normal, alguns médicos dizem: 'Ah! Dá certo a gente fazer'. E no meio do caminho diz que deu uma besteira, vamos para cesárea. Às vezes, sem nenhum tipo de explicação, sem realmente ser necessário. Então eu paguei a médica, que cobrou R\$ 5.000,00 reais e a enfermeira obstétrica cobrou R\$ 2.200,00. [...] cada um tem seu preço, cada pessoa [risos]... aí lá na maternidade privada, você tem a equipe de enfermeiras que durante todo o processo, a partir do momento que você paga, pode ser do primeiro dia, do dia que o embrião fecundou, até o dia dele sair, elas vão estar com você nesse processo. Se você precisar, qualquer coisa, vem a pessoa que está de plantão no dia. Vem tirar suas dúvidas, vem ver como você 'tá. (ME11)

Na época eu não contratei uma enfermeira obstétrica, porque assim... dentro desse grupo [de gestantes no WhatsApp®] elas oferecem o serviço delas também. Na minha época, que já foi, já... quatro anos atrás, para se contratar enfermeira obstétrica pagava-se em torno de R\$ 800,00 reais. R\$ 800,00 não! Esse valor eu paguei para minha doula. A enfermeira obstétrica era R\$ 1,500,00 reais. E o médico obstetra que também fazia parte da equipe com elas, ele cobrava em torno de R\$ 3.500,00 reais. É uma nota! (ME1)

Porque como eu te disse, apesar de você ter uma equipe, pagar pela disponibilidade daquele médico, como muitas mulheres pagaram para ter parto normal. Quem

acompanhava todo esse processo de evolução parto, eram a enfermeira obstétrica e a doula. (ME1)

Na fala da participante ME11 percebe-se a preocupação dela em garantir a assistência médica para realização do parto normal, pois acredita que o médico plantonista não respeitará sua vontade de ter um parto normal, que, portanto, mediante somente a contratação e pagamento de um médico particular será possível concretizar o tipo de parto que deseja.

Ainda nos excertos das participantes ME11 e ME1, é possível observar que apesar de contratação do profissional médico como garantia para um acompanhamento da gravidez, parto e puerpério, há uma maior disponibilidade e participação em todo o processo gravídico-puerperal dos profissionais da enfermagem e doulas, cabendo quase que exclusivamente ao médico assistir a mulher durante o processo de parto normal.

Sobre isso, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal orientam que a assistência ao parto e nascimento de baixo risco, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetritz. Conforme o mesmo documento, os gestores em saúde devem proporcionar condições para implementação de modelo de assistência incorporando o profissional de enfermagem obstétrica e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017).

A OMS define como nascimento normal aquele com início espontâneo do trabalho de parto (TP), em mulheres com risco habitual e que permanecem assim durante todo o pré-parto e o parto. O bebê deve nascer espontaneamente na apresentação cefálica fletida entre 37 e 42 semanas de gestação, e após o parto, o binômio mãe-filho deve estar em boas condições de saúde (STEIBEL, TRAPANI, 2018).

A assistência ao parto é dividida em quatro estágios, em todos os estágios o médico obstetra deve se fazer presente, pois caso venha ocorrer alguma falha de progresso nos períodos do parto, é de sua responsabilidade realizar os direcionamentos necessários para garantir boas condições de saúde para a mulher e o feto (BRASIL, 2017).

Já para a participante ME4 a prioridade é a contratação de uma enfermeira obstetra: *“Assim, quando... logo depois da descoberta da minha gestação, eu fui atrás de uma enfermeira obstétrica, contratei logo, primeira coisa que eu fiz.”(ME4)*, diferentemente da participante ME9, que contratou somente a doula, por considerar ser uma profissional importante na assistência ao parto normal e com custos mais próximos de sua possibilidade financeira, visto que teve gastos com seu casamento.

A doula eu tinha contratado, eu não contratei foi a questão da disponibilidade do médico, né? E essas outras coisas... enfermeira obstétrica, fisioterapeuta, mas a doula

eu contratei. Com os gastos do casamento, eu disse assim: 'vai ficar muito apertado se a gente ainda for pagar a disponibilidade da médica, a enfermeira e não sei o que'. A gente terminou: 'não, deixe pra lá, não vamos mais pagar nada, vamos pagar só a doula' (ME9)

A doula exerce algumas atividades de apoio no momento intraparto que estão relacionados a oferecer suporte emocional, encorajando e tranquilizando a gestante; proporcionar medidas que tragam conforto e alívio da dor, como massagens e banhos; disponibilizar instruções e conselhos; e estabelecer um vínculo entre equipe de saúde e mulher, explicando a gestante o que vai acontecendo durante o parto e manifestando as necessidades e os desejos da mulher para a equipe de saúde (BARBOSA *et al.*, 2018).

Para Leão e Bastos (2001) a palavra doula tem origem grega e significava servente, escrava. Posteriormente, doula foi usada para descrever aquela mulher que assiste a mulher em casa após o parto, que cozinhava para a puérpera, auxiliava nos cuidados às outras crianças, segurava o bebê e tudo mais que fosse necessário. Atualmente, o termo doula se refere àquela que está ao lado, que interage, que auxilia a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou puerpério. Trata-se de uma mulher sem experiência técnica na área da saúde, que orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com o bebê. Seu principal papel é apoiar a mulher no momento do parto, segurar sua mão, respirar com ela, sorrir para ela, prover encorajamento e tranquilidade.

Nesse sentido, a participante ME1 relatou as atividades da doula bem próximo às descritas pelos autores acima. Sua experiência com essa profissional durante o processo de parto foi colocada por ela como fundamental, a apoiando, incentivando, estando ao seu lado durante todo o processo de parto. Porém, a atuação da doula também foi alvo de chacota e críticas por familiares da ME1, demonstrando desconhecendo dos familiares sobre o papel e processo de trabalho da doula.

Eu gostei demais! Inclusive é um dos motivos de muita chacota do meu parto na família [risos] porque falavam que enquanto eu estava sentindo dor, a doula estava lá, me dando fruta na minha boca, sabe? [risos] me dando força. Mas ela foi fundamental pra mim, essencial. Me passou muita segurança, porque eu tinha ao meu lado, naquele momento, uma pessoa que já tinha toda uma experiência, toda vivência em acompanhar as mulheres durante esse processo. Então, ela sabia pontos específicos de fazer massagem, de forma a aliviar minhas dores, por conta dos momentos de contrações. Ela me incentivava a fazer a força na hora certa, a ficar numa posição em que amenizasse mais minhas dores. Ela foi fundamental nesse processo. E que me fez persistir no parto normal, sem me deixar desistir, dizendo que era aquilo mesmo, que meu corpo estava preparado para aquele momento e que eu não... que eu tinha que me manter firme, para não desistir. (ME1)

Minha doula veio também para me apoiar, para me dizer que iria dar certo, que realmente era o melhor para mim naquele momento. Tanto que ela, minha doula, e o meu esposo, que me acompanharam, no meu parto, na minha cesárea [...] durante

esse processo da gestação, a gente chegou a ter umas três reuniões com a doula. Ela passava vídeos de parto normal, ela dizia as transformações que aconteciam no meu corpo, como seria o momento do parto. [ME1]

O modelo brasileiro de doulas é inspirado no modelo estadunidense, que surge em 1970, conforme apontam Simas (2016) e Sousa (2018), num cenário inspirado pelo médico francês Michel Odent e outros profissionais que tensionavam os métodos e técnicas de assistência ao parto. Para Simas (2016:45) “apesar das doulas no Brasil utilizarem exemplos e autores europeus também, existe uma supremacia de referências vinculadas aos EUA”.

Uma importante iniciativa para o processo de profissionalização a doula no Brasil foi o projeto “Doula Comunitária” desenvolvido pelo Hospital Sofia Feldman, em 1997. A repercussão positiva do projeto pela comunidade e usuários foi também divulgada nos meios de comunicação, mídias e também em eventos científicos (LEÃO; OLIVEIRA, 2005). Em 1999, foi promulgada a lei nº 10.241 de 17 de março de 1999, garantindo a presença de um acompanhante durante o parto, ressaltado pelo Ministério da Saúde como um dos elementos necessários para uma atenção humanizada do parto (BRASIL, 2001). Já no ano de 2005, a inserção da doula passa a ser considerada uma das boas práticas incentivadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005).

Para a participante ME11, a doula deve ser reconhecida como uma profissional, uma pessoa que está exercendo suas funções e atividades claramente demarcadas e não como uma pessoa acompanhante da gestante.

Meu marido e a minha doula entraram na sala de parto. A doula é uma profissional. Os serviços precisam ter essa visão de que ela é uma profissional, de que não é um acompanhamento, não é um acompanhante na verdade, um acompanhante pessoal meu. É uma profissional que está me acompanhando durante o parto. (ME11)

No sentido da profissionalização da doula, em 2013 houve a inclusão das doulas no Código Brasileiro de Ocupações (CBO). Conforme descrição disponível no site do Ministério do Trabalho:

Aplicam procedimentos estéticos e terapêuticos manipulativos, energéticos, vibracionais e não farmacêuticos. Os procedimentos terapêuticos visam a tratamentos de moléstias psico-neuro-funcionais, músculo-esqueléticas e energéticas; além de patologias e deformidades podais. **No caso das doulas, visam prestar suporte contínuo a gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante.** Avaliam as disfunções fisiológicas, sistêmicas, energéticas, vibracionais e inestéticas dos pacientes/clientes. Recomendam a seus pacientes/clientes a prática de exercícios, o uso de essências florais e fitoterápicos com o objetivo de diminuir dores, reconduzir ao equilíbrio energético, fisiológico e

psicoorgânico, bem como cosméticos, cosmecêuticos e óleos essenciais visando sua saúde e bem-estar. Alguns profissionais fazem uso de instrumental perfuro-cortante, medicamentos de uso tópico e órteses; outros aplicam métodos das medicinas oriental e convencional. (Grifo do autor– BRASIL, 2013)

Em 2015, durante o II Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), houve uma tentativa, porém sem êxito, de regulamentação dos cursos de doulas no Brasil. Atualmente há diversos cursos de doulas no Brasil, contudo, apenas duas organizações reconhecidas pelos seus pares cadastram doulas: a Associação Nacional de Doulas (ANDO), com forte inspiração na organização *Doulas of North America* (DONA), atualmente DONA Internacional, pois está presente em mais de 50 países; e a Doulas do Brasil, também conhecida por Grupo de Apoio a Maternidade Ativa (GAMA), criada na cidade de Campinas e que está presente em outras regiões do país (SIMAS, 2016).

Barbosa *et al.* (2018) colocam que para uma das idealizadoras da Estratégia Rede Cegonha, Esther Vilela, as doulas contribuem para reduzir a violência obstétrica no sistema público e no privado. Sendo, portanto, fundamental a inserção da doula para trazer à tona a discussão sobre o modelo de atenção obstétrica.

Diversas transformações no modelo de atenção obstétrica ocorreram ao longo da história, desde a atuação das parteiras passando pela transformação do parto em ato médico, com a medicalização do corpo da mulher e, atualmente, o “resgate” do parto normal, natural e humanizado. Neste processo é importante ressaltar que a gênese da profissão doula não tem relação com a prática e ocupação da parteira. A OMS define parteira como aquela pessoa que presta atendimento à mulher durante a parturição do parto, independente de sua formação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Viera e Bonilha (2006) classificam em parteiras leigas, as mulheres que praticam o partear sem formação técnica ou acadêmica, aprendida e ensinada de maneira doméstica, preservando características ritualísticas, de benevolência, altruísmo. Já Viera (2002) classifica como parteiras rurais as que haviam aprendido a partear por tradição ou necessidade e as parteiras urbanas, uma categoria êmica que surge no século XVIII na Europa, referindo-se a parteiras qualificadas e treinadas pelas escolas mantidas pelos municípios.

A categoria parteira urbana, assim como a doula, ressurge com o movimento de humanização do parto, a partir da década de 1990 no Brasil. O termo parteira urbana passa a denominar não somente às parteiras diplomadas, as obstetizas, mas também às enfermeiras obstetras que atendem partos domiciliares, apoiadas por recomendações da OMS, ainda que

essa prática, mesmo com respaldo legal, seja desestimulado pelo Conselho Federal de Medicina e alguns conselhos regionais da mesma profissão (FAGUNDES, 2018).

Como já levantado, numa sociedade do consumo, do hiperconsumo, tudo é mercadoria, até a pessoa parturiente, que, ao tensionar as normas sociais e culturais que lhes sugestionam a melhor forma de parir, no caso o parto cesáreo, busca diferentes estratégias e técnicas que validem e fortaleçam suas necessidades e motivações. Sendo assim, ao optar pelo parto normal e humanizado, busca na figura da doula e/ou da parteira urbana – obstetrix ou enfermeira obstetra, alguém que lhe proporcione informação e acolhimento durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Ao acessar o site do GAMA e percorrer os cursos ofertados pela organização, percebe-se o ganho no cenário contemporâneo das representações da maternidade sob viés do consumo: acupuntura, shantala, toque de piano, massagens, óleos aromatizados, práticas de yoga e pilates são alguns dos exemplos que dão forma às materialidades do consumo, como dispositivos úteis de suporte psicológico e físico à gestante.

Há alguns anos, o SUS incorporou o serviço das doulas, sejam como voluntárias ou a serviço das maternidades públicas. Contudo, ao transpor a doula para o serviço privado, lugar onde seus serviços são negociados e remunerados pela parturiente, é possível observar a contratação de uma doula como um privilégio da classe média, sustentando, de certa forma, um discurso hierárquico de poder e status.

Conforme apontam Ferreira Junior e Barros (2016), o processo de constituição da profissão doula no Brasil não é diferente das demais categoriais profissionais, portanto obedece às engrenagens do mercado. As doulas transitam de um dispositivo emblemático do movimento da humanização para mais uma forma de mercantilização da saúde, ao buscar um cuidado mais respeitoso e digno.

Para Barbosa et al. (2018) a doula voluntária, formada pelo e para o SUS, é cooptada pelo mercado do parto no âmbito privado. Os autores ainda complementam:

De ‘calcanhar de Aquiles’ do modelo biomédico tradicional, como se vê no sistema público, passa a compor os combos das equipes ‘humanizadas’ no serviço privado. Ao invés de configurarem-se como uma ruptura com a lógica do grande capital, esses novos paradigmas assistenciais podem funcionar como estratégias de rejuvenescimento do capitalismo biomédico e manutenção das relações de poder sobre o corpo feminino (BARBOSA et al., 2018: 426-7)

A fala da participante ME9 expressa a ausência da doula no processo de trabalho de parto, pois a profissional estava ocupada com outra parturiente, no mesmo horário e dia. Dessa forma, coube ao companheiro exercer o papel de “doulou”. A participante ainda relata o

descontentamento com a ausência da doula no momento mais importante, no trabalho de parto. Ao mesmo tempo reconhece que essa eventualidade a aproximou mais de seu marido.

Enquanto a doula não chegava, eu fui fazendo as orientações que ela havia me ensinado e que também me falou quando eu liguei para ela. Ela disse para eu não ficar parada, porque parada não iria resolver nada, na hora que eu entrei em trabalho de parto. Ela me disse para ficar caminhando, andando, que ajudaria. Como a doula não chegava, era meu marido quem fazia massagem né? Nas minhas costas, na minha lombar, e aí ele, depois que passou tudo, ele disse assim: 'não sei pra que que a gente pagou a doula, porque eu que fui o doulo' [riso] ...porque, realmente, né? Assim... no momento que realmente precisei, ela demorou a chegar, estava ocupada com outra gestante. Então por um lado foi bom, eu e me marido nos aproximamos muito. Muito bom pra gente por conta disso né? (ME9)

O excerto acima evidencia um antigo e recorrente dilema de um profissional que atua no mercado de trabalho, seja público ou privado – quantidade *versus* qualidade. A doula precisa fazer o acompanhamento perinatal de algumas ou diversas grávidas ao mesmo tempo buscando garantir uma renda financeira satisfatória, comprometendo a qualidade do trabalho oferecido a mulher.

As participantes ME10 e ME11 trouxeram outras categorias profissionais, fisioterapeuta e educador físico como importantes no processo de preparação para o parto normal. A participante ME10 coloca que chegou a sugerir para a fisioterapeuta que investisse em uma formação para atuar como doula.

Eu conheci uma fisioterapeuta, que foi peça fundamental do meu processo. Ela é uma pessoa próxima a gente e trabalha com fisioterapia pélvica. No final da gestação eu estava com muita dor no quadril e ela entrou para fazer uma reabilitação. E foi ela que me ajudou a me preparar para o parto normal. E ela falou: 'você vai conseguir!'. Eu contratei ela para isso, ela foi meio que uma doula. Até falei que ela deveria investir nisso (ME10)

Fiz atividades físicas até o último dia de ir para maternidade, com a personal, por videochamada. Todo dia a gente fazia. Fiz a fisioterapia obstétrica, para trabalhar o expulsivo, para não ter lacerações quando o bebê saísse. Tudo isso dinheiros extras. Todos esses acompanhamentos (ME11)

A mercantilização do parto normal busca diferenciar-se no mercado do parto, ao ofertar uma assistência ao parto com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, atuando em tempo integral – característica essencial das relações numa sociedade hipermoderna, com abordagem holística, em diálogo com o conceito de ampliado de saúde da OMS e a tendência *Wellness*. Essa diferenciação na oferta de serviço tem um custo ao usuário-consumidor também diferenciado, mais elevado em comparação com o parto cesáreo. Para Barbosa et al. (2018) a parturiente contrata uma equipe para assumir práticas mais humanizadas, promovendo uma elitização da humanização do parto.

É interessante observar que o mercado do parto normal humanizado surge depois da oferta dessa assistência pelo SUS, assunto já abordado em capítulos anteriores e que será resgatado também nos resultados e discussão deste estudo. As pistas apresentadas permitem que tenhamos um olhar mais atento ao processo de mercantilização do parto normal e humanizado no Brasil e no mundo, concomitantemente a possibilidade de nos aprofundarmos nesse complexo fenômeno presente em nossa sociedade.

Em tempos de uma sociedade hipermoderna, tecno neoliberal, os espaços virtuais, através das redes sociais são incorporados também como dispositivos e estratégias de atuação dos profissionais que atuam da assistência ao parto normal e humanizado. Os excertos das participantes ME1, ME5, ME6 e ME11 mostram de que forma os profissionais, principalmente enfermeiras obstetras e doulas, atuavam no processo de acompanhamento da gravidez, a partir de orientações, informações sobre o processo de gravidez, parto e puerpério.

As profissionais de saúde participam dos grupos de WhatsApp® destinados exclusivamente para gestantes que contratavam seus serviços, oferecendo informações científicas sobre o parto normal e humanizado. Contudo, há espaço nos grupos também para interação e troca de experiências e informações entre as gestantes. Sendo, portanto, um espaço diverso e de apoio permanente para as mulheres que participavam dessa rede social virtual.

Assim... lá [no grupo de gestantes do WhatsApp®] tinha tanto enfermeiras obstétricas como tinham doulas. Passando informações a respeito da gestação, incentivando, dando segurança, trazendo informação a respeito do parto normal. Na verdade, o intuito delas eram incentivar as mulheres a um parto normal, natural. Elas focavam dando essa consultoria 24 horas do dia. Sempre que alguém coloca alguma coisa de dúvida, elas respondiam. (ME1)

No grupo de gestantes [de WhatsApp®] que participei, tinha enfermeiras obstetras e doulas. Estavam lá dando assessoria. Enviavam fotos, vídeos, pediam o relato do trabalho de parto das gestantes que tinham parido. Mas quem participavam muito mais eram as outras gestantes, né? (ME5)

Eu conhecia uma enfermeira obstetra, antes dela ter xxxx [fala o nome da empresa de assessoria para parto normal e humanizado]. Ela fundou esse grupo, depois foram entrando outras enfermeiras e também doulas. Lá no grupo a gente trocava muitas informações sobre o parto. Nesse tempo, só tinha uma médica que a gente confiava e outra que a gente não conhecia muito ainda, que faziam parto normal. Hoje essa que a gente não conhecia tanto é a melhor que tem na cidade, eu acho. Quando eu ia para o meu pré-natal com a médica que era cesarista, mas era o que eu podia ter pelo plano. Eu nem escutava mais o que ela dizia, eu já sabia das evidências científicas que as profissionais falavam lá no grupo. (ME6)

Antes [de engravidar] eu não participava. Assim que eu comecei meu pré-natal, eu comecei a participar, porque nós precisamos contratar uma enfermeira obstétrica, pra acompanhar a gravidez, o parto. Lá nesse grupo tinha psicólogo, fisioterapeuta, doula. As enfermeiras faziam umas dinâmicas

de interação da gente. Era bom, tinha muitas informações, lá se falava de tudo, explicava muitas coisas pra gente. (ME11)

No ciberespaço cada sujeito é um potencial produtor e reproduzidor de informação. As redes sociais virtuais, por meio de compartilhamento de opiniões e de relatos pessoais que, em segundos, passam do caráter individual para o coletivo. A comunicação, neste espaço, é interativa, contribui para redes sociotécnicas participativas, que transcendem a simples interligação social, como ocorria na esfera das mídias tradicionais ou outras formas e meios de comunicação. Para a autora as redes sociais virtuais, entre todos os outros dispositivos via internet, são expressões que surgem para estruturar mais e mais o universo da cibercultura (SOUSA, 2018).

O ciberespaço e as redes sociais virtuais foram e são espaços de tensionamento do patriarcalismo, do machismo, da misoginia e demais expressões de preconceito, opressões e violências contra a mulher. Oliveira e Pinto (2016), Sousa (2018), Amorim e Silva (2020) apontam como produto da interface ciberespaço e feminismo – o ciberfeminismo, fenômeno social e político recente, com seus primeiros passos dados junto à terceira onda feminista, décadas de 1980 e 1990, e que levaram a ideia de que as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) poderiam reconfigurar a sociedade, os próprios meios tecnológicos e as posições de gêneros instituídas.

Neste contexto, do ciberfeminismo, o acesso à informação sobre diferentes elementos relativos à gênero são levantados, com destaque aos elementos que interferem em sua saúde como estratégia fundamental para que as mulheres se apropriem e tenham maior controle e poder de decisão sobre tais fatores. No ciberfeminismo, mediações, informações e comunicações acontecem entre mulheres e de mulher para mulher. No que tange a questão da gravidez, parto e nascimento, há um protagonismo maior de mulheres que coadunam com a prática do parto normal e humanizado, destacando-se profissionais como as enfermeiras obstetras e doulas.

Para Oliveira e Pinto (2016), Sousa (2018) quando as redes sociais virtuais se fortalecem, enquanto espaços de participação política das mulheres, concomitante a expansão das TIC, as informações e as trocas de experiências tornam as mulheres cada vez mais informadas e conscientes sobre seus direitos, seus corpos e sua saúde.

Dessa forma, se configura pertinente que os profissionais de saúde também se adequem a esse contexto. O profissional de saúde deve estar ciente de que seu papel fundamental é agir de maneira ética e legal, oferecendo informações claras e completas sobre

o cuidado, os tratamentos e as alternativas, e dar à grávida oportunidades de decisão em relação ao que lhe foi informado (OLIVEIRA; PINTO, 2016).

Ao mesmo tempo que ciberfeminismo é um espaço que possibilita a remodelação do feminismo interseccional, também é um espaço de consumo de serviços e produtos relacionados ao parto normal e humanizado, conforme aponta Amorim e Silva (2020). Para a autora, o consumo faz parte do cotidiano dos grupos. A maioria dos serviços e produtos mencionados tem a finalidade de auxiliar no processo de entrar no trabalho de parto, durante o parto e pós-parto. As mulheres e famílias que buscam esses grupos o fazem porque anseiam pelo parto normal e humanizado, sem violência obstétrica e sem intervenções desnecessárias.

No tocante ao processo de assistência a gravidez, parto e puerpério na rede privada, as participantes desta pesquisa realizaram, em sua totalidade, algum momento da gravidez, parto e puerpério nesse tipo de serviço. Algumas participantes realizaram o pré-natal do serviço privado concomitantemente ao serviço no SUS, conforme aponta as falas das participantes ME2, ME5 e ME7.

A participante ME2 disse: *“Misto [pré-natal], foi misto porque a médica trabalhava no posto de saúde, e eu ia para lá também. Minha gravidez era de risco, então ela queria estar me acompanhando bem direitinho”* (ME2).

Apesar de ter plano privado de saúde, eu optei por fazer o pré-natal público, porque eu queria viver aquela experiência. Então... ter a impressão daquela experiência de saber como é, o que é, por que é... e aí eu fiz público e privado, né? Então, foram experiências bem semelhantes. Não existiu a criação de um laço afetivo, em ambos os serviços. (ME5)

Eu fiz o misto, assim que descobri eu já iniciei pelo público. E aí logo em seguida, eu não estava com plano de saúde quando eu descobri também, aí eu fiz um plano de saúde, né? Eu utilizei pra alguns procedimentos mais... exames mais complexos, quase já no final da gestação. Fiquei fazendo os dois, os dois acompanhamentos. (ME7)

É possível perceber que as motivações para realizar a assistência durante a gravidez, parto e nascimento de forma mista são distintos. Para a participante ME2 trata-se de uma questão de acesso a profissional médica, a mesma que realizava seu pré-natal no consultório particular e como essa participante teve uma gravidez de risco, é pertinente e necessário um acompanhamento mais próximo do seu quadro clínico-gravídico para prevenção de complicações.

Já a participante ME5 coloca sua vontade de experienciar o serviço público, no sentido de buscar fazer um comparativo entre os serviços prestados no SUS e na rede privada. A mesma chega à conclusão de que as experiências de ambos os serviços são semelhantes a partir da não construção de laço afetivo nesses serviços.

A participante ME7 já expõe outro contexto, pois ao descobrir sobre sua gravidez, ela não tinha plano de saúde privado, sendo assim, iniciou e continuou o pré-natal no serviço público enquanto agilizava a contratação de um plano privado. O plano de saúde foi utilizado para a realização de exames do pré-natal mais complexos, conseqüentemente de maior tempo de espera pelo serviço público, tendo em vista a questão da demanda-oferta desses exames no SUS.

Para a participante ME8, que fez uso do serviço público somente para ter acesso as vacinas preconizadas para as mulheres grávidas, realizando todos os outros procedimentos e assistência de pré-natal, parto e puerpério no serviço privado, *“Eu fiz o pré-natal particular e as vacinas no público, no posto.” (ME8)*

As participantes ME1, ME3 e ME4 realizaram o pré-natal na rede privada, a partir de um plano de saúde particular, conforme apontam as falas: *“Meu pré-natal foi particular.” (ME1)*

O primeiro, meu primeiro pré-natal foi toda na rede privada aqui em Teresina, porque eu ‘tava em Teresina, né? Então eu fiz meu pré-natal todo na rede privada, foi muito tranquilo o pré-natal pra mim. Já na segunda filha, fiz o pré-natal particular, mas o parto foi no hospital universitário, no serviço público. (ME3)

“Tudo no particular. Pelo fato de a gente ter plano de saúde. Eu faço tudo pelo plano. Então minha ginecologista, meus ultrassons, tudo, tudo, tudo particular.” (ME10)

Há uma especificidade em relação a participantes ME3, ela evidencia que realizou o pré-natal na rede privada de ambos os filhos, contudo o parto da segunda filha ocorreu num serviço público, especificamente num hospital universitário da cidade que estava residente durante a realização do seu doutorado.

Conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a partir de dados do ANS Tabnet, em março de 2022, temos 49.074.356 beneficiários de planos de saúde no Brasil. Deste total, 26.006.001 (53%) são de pessoas do sexo feminino. Os dados apresentam que 90% dos usuários dizem ter usado o plano de saúde ao menos uma vez por ano, sendo que 43% utilizam para exames de rotina, 14% em casos de emergências como internações e 18% têm uso constante para tratamento de condições crônicas (BRASIL, 2022).

Para Nunes et al. (2017), que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 27,31% das mulheres realizaram o pré-natal em consultório particular ou clínica privada, sendo que em 71,19% dos casos, a consulta foi realizada pelo médico, e em 27,63%, pela enfermeira ou enfermeiro.

Já o estudo de Cesar et al. (2012), numa perspectiva de uma avaliação quantitativa, apresentam que gestantes atendidas no setor público estiveram em desvantagem em relação às aquelas atendidas no setor privado no que diz respeito a realização de procedimentos clínicos, exame laboratorial ou orientação recebida durante a consulta de pré-natal. A qualidade da assistência prestada na rede privada e pública não foi investigada e comparada no estudo. Ressalta-se que, por se tratar de um artigo de 2012, diversas estratégias, programas e políticas públicas de saúde foram implementadas com vistas a ampliar o acesso e qualidade ao pré-natal na atenção básica.

No que se refere a satisfação da assistência pré-natal, o estudo de Paiz et al. (2021), não encontrou associação entre o local de realização do pré-natal, serviço público ou privado/misto, e a satisfação com os cuidados. Para os autores, essa ausência pode estar relacionada com o importante avanço na atenção básica brasileira, em especial de saúde materna-infantil, marcado pelo desenvolvimento de ações direcionadas à redução da morbimortalidade, a partir da implementação de documentos norteadores e protocolos assistenciais que discutem, além dos procedimentos clínicos assistenciais, humanização do cuidado, acolhimento e corresponsabilização da mulher no pré-natal, parto e puerpério.

Os estudos Cesar et al. (2012), Nunes (2017) e Paiz et al. (2021) ainda apresentam associação da raça/cor com a renda e escolaridade, o que evidencia a importância de estudos que abordem a questão da gravidez, parto e nascimento e interseccionalidade.

E) Ambiguidade do serviço público de saúde – SUS

O Sistema Único de Saúde é um espaço marcado por mudanças significativas da assistência ao parto e nascimento no Brasil. Trata-se de um cenário institucional que afirmou a medicalização do corpo feminino e do parto, promovendo uma abordagem hegemonicamente tecnocrata e que permitiu a utilização abusiva de intervenções desnecessárias na mulher e no bebê. Ao mesmo tempo, o SUS também é um cenário de lutas e reivindicações dos movimentos pela humanização da assistência em saúde, da incorporação de práticas mais humanizadas e holísticas, que consideram dimensões e elementos desprezados pela racionalidade biomédica. Essas características ambíguas do SUS são necessárias para a sustentação e longevidade de um sistema de saúde, que precisa estar em constante transformação e diálogo com o contexto político, social, econômico e cultural que atravessam o processo saúde-doença.

As participantes desta pesquisa relatam suas experiências com o SUS, reafirmam as características ambíguas do sistema de saúde no que se refere ao processo de cuidado e assistência na gravidez, parto e puerpério. Para algumas participantes, ME5, ME6 e ME11, o SUS caracteriza-se como um serviço que promove e perpetua a violência obstétrica.

A minha alternativa era ir por um serviço público, mas o serviço público mais acessível era um serviço que historicamente era violento, né? Que historicamente existia essa questão da violência obstétrica, do descaso dos profissionais médicos. Deles serem um pouco omissos com as mulheres lá dentro, no processo de trabalho de parto, além das condições estruturais do hospital. (ME5)

Fiz o pré-natal direitinho né? Quando foi perto dele [o primeiro filho] nascer, a médica disse que eu podia ir para a maternidade publica onde ela estaria de plantão. Eu fui, mas ela disse que não tinha médico pediatra no dia, o anestesista estava atrasado. Eu ia pra lá fazer uma cesárea, né? Eu pacientemente fui, era o jeito. Mesmo sabendo que não seria bem tratada lá, mas era onde minha médica, a médica que me acompanhou estaria (ME6)

Se fosse eu [falava o seu nome] no SUS, talvez não tivesse terminado, não tivesse o mesmo tratamento, não tivesse o mesmo olhar. Até porque, por mais que o profissional ame o parto normal, mas ele não tem como ele ficar ali do meu lado. Até porque ele não ganha suficiente para isso. A gente tem que ser real. O mundo é capitalista. A pessoa não vai ficar, a enfermeira além do plantão dela. O plantão dela acabou, ela vai embora. Lá eu pagando não tem isso de plantão acabar, tem que ficar comigo até o final. Um profissional não pode ficar só comigo no SUS, porque ele tem milhões de mulheres parindo ao mesmo tempo. Tem toda essa questão, que eu vejo muito que o SUS não está preparado para essa questão de parto normal humanizado. Muito mais fácil de acontecer alguma coisa, de ter alguma intercorrência, alguma negligencia, sei lá... violência (ME11)

Para Aguiar, Doliveira e Schraiber (2013) a violência institucional relacionada a gravidez, parto e nascimento e que ocorre em hospitais e maternidades públicas tem sido

apontada como resultado da própria precariedade do sistema de saúde e é entendida como ligada à falta de investimentos no setor. Já Reis, Pepe e Caetano (2011) colocam a precarização da assistência, em conjunto com as desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos, torna-se evidente principalmente pela falta de investimentos na saúde da mulher, dificultando no processo de acolhimento de maneira adequada as mulheres.

Apesar desse discurso ser coerente, é frágil acreditar que um fenômeno complexo como a violência obstétrica nos serviços públicos tenha essa única causa. Afinal, os serviços públicos reproduziram e continuam reproduzindo saberes e práticas de uma abordagem de medicalização do corpo do feminino e do nascimento.

Dessa forma, ainda que tivéssemos somente serviços de assistência em saúde precários, com profissionais em relações de trabalho também precárias, isso por si só não justificaria um serviço de saúde ser um ambiente promotor de violência obstétrica. A violência obstétrica como já mencionado e discutido ao longo deste estudo, tem uma dimensão estrutural, que se comunica com os princípios que sustentam e reafirmam uma sociedade patriarcal e machista. Os serviços públicos são dispositivos que reproduzem esse modelo de sociedade e que, portanto, independem de sua estrutura física (materiais, equipamentos, produtos e medicamentos) e do seu corpo técnico-profissional. O cerne do processo de mudança deve ser nos elementos que sustentam esse patriarcado em nossa sociedade.

A partir de 2011, o Brasil instituiu a estratégia Rede Cegonha, atualmente chamada de Rede de Acolhimento Materna-Infantil (RAMI). Essa estratégia apoia-se no caminho já percorrido pelas políticas e programas de saúde desenvolvidos anteriormente no SUS e se propõe a ser um conjunto de ações e arranjos de gestão para potencializar mudanças, ressaltando como fundamentais a garantia de acesso e a qualidade da atenção ofertada às mulheres e aos bebês. As mudanças são de ordem estrutural-financeira e de práticas, orientadas por uma abordagem mais humanista e holística do processo de gravidez, parto e nascimento, que considere o corpo da mulher para além do corpo hegemonicamente utilizado pelo saber tecnocrático (LEAL *et al.*, 2021).

Além de questões institucionais e de organização do processo de trabalho que possibilitam a materialização da violência obstétrica, temos, conforme relato das participantes ME1, ME2, ME5 e ME12 algumas critérios e barreiras no serviço público que impossibilitam às mulheres de realizar o processo de parto em uma unidade que atua na perspectiva da humanização do parto e nascimento.

O processo de regulação da assistência e do acesso é levantado pelas participantes ME1, ME5 e ME12. Contudo, é importante que se compreenda que o estabelecimento de

critérios, normas e parâmetros assistenciais são necessários para organização de um sistema de saúde, ainda mais no caso do SUS, que tem como um dos seus princípios a equidade.

Conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2016), a regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda da população usuária por serviços de saúde e o acesso a ele segundo diferentes perfis de demanda e de oferta. Já a regulação do acesso é o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional do acesso universal, integral e equânime.

Para Mendes (2019) a função da regulação assistencial nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) é atribuída a responsabilidade de um centro de comunicação que, por meio de uma inteligência regulatória, ordena os fluxos e contrafluxos do processo assistencial nos pontos de atenção à saúde, nos sistemas de apoio terapêutico e diagnóstico, farmacêutica e logístico.

Sendo assim, os critérios estabelecidos pelos serviços de saúde de assistência ao parto devem considerar os aspectos acima descritos para sua organização e cumprimento de uma atenção integral e equânime. O Ministério da Saúde coloca que a regulação deve ordenar o acesso aos serviços de assistência à saúde para otimizar os recursos disponíveis. A Unidade Básica de Saúde é responsável por informar à gestante sobre o local em que será realizado seu parto. Caso seu parto seja de risco habitual, preferencialmente deve-se encaminhar a gestante para um Centro de Parto Normal, se disponível na região de saúde. Contudo, caso a gestação seja de risco ou alto risco, a gestante deverá ser acompanhada em seu parto num serviço que conte com equipe de saúde especializada e qualificada, além de equipamentos e estrutura como Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta e neonatal (BRASIL, 2013).

Para você entrar para o Centro de Parto Normal, existem critérios, certo? Existe alguns critérios. Um desses critérios é o fato de não ter um parto cesárea anterior, coisa que eu não tinha, era meu primeiro parto. Mas para você entrar no Centro de Parto Normal, você já tinha que estar com uns oito centímetros de dilatação, não era meu caso. Além disso, lá o médico não faz parto, só enfermeira obstétrica, entendeu? Então o médico não poderia me acompanhar no Centro de Parto, só enfermeira obstetra. Não 'tô dizendo que é ruim, mas vai que aconteça alguma coisa comigo? E lá sem médico, eu fiquei pensando muito nisso. (ME1)

Eu só conseguiria entrar nela [maternidade pública] se eu fosse regulada a partir de serviço público, né? Que era porta aberta. Para que eu conseguisse isso, eu teria que entrar em vários critérios. Então eu teria que 'tá sem complicação, eu teria que 'tá com tantas horas de trabalho de parto, teria que ter vaga nessa instituição que iria me receber. O neonatologista, que estaria de plantão numa possível escala, teria que ser um neonatologista que aceitasse a minha regulação. Enfim, eu teria que entrar em vários critérios pra ser transferida desta instituição pra instituição que eu planejava parir por já saber que ela era uma instituição que tinha um centro obstétrico humanizado, de certa forma. E aí essa era a minha única esperança, né? Mas uma esperança difícil de concretizar [risos]. (ME5)

Parece que é fácil parir num serviço público, mas né não viu? Você precisa estar dentro de vários critérios para ir para maternidade. Imagina então em ir para uma maternidade pública que tem fama de ser humanizada? Tem briga para conseguir ir para lá [risos]. (ME12)

Para Rodrigues *et al.* (2015), a assistência obstétrica durante o processo de parturição é sempre vista como um desafio para as políticas públicas no campo da mulher, especialmente no que diz respeito aos direitos constituídos em relação ao acesso igualitário aos serviços de saúde obstétrica. Desde o PAISM, em 1984, que incorporou princípios e diretrizes debatidos pelo Movimento Sanitário com base para o SUS, pretendia-se oferecer às mulheres um conjunto de ações com amplo acesso e esperava-se obter forte impacto na mortalidade e morbidade dessa população, algo que infelizmente não se materializou. (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

No processo de implementação da Rede Cegonha, foram alocados recursos em forma de incentivos sob o compromisso de cumprimento de metas que evidenciassem mudanças nos indicadores de morbimortalidade materna-infantil e de qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério. Também foram destinados recursos financeiros para adequação de centros obstétricos à RDC 36-2008, que visava melhorar a estrutura e equipamentos para uma prática assistencial de qualidade e humanizada; instalação de Centro de Parto Normal (CPN); casas de gestante, bebês e puérperas. Além de recursos para formação profissional de toda a equipe de cuidado, em especial, para formação de enfermeiras obstétricas, nas modalidades de residência, especialização e aprimoramento (LEAL *et al.*, 2021).

O CPN é uma unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada nas suas dependências internas ou externas. Trata-se de uma unidade desenvolvida para atendimento humanizado e de qualidade para parto normal e busca ampliar o acesso e a qualificação do cuidado ao parto. No CPN, a assistência ao parto de risco habitual, da admissão à alta, é conduzida por enfermeiras obstetras ou obstetritz e a equipe médica fica na retaguarda, caso o trabalho de parto evolua para risco materno e infantil (BRASIL, 2013).

A participante ME2 relata outra situação relacionada às barreiras do SUS na assistência à gravidez, parto e nascimento. No caso da participante, ela teve uma complicação na gravidez que exigia o uso contínuo de um medicamento de alto custo, e que devido a demora no processo de aquisição pelo sistema de saúde público teve que financiar com recursos próprios a aquisição desse medicamento.

A minha gravidez foi de risco, eu precisava tomar um medicamento bem caro, bem caro mesmo. Eu entrei pra pedir a medicação pelo SUS, né? Só que demora muito, 'tava demorando muito e eu precisava tomar todo dia. E aí eu tive que dar um jeito e

comprar, eu gastei eu acho que na época, mais de vinte mil reais com essa medicação.
(ME2)

O acesso universal e integral aos serviços de saúde previstos na Constituição Federal, a partir da Lei 8.080 de 1990 estabelece que o SUS deve estar estruturado de forma a garantir assistência à saúde integral, incluindo nessa garantia a assistência farmacêutica. Contudo o acesso a medicamentos no Brasil é identificado como um dos maiores desafios dos serviços públicos (AQUINO, 2008).

O Ministério da Saúde criou em 2006 o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), o antigo Programa de Medicamentos Excepcionais de 1993, como parte integrante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Seu objetivo inicial é de disponibilizar de maneira gratuita à população medicamentos de uso ambulatorial, de alto custo, e que não pudessem ser comprados pelos cidadãos. O processo de custeio ocorre de maneira cofinanciada pelos governos estaduais e federal e possui uma lista de medicamentos específica, definida por portarias e conforme critérios estabelecidos (DANTAS; SILVA, 2006)

Em estudo de Públio et al. (2014), que investigou os custos do fornecimento de medicamentos de alto custo em Minas Gerais, evidenciou que 37% dos gastos com medicamentos de alto custo são de solicitações de usuários de planos privados e que o custo médio desses medicamentos foi mais elevado, com diferença significativa, em relação às solicitações feitas pelos usuários do SUS.

Diante dos impasses no processo de aquisição de medicamentos de alto custo para as diversas terapêuticas, um dos recursos mais utilizados atualmente tem sido a judicialização da saúde, que conforme Vitorino (2020) aponta, trata-se de um fato recente, mas que tomou grande proporção nos últimos anos, mais especificamente nas duas últimas décadas, como consequência das demandas judiciais que obrigam o Estado a prover de bens e serviços de saúde, inclusive o fornecimento de medicamentos de alto custo para tratamento de condições e doenças raras. Para a autora, essa demanda acarreta interferências nas políticas públicas comprometendo o orçamento da saúde, mas também é uma estratégia para o enfrentamento do problema.

A outra face das experiências do SUS está relacionada ao reconhecimento do serviço público como local de oferta de serviços humanizados na assistência ao parto e nascimento e o desejo de parir em serviços públicos que atuam na perspectiva na humanização do parto. A participante ME1 expressa seu desejo de parir num serviço público: *“Meu desejo era de parir em uma maternidade pública, na... [fala o nome da maternidade pública]. Meu*

desejo era esse. Porque lá tem o Centro de Parto Normal e já havia acompanhado o relato de outras mães lá do grupo [de WhatsApp®] de gestantes.” (ME1)

A participante ME5 coloca seu plano de se inserir na rede materna-infantil a partir da realização do pré-natal na Unidade Básica de Saúde como uma forma de tentar conseguir ter seu parto normal num serviço público. Além disso, considerava o serviço privado e particular como um local em que hegemonicamente prevalecem práticas assistenciais no parto voltadas a uma abordagem tecnocrática e que poderiam resultar num parto cesárea e/ou em processos de violência obstétrica no momento do parto. *“E a opção que eu tinha na época pra ter um parto vaginal não violento, era indo para um serviço de saúde que era porta fechada, público. Num serviço privado, pelo plano de saúde, era cesariana, não existia uma outra alternativa naquela época.” (ME5)*

Eu já acreditava no parto pelo serviço público. Então eu, além de viver a experiência do serviço público de pré-natal, eu me inseri no serviço público para tentar também, quem sabe parir num bom serviço público. Eu pensava: ‘não, eu preciso me inserir na rede de saúde pública pra que eu consiga alcançar o parto que eu desejo’, que era o parto vaginal, natural e que eu tinha muito mais possibilidade de conseguir ele pelo sistema público do que pelo plano de saúde. Então eu pensei: ‘não, eu preciso viver essa experiência, eu também preciso me inserir dentro da rede de saúde pública pra que eu tenha essa alternativa’. E aí eu também optei em fazer o pré-natal pelo, pelo SUS, né? Eu morava, na época, do lado da Unidade de Saúde (ME5)

O Centro de Parto Normal foi colocado pelas participantes ME6, ME9 e ME10 como um espaço de promoção de boas práticas assistenciais no trabalho de parto, um ambiente de práticas humanizadas e que respeitam as preferências e desejos da gestante durante o processo assistencial.

Só que eu nunca tive a pretensão de parir num hospital particular... maternidade particular, né? Meu plano que queria, era ir pro SUS. Eu já tinha estudado tudo! Que o SUS era melhor e já conhecia algumas pessoas que tinham tido um parto lindo, do jeito que eu queria que fosse o meu. Eu participava desse grupo de gestantes né? E cada parto que acontecia a gente se fortalecia cada vez mais, porque a grande maioria [dos partos] foram no SUS. (ME6)

Eu consegui ser admitida no CPN, no Centro de Parto Normal. E eu tive uma doula, a enfermeira que ‘tava de plantão era do grupo, participava do grupo, então eu já conhecia e foi maravilhoso! Foi totalmente humanizado, desde a minha entrada. Não tive toque desnecessário, a não ser que eu pedisse, mesmo assim ela [a médica] não queria fazer. A recepcionista me tratou bem, todo mundo me tratou super bem, foi totalmente diferente do outro parto. E olha, meu parto foi bem demorado, se não fosse... a competência das meninas, a paciência, eu acho que eu não teria conseguido. Só de oxitocina foram três horas e ela nasceu enorme! Eu sou pequenininha, ela nasceu com 4,7 quilos e 51 centímetros. E não foi feito episiotomia, teve laceração porque eu já tinha a episiotomia anterior e o local não... não volta mais a ser como era. Mas foi maravilhoso, não senti nada no pós-parto. Eu queria fazer tudo depois do parto. Minha sogra reclamando comigo. Eu nem sentia nem como se eu tivesse parido, não sentia nada, não sentia os pontos, nada. (ME6)

[...] isso, porque eu já tinha na minha cabeça que eu iria pra maternidade pública, independente da indução, por quê? Porque eu não queria ir pra maternidade

particular, porque pra ir pra lá, provavelmente eu ia ter que causar uma briga, porque muitas pessoas já relatavam o fato de ter que brigar pra conseguir ter o parto normal lá, entendeu? Então eu já tinha ido pra uma maternidade pública que tem o CPN. Eu já tinha ido lá visitar. Eu já tinha na minha cabeça de que eu ia ter com o plantonista, de que eu ia pra maternidade pública, então eu já tinha na minha cabeça tudo, assim: 'ah, vai ser assim, eu sei dos prós e dos contras, mas é o que eu quero. É a decisão que eu tomei'. (ME9)

Quando decidi que iria optar pelo parto normal, eu fiquei sabendo que tinha um hospital que atendia SUS e plano de saúde. A única diferença era a enfermaria. A sala de parto e tudo mais era igual. Eles estavam com um projeto muito legal de parto humanizado, tinha inaugurado há pouco tempo um CPN. Eu fui conhecer, uma semana antes [de parir], eu fui conhecer esse hospital. E fiquei encantada! Eu cheguei lá, fui recebida por uma assistente social, que fez uma visita guiada, me mostrou todo o quarto, a sala onde a minha filha iria nascer... tudo que iria acontecer. Então eu já sabia que eu deveria ir para aquele hospital, seria minha melhor opção. Fiz meu parto lá, o puerpério foi completamente diferente, eu fui atendida por uma equipe multiprofissional, que passou pelo quarto depois do nascimento da minha filha. É completamente diferente. Foram duas realidades muito distintas. (ME10)

Já a entrevistada ME12 questiona-se sobre a possibilidade de acesso de toda mulher grávida a uma equipe multiprofissional para auxiliar no processo de gravidez, parto e puerpério, chega a duvidar se existente realmente disponível no SUS essa equipe multiprofissional que atua na perspectiva do parto humanizado e por fim, se há a disponibilidade dessa equipe no serviço público, qual o sentido de se pagar pela contratação de uma equipe particular.

Eu fico me perguntando: 'será se tem condições de uma mulher ter um parto normal sem precisar contratar uma equipe para isso?'. Já vi várias reportagens e relatos de que no serviço público tem parto humanizado, parto normal. Mas será se isso acontece mesmo? Se sim, qual o sentido de a gente pagar tão caro por uma equipe para ter um parto normal? (ME12)

Os resultados do processo de modificação da assistência ao parto, após a implantação da Rede Cegonha tem promovido boas práticas assistenciais conforme aponta estudo de Leal *et al.* (2021). Os achados do estudo destes autores mostram uma prevalência de boas práticas, em média, 150% maior na Avaliação da Rede Cegonha que na Pesquisa Nascer Brasil, com maior aumento relativo nas regiões menos desenvolvidas, para mulheres mais velhas, pardas e pretas e menos escolarizadas. Assim, com esses resultados é possível observar a melhoria significativa no cenário da atenção ao trabalho de parto e parto, com diminuição de iniquidades regionais, de nível de instrução e raciais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto e nascimento.

Outras pesquisas como a de Lobo *et al.* (2010) e Schneck *et al.* (2012) já evidenciavam o CPN como um espaço de assistência com menos intervenções e com resultados maternos e neonatais semelhantes aos do hospital em situações de parto com baixo risco obstétrico.

Pesquisas voltadas também para a percepção, experiências e satisfação de mulheres sobre a assistência ao trabalho de parto e parto recebida no CPN (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015; SOARES *et al.*, 2017) mostram que as mulheres estavam satisfeitas com a assistência recebida no CPN e que o local e as características do cuidado interferiram na qualidade assistencial ao parto. As mulheres também relataram uma experiência positiva adquirida no momento do parto, sendo beneficiadas pela utilização de práticas humanizadas, influenciando no seu bem-estar e fazendo com que se sentissem mais seguras e amparadas.

As boas práticas assistenciais no trabalho de parto e parto desenvolvidas no CPN coadunam com as boas práticas preconizadas pela OMS, legitimando o CPN como um local apropriado para o parto e nascimento de mulheres com gravidez de baixo risco. Um espaço que se mostrou de apoio permanente de profissionais no processo de trabalho de parto e parto, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, que estimula à autonomia, garante e incentiva o direito ao acompanhante e respeita preferências e desejos da grávida.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da violência obstétrica, objeto de estudo desta pesquisa, como dito no capítulo introdutório, é um fenômeno que marca minha biografia e existência. Para além dos aspectos subjetivos, busquei nessa investigação compreender tal fenômeno a partir das experiências de gravidez, parto e puerpério de mulheres, mais especificamente de mulheres que residem numa capital do nordeste, cenário que também trabalho, tenho minhas relações pessoais, afetivas e profissionais.

Outro objetivo deste estudo foi descrever lugares, sujeitos e movimentos que produzem violência obstétrica na atualidade. A proposta desta tese é apresentar resultados de pesquisa que permitam tensionar a perspectiva analítica hegemônica no campo científico acerca do fenômeno da violência obstétrica, ampliando, portanto, esse prisma reducionista e incompleto, que considera a violência obstétrica como sendo um fenômeno circunscrito a ambientes hospitalares e/ou de serviços de saúde e perpetrados por profissionais.

Esta pesquisa mostrou que a violência obstétrica deve ser estudada a partir de uma perspectiva complexa, de reconhecer os diversos e diferentes elementos e dispositivos de poder que constituem e conformam esse fenômeno, de transpor o lugar do instituído da violência obstétrica na sociedade. Sendo assim, ao reconhecer que a violência obstétrica é um fenômeno complexo, muitas das definições e conceitos atualmente utilizados nos espaços acadêmicos e de militância das causas feministas podem ser (re)significados, ao incorporar os pressupostos de um fenômeno complexo. Todavia, não menos importante, devemos ter como princípio pético a autonomia das mulheres sobre seus corpos, vidas e existências durante o processo de gravidez, parto e puerpério. Essa autonomia precisa ser verdadeira, originária de um processo de percepção social, cultural, política, por fim uma percepção de si e do mundo.

Dessa forma, a violência obstétrica se caracteriza como qualquer ato que comprometa a autonomia da mulher durante seu processo de gravidez, parto e puerpério. Essa definição genérica é a mais apropriada para reconhecermos que se trata de um fenômeno que abarca muitos elementos, dimensões e aspectos ao mesmo tempo, portanto, coerente com os pressupostos de um fenômeno complexo.

Os resultados desta pesquisa mostram que as experiências de gravidez, parto e nascimento vividas por mulheres são atravessadas por elementos e características que constituem e sustentam a violência obstétrica num modelo de sociedade patriarcal, de medicalização do corpo da mulher e também, do processo de nascimento, que se desdobram

em processos materiais de violências e agressões desde a idealização e concepção da gravidez até o puerpério.

A violência obstétrica nesta pesquisa pode ser percebida a partir das experiências de mulheres para além do espaço instituído da maternidade e/ou hospital, sem, contudo, desconsiderar a prevalência e importância desse ambiente no processo de produção desse tipo de violência em nossa sociedade.

Concomitante a isso, as mulheres que participaram desta pesquisa trouxeram que também sofreram violência obstétrica no ambiente de trabalho, no ambiente domiciliar e no ambiente virtual, a partir das redes sociais virtuais. Dessa forma, demonstra a capacidade de penetração nesse fenômeno nos diversos e diferentes espaços sociais em que a mulher pode sofrer violência.

Coadunando com essa ampla capacidade de penetração nos ambientes sociais, a violência obstétrica é cometida por diferentes atores. A pesquisa evidenciou que ainda há uma relação de poder muito discrepante por parte dos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher grávida. Todavia esse poder, que resulta em diferentes tipos de agressão também é promovido por pessoas próximas à grávida, como seus companheiros, familiares e amigos. Há a possibilidade também, levantada pela pesquisa, da mulher sofrer violência por colegas de trabalho e por outras mulheres grávidas, que não respeitem seu processo de escolha e preferências.

Esta pesquisa trouxe à tona ainda uma questão relativamente recente em nossa sociedade: a mercantilização do parto normal e humanizado. A partir da ascensão dos debates acerca da violência obstétrica em nossa sociedade atualmente, é possível identificar os artifícios do sistema capitalista em capturar e transformar todo e qualquer processo humano, com vistas à sustentação de suas engrenagens.

Por fim, e não mesmo importante, o estudo trouxe características ambíguas do SUS em relação às políticas, programas e ações assistenciais voltadas à mulher grávida, em trabalho de parto, parto e nascimento. Ao mostrar experiências de mulheres que percebem o serviço público de saúde como um dispositivo de produção e manutenção da violência obstétrica, enquanto outras percebem os ambientes e serviços ofertados pelo SUS, com destaque para o CPN, para a assistência ao parto normal de gestação de baixo risco como sendo um lugar de boas práticas assistenciais, de acolhimento, de humanização e de respeito a autonomia das mulheres.

Outro destaque que considero necessário ser feito é voltado ao referencial teórico-metodológico. A materialização deste estudo só foi possível a partir do referencial da pesquisa

qualitativa, realizada buscando cumprir os critérios de rigor e qualidade. Com merecido destaque, nesse momento das considerações, os critérios de: reflexividade e posicionalidade; e as limitações do pesquisador e do estudo.

Ao longo do processo investigativo, desde a concepção do objeto de estudo, busquei praticar a reflexividade na produção da tese. Um exercício difícil, complexo e que exige um descolocar-se de si e uma busca de aproximação do objeto por/em si mesmo de maneira permanente e vigilante. A análise hermenêutica, utilizada neste estudo, favoreceu profundamente o processo de reflexividade, ao permitir emitir o significado de um ato violento numa perspectiva de uma narrativa “em” e “com” as mulheres que participaram desta pesquisa.

Como já mencionado, sou um homem escrevendo sobre um tema e objeto de gênese dos debates e produções de gênero. Também não posso desconsiderar minha posição social, econômica, raça e cor nesse processo. Eu as reconheço, e de maneira direta aceito que essas questões dialogam com as minhas limitações, enquanto autor.

Outra limitação que destaco é a do meu processo de vida e saúde mental ao longo da jornada do doutorado. Houve momentos de desencantamento com o objeto, de desencantamento com o Brasil, ao existir/viver num momento social, político, econômico, sanitário, ético e moral que mobiliza sentimentos não tão bons e prósperos como de angústia, desesperança, tristeza, raiva, ódio e medo. Esse contexto impactou a produção deste estudo, todavia, apesar das adversidades e contingências ao longo da jornada de construção e desenvolvimento da tese, considero o produto uma importante contribuição acadêmica e social.

Outras limitações da pesquisa que merecem destaque, e ao mesmo tempo, servem como pistas investigativas para mim mesmo ou outras pessoas que se interessarem em navegar por esse complexo fenômeno social: a escolha das participantes e cenário da pesquisa e a questão da interseccionalidade.

Esta pesquisa investigou mulheres brancas e de condições socioeconômicas que permitiram a elas escolher realizar o processo de pré-natal, parto e nascimento num serviço público e/ou privado. Dessa forma, outras pesquisas podem mergulhar em investigar experiências de mulheres que usam de maneira integral o SUS. Além disso, questões de interseccionalidade, em especial de gênero, não foram aprofundadas nesta tese e que, portanto, podem ser objeto de investigação em futuras pesquisas.

Necessário reconhecer que as limitações apresentadas fazem parte do processo de busca pelo rigor e qualidade da pesquisa qualitativa. Sendo assim, os resultados produzidos neste estudo, continuam relevantes e podem contribuir para o debate acadêmico sobre o tema. Ao trazer à luz aspectos antes invisíveis, no debate acadêmico e dos movimentos sociais e

políticos, acerca da violência obstétrica é possível pensarmos políticas, programas, estratégias e ações que possam efetivamente transformar as concepções, percepções e práticas acerca da mulher e da mulher grávida em nossa sociedade. Reconhecer que estamos tratando de um fenômeno complexo, nos exige pensar e agir também na mesma racionalidade. Buscando intervir nas diferentes dimensões e elementos que constituem, caracterizam e sustentam a violência obstétrica. Somente assim, acredito eu, conseguiremos construir uma sociedade que respeite mais as mulheres.

REFERÊNCIAS

- ACHING, Michele Carmona; BIFFI, Mariana; GRANATO, Tania Mara Marques. MÃE DE PRIMEIRA VIAGEM: narrativas de mulheres em situação de vulnerabilidade social. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 235-244, 22 set. 2016. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v21i2.27820>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/27820>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 11, p.2287-2296, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.
- AGUIAR, Janaína Marques de *et al.* Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-7, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200231>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3wrR57rz56gFBRfnvXZdCGh/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2022.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. A Saúde e o Paradigma da Complexidade. **Cadernos Ihu em Formação**, São Leopoldo, v. 4, n. 15, p. 1-47, jun. 2206. Quinzenal. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ihu/015cadernosihu.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- ALVES, Paulo César B. *et al.* Introdução. In: RABELO, Míriam Cristina M.; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 11-42. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254>. Acesso em: 10 maio 2022.
- AMORIM E SILVA, Tainá. **Relatos de Parto no Facebook**: interação social e gênero no grupo parto natural. 2020. 203 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Comunicação Social, Departamento de Comunicação Social, Pontifca Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/49455/49455.PDF>. Acesso em: 22 maio 2022.
- ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 256-270, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017157712>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100256&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 set. 2019.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 13, n. , p. 733-736, abr. 2008. FapUNIFESP

(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000700023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZqY8ZMrdQnVZNtdLNjQsFvM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ARAÚJO, Janieiry Lima *et al.* Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 200-207, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000100027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/myqNSzYjzKm8MSSGSzWbdgy/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2022.

ARGENTINA. **Lei n. 25.929**. Lei Nacional de Parto Humanizado, de 17 de setembro de 2004. Disponível em <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley_5929_parto_respetado.pdf>. Acesso em 10 Jun. 2019.

ARGENTINA. **Lei 26.485**. Ley de protección integral a las mujeres, de 1o de abril de 2009. Disponível em: <http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2019

ARGUEDAS RAMÍREZ, Gabriela. Violência obstétrica: uma proposta conceitual baseada na experiência da Costa Rica. **Cadernos Inter.Change sobre América Central e Caribe**, v. 11, n. 1, p. 145-169, 11 de abr 2014.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 19 June 2020

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata de Souza; RAMOS, Flavia Regina Souza. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 56, n. 3, p. 288-291, jun. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672003000300014>.

AZEVEDO, Aline Fernandes de. “MEU CORPO, MEU PARTO”: cartografias do corpo feminino no youtube autores. **Revista Eletrônica do Discurso e do Corpo**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 1, p. 17-25, maio 2013. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/redisco/article/view/2694>. Acesso em: 22 maio 2022.

BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* **A multidimensionalidade da violência obstétrica institucionalizada e sua relação com o modelo tecnocrático**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2019, Maceio. **Anais [...]**. Maceio: Fiocruz, 2019. p. 1 - 16. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/a-multidimensionalidade-da-violencia-obstetrica-institucionalizada-e-sua-relacao-com-o-modelo-tecnocratico/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BARBOSA, Gisele Peixoto *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? em quais circunstâncias?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 19, n. 6, p. 1611-1620, dez. 2003.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000600006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nBkJXGcgQRrsrGWspc36J9Q/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BARBOSA, Livia. **Sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2004

BARBOSA, Murillo Bruno Braz *et al.* Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 117, p. 420-429, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811706>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/m4XQfFVfLC7qZqxhTyYYDv/?format=html>. Acesso em: 27 maio 2022.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: VIVÊNCIAS DE SOFRIMENTO ENTRE GESTANTES DO BRASIL**. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 1, p.119-129, 18 maio 2016. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v5i1.847>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em: 15 maio 2017.

BARROS, João Paulo Pereira et al . O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 174-181, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000200004>.

BARSTED, Leila Linhares. O progresso das mulheres no enfrentamento da violência. In: CEPIA - CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: ONU Mulheres, 2011. p. 346-381.

BAUER, Martin e GASKELL, George. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi – Petrópolis, RJ. Vozes, 2002. Capítulo 1, 18 e 19.

BEHAGUE, D. P. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? a population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **BMJ**, [S.L.], v. 324, n. 7343, p. 942-942, 20 abr. 2002. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7343.942>

BÉHAGUE, Dominique P.. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. **Culture, Medicine And Psychiatry**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 473-507, 2002. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1021730318217>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12572770/>. Acesso em: 17 abr. 2022.

BELLI, Laura Florencia; La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos; UNESCO; **Revista red Bioética**; 1; 7; 1-2013; 25-34. Disponível em: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868?show=full>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 17, p. 389-394, ago. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2020.

BERNS, Cristiane; FONTANA, Vanessa Furtado. O CORPO E A IMAGEM: uma abordagem fenomenológica. **Cadernos PDE**, Curitiba, v. 1, n. 4, p. 2-15, jun. 2016. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producoes_pde/2016/2016_artigo_filo_unioeste_cristianeberns.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

BIANCHETTI, Lucídio. POLÍTICA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA CAPES: INGERÊNCIAS E IMPACTOS NOS PPGES. **Atos de Pesquisa em Educação**, Santa Catarina, v. 1, n. 2, p. 140-153, jun. 2006. Disponível em: <https://bu.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/36/12>. Acesso em: 28 maio 2022.

BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria. Reféns da produtividade sobre produção do conhecimento, saúde dos pesquisadores e intensificação do trabalho na pós-graduação. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 30., 2007, Caxambu, **40 anos da pós-graduação no Brasil**, 2007.

BLOMQUIST, Joan; QUIROZ, Lieschen; MACMILLAN, Deborah; MCCULLOUGH, Alexis; HANDA, Victoria. Mothers' Satisfaction with Planned Vaginal and Planned Cesarean Birth. **American Journal Of Perinatology**, [S.L.], v. 28, n. 05, p. 383-388, 4 mar. 2011. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1274508>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21380993/>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BOERMA, Ties *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, [S.L.], v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, out. 2018. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31928-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31928-7). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext). Acesso em: 15 ago. 2020.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. DETERMINAÇÃO OU DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: TEXTO E CONTEXTO NA AMÉRICA LATINA. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 869-897, Dec. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300869&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2020. Epub Aug 13, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e humanização. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier

(org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde: enfoques emergentes.** enfoques emergentes. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 87-117.

BOURDIEU, P. **Esboço de auto-análise.** São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina: a condição feminina e a violência simbólica.** 13. ed. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.** Caderno de Atenção Básica 8. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Instituto de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010: características da população, religião e pessoas com deficiência.** Brasília: Editora do IBGE, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 maio.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 maio. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: . Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: CNS, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Presidência da República, [2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 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: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **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: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Código Brasileiro de Ocupações**, 2013. Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoOcupacaoMovimentacao.jsf>. Acesso em maio de 2022

BRASIL. **Lei nº 13.436, de 12 de abril de 2017**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir o direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13436.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Viva Inquérito 2017: Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Sobre a Avaliação**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/avaliacao-o-que-e/sobre-a-avaliacao-conceitos-processos-e-normas/conceito-avaliacao>. Acesso em: 28 maio 2022.

BRASIL. Instituto de Pesquisa DataSenado. Senado Federal. **Pesquisa DataSenado: violência doméstica e familiar contra a mulher**. Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher-2021/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BRASIL, Ministério das Comunicações. **Pesquisa mostra que 82,7% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-aceso-a-internet>. Acesso em: 23 maio 2022.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Parto na saúde suplementar: conheça seus direitos**. Conheça seus direitos. 2018. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/consumidor/parto-na-saude-suplementar-conheca-seus-direitos>. Acesso em: 22 maio 2022.

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**: dados e indicadores do setor. Dados e indicadores do setor. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 24 maio 2022.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 287 p.

BUTLER, J. **Corpos que importam**: os limites discursivos do "sexo". São Paulo: N-1 Edições, 2019. 400 p.

BUTTER, Irene H. Premature Adoption and Routinization of Medical Technology: Illustrations from Childbirth Technology. **Journal of Social Issues**, Vol. 49, No. 2, 1993, pp. 11-34.

CAMACARO CUEVAS, Marbella. PATOLOGIZANDO LO NATURAL, NATURALIZANDO LO PATOLÓGICO... IMPRONTAS DE LA PRAXIS OBSTÉTRICA. **Revista Venezolana de Estudos da Mulher**. Caracas, p. 147-162. jun. 2009. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011. Acesso em: 25 abr. 2016.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Uma biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 177-201, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 21 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>.

CAMPIGLIA, Mercedes. Violentar el nacimiento. **El Cotidiano**, Ciudad de México, v. 1, n. 191, p.79-86, jun. 2015. Trimestral. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/pt/revista/el-cotidiano/articulo/violentar-el-nacimiento>. Acesso em: 16 abr. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-400, ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jun. 2020

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, marzo 2011. Disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 18 jun. 202

CAMPOS, Rosana Onocko. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 123-130, ago. 2003. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2003reflexoessobreoconceito.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4. ed. rev. 2. reimpressão. Tradução de Maria Tereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix. 1986. 432 p

CARDIM, Leandro Neves. **Corpo**. 1. ed. São Paulo: Globo, 2009. 177 p.

CARDOSO, Tiago. **A ARTE DE GOVERNAR NA FILOSOFIA DE MICHEL FOUCAULT: O BIOPODER, O INIMIGO E O RACISMO**. 2008. 250 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Filosofia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2008.

CARDOSO, Junia Espinha; BARBOSA, Regina Helena Simões. O desencontro entre desejo e realidade: a. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 35-52, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312012000100003>.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas De Parto E Políticas Do Corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado**. 2011. 341 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280585/1/Carneiro_RosamariaGiatti_D.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

CARNIEL, Francieli; VITAL, Durcelene da Silva; SOUZA, Tiago del Piero de. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. **J. Nurs. Health**, Pelotas, v. 9, n. 2, p. 1-18, maio 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14425>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CARVALHO, Clarissa Sousa de. Violência obstétrica: etnografia de uma comunidade no facebook. In: Reunião equatorial de antropologia, 5., 2016, Maceio. **Anais [...]**. Maceio: Edufal, 2016. p. 1 - 20. Disponível em: <http://www.evento.ufal.br/anaisreaabanne/index.php>. Acesso em: 10 fev. 2016.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede - a era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 617

CESAR, Juraci A. *et al.* Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em rio grande, rio grande do sul, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 28, n. 11, p. 2106-2114, nov. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012001100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cLGw3QPT73swvdZgjfMVRTm/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2022.

CHACHAN, Alessandra Sampaio. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como "risco" e a medicalização do parto no Brasil In: Simpósio Internacional Fazendo Gênero, 2006, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Simpósio Internacional Fazendo Gênero. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. P.414-444

CHAUÍ, Marilena. **Merleau-Ponty**. 2. ed. São Paulo: Abril, 1984. 282 p. (Os Pensadores).

CORREIA, Ana Carolina Barbosa Santos. **Comportamento de usuários de mídias sociais: um estudo de caso sobre o facebook**. 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Centro Universitário Una, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <https://mestradoemadm.com.br/wp-content/uploads/2012/05/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Ana-Carolina-.pdf>. Acesso em: 22 maio 2022.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, agosto de 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 de junho de 2020

COSTA, Suely Gomes. Onda, rizoma e “sororidade” como metáforas: representações de mulheres e dos feminismos (paris, rio de janeiro. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 1-30, 11 dez. 2009. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2009v6n2p1>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n2p1/11901>. Acesso em: 20 jun. 2022.

COSTENARO, Tauana Zick *et al.* Escolha sobre a via de parto: fatores agenciados em um grupo do facebook. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 6, p. 1-9, 23 abr. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28823>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28823>. Acesso em: 22 maio 2022.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

CRONEMBERGER, Lorena Ferreira. **SER MÃE É PADECER NO PARAÍSO?: o dispositivo da maternidade nas narrativas da depressão pós-parto**. 2019. 125 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/18126>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CURI, Paula Land *et al.* A medicalização do corpo de mulher e a violência obstétrica. **Ecos Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 123-136, jun. 2018. Semestral. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2092>. Acesso em: 25 abr. 2017.

DAHLBERG, Linda L. ; KRUG, Etienne G. . Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>

DANTAS, Nara Soares; SILVA, Ramiro Rockenbach. **Medicamentos excepcionais**. Manuais de Atuação da Escola Superior do Ministério Público da União. Brasília, 2006. 90 p.

DATAREPORTAL. **Relatório Digital 2022: Brasil**. Brasil. 2022. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-brazil>. Acesso em: 23 maio 2022.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, vol 75, supplement no 1, pp. S5-S23, November, 2001

DAY, Vivian Peres *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 9-21, abr. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-81082003000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/5SdJkYSszKYNdzcftfbbRTL/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

DELAJUSTINE, Ana Claudia. O FEMINISMO COMO ENFRENTAMENTO DO BIOPODEREM UMA SOCIEDADE PATRIARCAL. In: CONGRESSO BIOPOLÍTICA E DIREITOS HUMANOS, 1., 2018, Ijuí. **Anais [...]**. Ijuí: Unijui, 2018. p. 2-11. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conabipodihu/article/view/9328/7998>. Acesso em: 10 maio 2022.

DESCARRIES, Francine. TEORIAS FEMINISTAS: LIBERAÇÃO E SOLIDARIEDADE NO PLURAL. **T.E.X.T.O.S DE H.I.S.T.Ó.R.I.A. Revista do Programa de Pós-graduação em História da UnB.**, [S. l.], v. 8, n. 1-2, p. 09–45, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/textos/article/view/27802>. Acesso em: 14 jul. 2022.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 102 p. (Clássicos). Tradução Maria Ermantina Galvão.

DESLANDES, Suely F .. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 de junho de 2020.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 401-403, Aug. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 17 June 2020.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. 222 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1/Assist%C3%A2ncia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf. Acesso em: 29 abr. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 253 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>. Acesso em: 29 abr. 2022

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric violence: a new legal term introduced in venezuela. **International Journal Of Gynecology & Obstetrics**, [S.L.], v. 111, n. 3, p. 201-202, 2 nov. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20926074/>. Acesso em: 1 mar. 2016.

DINIZ, Simone Grilo et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. : ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. **Journal Of Human Growth And Development**, [s.l.], v. 25, n. 3, p. 377-385, 25 out. 2015. NEPAS.

<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 1 fev. 2018.

DODOU, Hilana Dayana *et al.* The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140038>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2022.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência institucional – o caso da assistência obstétrica. **Anais do 2º Seminário sobre Nascimento e Parto no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 1997. p. 14-6.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, [S.L.], v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, maio 2002. Elsevier BV.

[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6). Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12020546/>. Acesso em: 10 set. 2016

DOMECQ, Martin. Sobre a noção de transparência em Byung-Chul Han e a defesa de nossa desacreditada opacidade. **Griot: Revista de Filosofia**, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 342-361, 20 out. 2020. Griot Revista de Filosofia. <http://dx.doi.org/10.31977/grirfi.v20i3.1860>. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/1860>. Acesso em: 25 jun. 2022.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares *Madeira* et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 101-116, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00105113>. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt/>. Acesso em: 1 ago. 2020.

DUNN, Halbert Luis. **High Level Wellness**. Arlington, 1961

ESTRELA, Marcela Regina; AMORIM, Cloves Antônio Amíssis de; MOSER, Ana Maria. A representação social da violência obstétrica para mulheres no século xxi. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÛDE, 13., 2019, Covilhã. **Livro de Acta**. Covilhã: Inspa, 2019. p. 53 - 62. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Barbosa7/publication/338937004_Livro_de_ata_s_13_congresso_Nacional_da_saude/links/5e3404e5458515072d717ab3/Livro-de-atas-13-congresso-Nacional-da-saude.pdf#page=67. Acesso em: 10 fev. 2020.

FAGUNDES, Ana Paula Soares. ENTRE RELATOS DE PARTOS E CONTATOS VIRTUAIS: o uso das redes sociais entre parteiras urbanas. In: SEMANA DE ANTROPOLOGIA E ARQUEOLOGIA, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2018, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: Ufpr, 2018. p. 1-20. Disponível em: <https://www.eventos.ufpr.br/semanarq/semanarq2017/paper/viewFile/1072/405>. Acesso em: 25 maio 2022.

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; TORO MERLO, Judith. Grau de conhecimento da violência obstétrica pelo pessoal de saúde. **Rev Obstet Ginecol Venez**, Caracas, v. 72, n. 1, p. 4-12, março de 2012. Disponível em <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso>. acessado em 01 abr 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Brasil) (org.). **Posicionamento FEBRASGO**: qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal. Qualidade na assistência ao parto e cuidado seguro e respeitoso da saúde materna e fetal. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1435-posicionamento-febrasgo-contraviolencia-obstetrica>. Acesso em: 25 maio 2022.

FERREIRA, Rebeca Viana; COSTA, Mônica Rodrigues; MELO, Delaine Cavalcanti Santana de. Planejamento Familiar: gênero e significados / family planning. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 387-397, 30 dez. 2014. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2014.2.17277>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/17277>. Acesso em: 14 maio 2022.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1395-1407, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000400017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/tk7PKTfJrRL6Vgvb9ZBSngK/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2022.

FERRAZ, Marta *et al.* A influência da web na tomada de decisão da grávida: rastreio pré-natal e tipo de parto. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 1-13, 18 dez. 2015. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v9i4.913>. Disponível em: <https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/913>. Acesso em: 22 maio 2022.

FIGUEROA-PALOMINO, Osmar Efrén *et al.* Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. **Sanus**, [s.l.], n. 3, p. 14-21, 11 ago. 2019. Universidad de Sonora. <http://dx.doi.org/10.36789/sanus.vi3.71>. Disponível em: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/71>. Acesso em: 02 jan. 2020.\

FINLAY, Linda. A Dance Between the Reduction and Reflexivity: explicating the. **Journal Of Phenomenological Psychology**, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 1-32, 2008. Brill. <http://dx.doi.org/10.1163/156916208x311601>.

FINLAY, Linda. 'Rigour', 'Ethical Integrity' or 'Artistry'? Reflexively Reviewing Criteria for Evaluating Qualitative Research. **British Journal of Occupational Therapy**, Londres, v. 69, n. 7, p. 319-326, jul. 2006

FINLAY, Linda. "Outing" the Researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 531-545, abr. 2002. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/104973202129120052>.

FINLAY, Linda. The Reflexive Journey: mapping multiple routes. **Reflexivity**, [s.l.], p. 3-20, jun. 2003. Blackwell Science Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776094.ch1>

FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth; MENEGHEL, Stela Nazareth (Orgs.). **Dicionário Feminino da Infância**: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 24.ed. São Paulo: Edições Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1987. 288 p

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Rio de Janeiro). **PenseSUS**: Humanização. 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/humanizacao>. Acesso em: 28 jan. 2020.

FURTADO, Roberto Pereira. DO FITNESS AO WELLNESS: os três estágios do desenvolvimento das academias de ginástica. **Pensar A Prática**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 12 mar. 2009. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v12i1.4862>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/4862/5345>. Acesso em: 22 maio 2022.

FREITAS, Paulo Fontoura *et al.* O parecer do Conselho Federal de Medicina, o incentivo à remuneração ao parto e as taxas de cesariana no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 9, p. 1839-1855, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00002915>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n9/1839-1855/pt/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

FREITAS, Marcela Távora de *et al.* Os limites entre a episiotomia de rotina e a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [S.L.], v. 13, p. 1-7, 8 out. 2020. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reac.e4696.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/4696>. Acesso em: 20 jun. 2022.

GADAMER, Hans-georg. **Hermenêutica em retrospectiva**: heidegger em retrospectiva vol.1. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 132 p.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 521-535, 2003.

GARCIA JUNIOR, Carlos Alberto Severo; CECCON, Roger Flores; CRUZ, Denise Viunisi Nova. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: estratégias de produção do cuidado em ambientes virtuais no brasil. **Rizoma**: Experiências interdisciplinares em ciências humanas e sociais aplicadas, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 48-58, jun. 2019. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/rizoma/article/view/6657>. Acesso em: 14 maio 2022.

GIACOMINI, Sonia Maria; HIRSCH, Olívia Nogueira. Parto “natural” e/ou “humanizado”? Uma reflexão a partir da classe. **Revista Estudos Feministas**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 1-12, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n157704>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2020000100214&script=sci_arttext. Acesso em: 15 ago. 2020.

GIDDENS, Anthony. **Modernidade e Identidade**. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOMES JUNIOR, João. O corpo na história. **Albuquerque**: revista de história, [S.L.], v. 12, n. 23, p. 12-24, 29 jun. 2020. Albuquerque: revista de historia. <http://dx.doi.org/10.46401/ajh.2020.v12.10002>. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/AlbRHIs/article/view/10002>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GONÇALVES, Aline de Oliveira. **DA INTERNET ÀS RUAS: a marcha do parto em casa**. 2014. 190 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Comunicação Social, Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014. Disponível em: <https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/43335/R%20-%20D%20-%20ALINE%20DE%20OLIVEIRA%20GONCALVES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 maio 2022.

GREEN, J; THOROGOOD, N. **Qualitative for Health Research**. Sage. 2004

GUILLÉN, Francisca Fernández. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. **Dilemata**: Revista Internacional de Éticas Aplicadas, Madri, v. 18, n. 7, p.113-128, abr. 2015. Trimestral. Disponível em: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375>. Acesso em: 25 fev. 2017.

GUIMARAES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e43278, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2018000100205&lng=en&nrm=iso>. access on 11 June 2020.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia**: Teoria e Pesquisa, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 201-209, ago. 2006.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722006000200010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722006000200010&script=sci_arttext. Acesso em: 13 mar. 2018.

HAN, Byung-Chul. **Topologia da Violência**. Petrópolis: Vozes, 2017. 269 p.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do Cansaço**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. 128 p.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**: o neoliberalismo e as novas técnicas de poder. Belo Horizonte: Âyiné, 2018. 117 p.

HAN, Byung-Chul. **No exame**: perspectivas do digital. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2018. 134 p.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; RATTNER, Daphne; VENANCIO, Sonia Isoyama; BÓGUS, Cláudia Maria; MIRANDA, Marinês Martins. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do sus, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 18, n. 5, p. 1303-1311, out. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000500023>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000500023&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 abr. 2018.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 12, p. 2436-2446, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00039713>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VVSkBszmW9TYHd6JKr6dMxv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. O cotidiano sublinhado pela violência obstétrica na formação de médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia. 2019. 314 f. **Tese (Doutorado)** - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40140>. Acesso em: 10 fev. 2020

JOJOA-TOBAR, Elisa *et al.* Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. **Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 136-147, 11 abr. 2019. Universidad Industrial de Santander. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9537/9625>. Acesso em: 20 jan. 2020.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2020

KÄMPF, Cristiane; DIAS, Rafael de Brito. A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1155-1160, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000500013>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/PD6KVZFBdgzWSHP4PsnLkjS/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

KENDEL, Liliane. Reflexões sobre o uso de entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as Pesquisas de Opinião. In: THIOLENT, Michel J. M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5. ed. São Paulo: Polís, 1987. p. 191-211.

KITTO, Simon C; CHESTERS, Janice; GRBICH, Carol. Quality in qualitative research. **Medical Journal Of Australia**, [s.l.], v. 188, n. 4, p. 243-246, fev. 2008. AMPCo. <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01595.x>. Disponível em:
<https://www.mja.com.au/journal/2008/188/4/quality-qualitative-research>. Acesso em: 20 jun. 2020.

KRUG, E.G et al.,. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1991

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt#>. Acesso em: 20 jun. 2022.

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**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 1-17, 24 jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078816>. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 fev. 2020.

LEAL, Maria do Carmo. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 5, p. 1-3, 10 maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00063818>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/ScGbnTzQt4pZTZ7jRkTpbnM/?lang=pt>. Acesso em: 22 maio 2022.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 823-835, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/n8nR78PnmfFQssDDgTggTjz/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

LEÃO, Míriam Rêgo de Castro; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do hospital sofia feldman. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 90-94, maio 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692001000300014>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/sGTMZCvrgQkDGcrLgSymXLR/?lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2022.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, maio 2006. Disponível em:

<http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 101 p.

LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2016. 313 p

LIMA, Paloma Rávylla de Miranda; PEREIRA, Jordeana Davi. Crise capitalista, neoliberalismo e “questão social”: : expressões de uma relação constantemente reinventada. In: ENCONTRO INTERNACIONAL E NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 6., 2018, Vitória. **Anais [...]**. Vitória: Encontro Internacional e Nacional de Política Social, 2018. p. 1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/20151>. Acesso em: 22 maio 2022.

LIMA, K.D et al. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras.. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2019/Out). [Citado em 14/06/2020]. **Está disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/disparidades-raciais-uma-analise-da-violencia-obstetrica-em-mulheres-negras/17356>

LINCOLN, Yvona S.; GUBA, Egon G.. Criteria for assessing naturalistic inquiries as reports. In: ANUAL MEETING OF THE AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, ?, 1988, New Orleans. **Anais [...]**. New Orleans: ?, 1988. p. 1-26.

Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/a321/0e45c414b28b9921e8a30cbd2cdc8f9692fe.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020

LIPOVETSKY, Guiles. **Os tempos hipermodernos**. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004. 129p.

LOBO, Sheila Fagundes *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 812-818, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000300037>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/3zdZBDgQTjLvy7NbXHGxCxh/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. Violência obstétrica: ativismo nas redes sociais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 475-484, 2015. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0622>. Disponível em:

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1109>. Acesso em: 20 fev. 2016.

LUZ, Lia Hecker; GICO, Vânia de Vasconcelos. As redes sociais digitais e a humanização do parto no contexto das Epistemologias do Sul. **Revista Famecos**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 1-10, 2 jan. 2017. EDIPUCRS. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-3729.2017.1.24801>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https>

[:/www.scimagojr.com/index.php/revistafamecos/article/view/24801](http://www.scimagojr.com/index.php/revistafamecos/article/view/24801). Acesso em: 22 maio 2022.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico] / Madel Luz; editor: Rodrigo Murtinho. – Rio de Janeiro : Fiocruz : Edições Livres, 2019. 184 p

MAIA, Antonio. DO BIOPODER À GOVERNAMENTALIDADE: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo Sem Fronteiras**, Pelotas, v. 1, n. 11, p. 51-71, jun. 2011. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol11iss1articles/maia.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MALTERUD, Kirsti et al. Sample Size in Qualitative Interview Studies. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 26, n. 13, p. 1753-1760, 10 jul. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315617444>. Disponível em: MALTERUD, Kirsti; SIERSMA, Volkert Dirk; GUASSORA, Ann Dorrit. Sample Size in Qualitative Interview Studies. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 26, n. 13, p. 1753-1760, 10 jul. 2016. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732315617444>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284904065_Sample_Size_in_Qualitative_Interview_Studies_Guided_by_Information_Power?enrichId=rgreq-e596848934cad68bc0829574420a24b-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI4NDkwNDA2NTtBUzozMDUwNzYzMjM3MTcxMjBAMTQ0OTc0NzI3MTM4MQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf. Acesso em: 15 set. 2019.. Acesso em: 18 set. 2019

MANDAL, Pratap Chandra. Qualitative research: criteria of evaluation. **International Journal Of Academic Research And Development**, Nova Dehi, v. 3, n. 2, p. 591-596, mar. 2018. Mensal. Disponível em: <http://www.academicjournal.in/archives/2018/vol3/issue2/3-2-106>. Acesso em: 20 jun. 2020

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-americanos de Direito Sanitário**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.97-119, 1 abr. 2020. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitario. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 1 abr. 2020.

MARTINS, Cátia Paranhos et al. Histórico do modelo de atenção ao parto e nascimento com que trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Caderno Humanizausus**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 10-18. (Cadernos HumanizaSUS). Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 13 jan. 2019.

MARTINS, Paulo Henrique. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. **Caderno Crh**, [S.L.], v. 23, n. 59, p. 401-418, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-49792010000200013>.

MARTUCCELLI, Danilo. Reflexões sobre a violência na condição moderna. **Tempo Social**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 157-175, maio 1999. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-20701999000100008>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ts/a/BM4wVbK9Fn7sPYzKTWCC6fr/?lang=pt#>. Acesso em: 10 mar. 2021

MARX, Karl.; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Porto Alegre: L&PM, 2010 [1848].

MATO GROSSO DO SUL. **Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, ano XL, n. 9.684, 27 jun. 2018. Disponível em: http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018. Acesso em: 01 abr. 2020.

MCCALLUM, Cecilia. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. **Sociology Of Health & Illness**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 215-242, 22 mar. 2005. Wiley.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00440.x>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15787776/>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 1-12, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

MEIRELES, Ana; COSTA, Maria Emília. A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. **Psicologia**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 75-98, 3 fev. 2014. Associação Portuguesa de Psicologia.
<http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v18i2.431>. Disponível em:
<https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/431>. Acesso em: 13 abr. 2022.

MELCHIORI, Lígia Ebner *et al.* Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 13-23, 29 out. 2009. Universidade Federal do Paraná. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v13i1.9858>. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/9858/10482>. Acesso em: 13 maio 2022.

MELO, Anna Karynne da Silva, BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Fenomenologia(s) e saúde coletiva**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012

MENEZES, Fabiana Ramos de et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 24 [Acessado 4 Junho 2020], e180664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.180664>>. ISSN 1807-5762.
<https://doi.org/10.1590/Interface.180664>.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. 4. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2015. 662 p.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e invisível**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 271p.

MICHELAT, Guy. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, Michel J. M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5. ed. São Paulo: Polís, 1987. p. 191-211.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23175 de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. [Belo Horizonte]: LegisWeb, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 02 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 9, n. 3, p. 237-248, set. 1993. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1993000300002>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59701997000300006>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006. Acesso em: 12 dez. 2017.

MORGANTE, Mirela Marin; NADER, Maria Beatriz. O patriarcado nos estudos feministas: um debate teórico. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-RIO: saberes e práticas científicas, 6., 2014, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: Anpuh, 2014. p. 1-10. Disponível em: http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf. Acesso em: 07 maio 2022.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Mem. Martins: Publicações Europa-América, s. d., 268p.2002

MORIN, Edgar. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Tradução do francês: Eliane Lisboa - Porto Alegre: Ed. Sulina, 2005. 120 p.

MOURA, Lides Barroso de Azevedo; PIETRO, Luiza Neves; GERK, Maria Auxiliadora de Sousa. A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? **Cuidarte Enfermagem**, Catanduva, v. 11, n. 2, p. 269-279, jul. 2017. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2017v2/269.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MOUTA, Ricardo José Oliveira *et al.* PLANO DE PARTO COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO FEMININO. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 1-10, 20 dez. 2017. Revista Baiana de Enfermagem. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20275>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275>. Acesso em: 15 maio 2022.

MÜLLER, Elaine; PIMENTEL, Camila. Relatos da Partolândia: as narrativas em primeira pessoa e os novos sentidos possíveis para o parto. In: FAZENDO GÊNERO, 10., 2013, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Editora da Ufsc, 2013. p. 1-11. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373489716_ARQUIVO_MullerePimentel.pdf. Acesso em: 14 maio 2022.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 885-904, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312015000300011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3XPYMKsZWKpnmQmYGnzvXpG/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2022.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do parto cesáreo entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 415-432, jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n3/415-432/pt/>. Acesso em: 16 abr. 2022.

NALLI, Marcos. Um rastro a desaparecer na praia do pensamento: Foucault e a Fenomenologia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 108-114, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 fev. 2021.

NARDI, Henrique Caetano *et al.* Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. : a genealogia como ferramenta de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 1045-1054, ago. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2005000400007>.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 36, n. , p. 119-126, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Yp6ngBrRZ9cW8rwFtFC4vpF/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 13 maio 2022.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 1-10, 29 set. 2017. Fundação Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158>. Acesso em: 23 maio 2022.

NUNES, Iris Rabelo; ESTEVÃO, Roberto da Freiria. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COMENTÁRIOS SOBRE O POSICIONAMENTO OFICIAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE A RESPEITO O TERMO. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito***, Florianópolis, v. 5, n. 2, p.1-15, dez. 2019. Semestral. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/revistagsd/article/view/5783/pdf>. Acesso em: 1 abr. 2020.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado**. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 1999.

OLIVEIRA, Ellen Hilda Souza de Alcântara. **MULHERES NEGRAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: ESTUDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE FEIRA DE SANTANA - BAHIA**. 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Mulher, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30942/2/ellen_oliveira_iff_mest_2018.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora Monteiro; FREITAS, Maria Virgínia Monteiro Teixeira. O atual modelo de avaliação da CAPES - seus impactos sobre as vidas profissional e pessoal dos docentes de um programa de pós-graduação em letras. **Educação em Foco**, [S.L.], v. 12, n. 13, p. 29-52, 1 ago. 2009. Editora UEMG - EdUEMG. <http://dx.doi.org/10.24934/eef.v12i13.74>. Disponível em: <https://revista.uemg.br/educacaoemfoco/article/view/74>. Acesso em: 28 maio 2022.

OLIVEIRA, Roberval Passos de; NUNES, Mônica de Oliveira. Violência especializada ao trabalho: uma proposta conceitual. **Saude soc**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 22-34, dezembro de 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000400004&lng=en&nrm=iso>. acesso em 18 de maio de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000400004> .

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **DISCUSSING OBSTETRIC VIOLENCE THROUGH THE VOICES OF WOMEN AND HEALTH PROFESSIONALS. *Texto & Contexto - Enfermagem***, [s.l.], v. 26, n. 2, p.1-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000200331&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 set. 2018.

OLIVEIRA, Rafael Santos de; PINTO, Gabriela Rousani. MÃES DE SUAS DECISÕES: o papel do ciberfeminismo no empoderamento da mulher e na reivindicação de direitos relativos ao parto a partir do acesso à informação. **Revista do Mestrado em Direito da Ucb**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 378-205, jun. 2016. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rvmd/article/view/7660>. Acesso em: 26 maio 2022.

OLLAIK, Leila Giandoni; ZILLER, Henrique Moraes. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 38, p. 229-241, fev. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ep/v38n1/ep448.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra; 1996. 54 p

PACIORNICK, Moyses. *Aprenda a nascer com os índios: parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAIZ, Janini Cristina *et al.* Fatores associados à satisfação das mulheres com a atenção pré-natal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 8, p. 3041-3051, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.15302020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YsPq5vCCcn94s88PRYv89Lt/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2022.

PALHARINI, Luciana Aparecida. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil**. **Cadernos Pagu**, [s.l.], n. 49, p.1-37, 7 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-83332017000100307&script=sci_arttext. Acesso em: 30 abr. 2018.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica. Parirás com dor**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf> [Acesso em: 08.out.2019].

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PATIAS, Naiana Dapieve; HOHENDORFF, Jean Von. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 24, e43536, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100236&lng=en&nrm=iso>. access on 25 June 2020. Epub Dec 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>.

PASCHE, Dário Frederico et al. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: humanização da atenção a pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 30 ago. 2010. Trimestral. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 10 jun. 2019.

PEIXOTO, Adão José. Os sentidos formativos das concepções de corpo e existência na fenomenologia de Merleau-Ponty. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 43-51, jun. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 out. 2020.

PENNA, Rosenara Berleze. Representações sociais dos pacientes cirúrgicos: uma reflexão sobre o medo da cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 52, n. 4, p. 624-624, dez. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71671999000400017>.

PENKALA, Ana. A MULHER É O NOVO PRETO: pensando identidades a partir das representações arquetípicas de gênero na série Orange is the new black. In: Simpósio Internacional Gênero, Arte e Memória, 4., 2014, Pelotas. **Anais [...]**. Pelotas: EUFPEL. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/paralelo31/files/2015/03/13_dossie_04_artigo_penkala.pdf. Acesso em 20 de jun. 2022.

PERIUS, Cristiano. A definição da fenomenologia: Merleau-Ponty leitor de Husserl. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 35, n. 1, p. 137-146, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732012000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 June 2020

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Corpo, sexo e subversão: reflexões sobre duas teóricas queer. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 499-512, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2020

PEREIRA, Renata Alcalde. **Comunicação, consumo e memórias em experiências de parto: efeitos, afetos e narrativas performáticas de parturientes**. 2021. 182 f. Tese (Doutorado) - Curso de Comunicação Social, Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Práticas de Consumo, Escola Superior de Propaganda e Marketing – Espm/Sp, São Paulo, 2021. Disponível em: <http://tede2.espm.br/handle/tede/568>. Acesso em: 22 maio 2022.

PEREIRA, Ana Carla Tamisari; SILVA, Marcelo Gonçalves da; MISSIO, Lourdes. Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. **Perspectivas Experimentais e Clínicas Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (Pecibes) Issn - 2594-9888**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 2-9, 21 jun. 2022. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. <http://dx.doi.org/10.55028/pecibes.v8i1.14742>. Disponível em: <file:///Users/angelobritorodrigues/Downloads/14742.html>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PERNAMBUCO. **Lei nº 16499 de 06 de dezembro de 2018**. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. [Recife]: LegisWeb, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732>. Acesso em: 02 abr. 2020.

PICCININI, Cesar Augusto et al. A constituição da maternidade em gestantes solteiras. **Psico**, v. 42, n. 2, 25 maio 2011.

PORCHAT, Patrícia. Um corpo para Judith Butler. **Revista Periódicus**, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 37-51, 3 set. 2015. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/peri.v1i3.14254>. Disponível em: <https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/14254>. Acesso em: 20 ago. 2020.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual**. São Paulo: N-1 Edições, 2014. 224 p.

PÚBLIO, Rilke Novato *et al.* Perfil das solicitações de medicamentos de alto custo ao Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Revista de Administração Pública**, [S.L.], v. 48, n. 6, p. 1567-1585, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034->

76121513. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rap/a/6RZS6ydgf7KJX5CJdQFGmwn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

QUESADA, Cristina V. Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitária. **Intervención Psicosocial**, v. 2, n. 4, p. 69-85, 1993.

RAMOS, Ticianá Osvald. **CASAS DE PARTO AUTÔNOMAS NO CONTEXTO BRASILEIRO: casas de parto autônomo, conflitos e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos**. 2013. 352 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13935>. Acesso em: 19 mar. 2017.

RANGEL-FLORES, Yesica Yolanda; MARTÍNEZ-LEDEZMA, Alexia Guadalupe. Ausencia de percepción de violencia obstétrica en mujeres indígenas del centro norte de México. **Revista Conamed**, Cidade do México, v. 4, n. 22, p. 166-169, nov. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436674>. Acesso em: 20 fev. 2020.

RAPOPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 18 jul. 2022.

RATTNER, Daphne et al. Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Caderno Humanizausus**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 109-132. (Cadernos HumanizaSUS). Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 13 jan. 2019.

RATTNER, Daphne; MOURA, Erly Catarina de. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 39-47, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100039&script=sci_arttext. Acesso em: 04 ago. 2020

REHUNA (Campinas). **CARTA DE CAMPINAS**: Ato de Fundação. 1993. Disponível em: <http://rehuna.org.br/wp-content/uploads/2019/12/CARTA-DE-CAMPINAS-Ato-de-Fundação-da-ReHuNa-1993.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2019.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; PEPE, Vera Lucia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312011000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/JmpCxGRTV8xgzBVjm9ZBvVP/?lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2022.

REIS, Ana Terra. AS MULHERES E AS POLÍTICAS PÚBLICAS: os avanços e retrocessos em tempos de resistência. **Pegada - A Revista da Geografia do Trabalho**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 212-223, 7 jun. 2019. Pegada Eletronica. <http://dx.doi.org/10.33026/peg.v20i1.6389>. Disponível em: <file:///Users/angelobritorodrigues/Downloads/6389-23806-1-PB.pdf>. Acesso em: 28 maio 2022.

RIBEIRO, José Francisco *et al.* Percepção das puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 521-530, 1 out. 2015. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214471>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14471/pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2020

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [S.L.], v. 19, n. 4, p. 614-620, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xvY6DBjdFBF93tkKsTBGxMf/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2022.

RODRIGUES, Francisca Alice Cunha *et al.* Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. **Reprodução & Climatério**, [s.l.], v. 32, n. 2, p. 78-84, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>. Acesso em: 20 fev. 2020.

ROSA, Alexandre Reis. "Nós e os índices": um outro olhar sobre a pressão institucional por publicação. **Revista de Administração de Empresas**, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 108-114, dez. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-75902008000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/pVHyH74Nxqz3nsd5XNWsD7H/?lang=pt>. Acesso em: 28 maio 2022.

SABATINO, Hugo. **Parto Humanizado**. Campinas: Editora Unicamp, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero patriarcado violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 159 p. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

SALES, Carolina Bentes de Oliveira. **Rede de apoio ao parto humanizado**: um estudo sobre as aprendizagens e saberes das mulheres em um grupo do facebook. 2017. 126 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/29901>. Acesso em: 22 maio 2022.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio gogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres

que passaram por uma cesárea indesejada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822013000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 mar. 2020.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: doi:10.11606/D.6.2012.tde-28012013-160810. Acesso em: 20 de jun. 2022

SALVÁ, Maria Nair Rodrigues. Reflexos da Avaliação Capes no Trabalho Docente de Pós-Graduação Stricto-sensu no Campo da Saúde Coletiva. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 20-43, jun. 2015. Disponível em: file:///Users/angelobritorodrigues/Downloads/19030-61962-1-PB.pdf. Acesso em: 28 maio 2022.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata**: Revista Internacional de Éticas Aplicadas, Madri, v. 18, n. 7, p.93-111, abr. 2015. Trimestral. Disponível em: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>. Acesso em: 25 fev. 2017.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 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: Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 02 abr. 2020.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos *et al.* VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OBSTÉTRICA NO BRASIL: revisão sistemática. **Estação Científica (Unifap)**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jun. 2015. Disponível em: file:///Users/angelobritorodrigues/Downloads/1592-8202-3-PB%20(2).pdf. Acesso em: 1 jun. 2017.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 1-11, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00143718>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2022.

SCALON, Celi; SALATA, André. Uma nova classe média no Brasil da última década?: o debate a partir da perspectiva sociológica. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 387-407, Aug. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000200009>.

SCHRAIBER, Lilia *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 7, n. 12, p. 41-54, fev. 2003. FapUNIFESP

(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832003000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8RkpfqGrkmNScnzGQkFSXrt/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

SCHRAIBER, Lilia Blima; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas D'; PORTELLA, Ana Paula; MENICUCCI, Eleonora. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1019-1027, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000400009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 maio 2017.

SCHNECK, Camilla Alexandra *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 77-86, fev. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fZW3NCntzNc8hBXt4pQRLqh/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 21, n. 60, p. 209-220, 3 nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000100209&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2018.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 23, p.1-16, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180487>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100255. Acesso em: 01 abr. 2020.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232000000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 maio 2017.

SESIA, Paola. **Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma**. In: QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia (org.). **Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias**. Remedios Escalada de San Martín: de La Unla, 2020. p. 195-202. Disponível em: <https://air.uniud.it/retrieve/handle/11390/1177824/393000/QUATTROCCHI%2C%20MAGNONE%202020.pdf#page=26>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SHABOT, Sara Cohen. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. **Human Studies**, [s.l.], v. 39, n. 2, p.231-247, 9 out. 2015. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x#citeas>. Acesso em: 16 abr. 2017.

SIMAS Raquel. **Doulas e o movimento pela humanização do parto: poder, gênero e a retórica do controle das emoções**. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, 2016.

SILVA, Regina Célia dos Santos. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, Riode Janeiro

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 11, n. 21, p. 93-103, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832007000100009>.

SILVA, Francisca Martins; SILVA, Milécyo de Lima; ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira de. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de município do nordeste brasileiro. **Revista prevenção de infecção e saúde**, [s.l.], v. 3, n. 4, p.25-34, 27 fev. 2018. Universidade Federal do Piauí. <http://dx.doi.org/10.26694/repis.v3i4.6924>. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924>. Acesso em: 04 jul. 2018.

SILVA, Julio Cesar de Oliveira *et al.* PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Prevenção e Promoção de Saúde** 5, [s.l.], p. 193-201, 18 dez. 2019. Atena Editora. <http://dx.doi.org/10.22533/at.ed.37319181221>. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/28134>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Obstetric violence according to obstetric nurses. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.720-728, 20 ago. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121>. Acesso em: 16 mar. 2016.

SILVA, Junior Vagner Pereira da; GONÇALVES-SILVA, Luiza Lana; MOREIRA, Wagner Wey. PRODUTIVISMO NA PÓS-GRADUAÇÃO. NADA É TÃO RUIM, QUE NÃO POSSA PIORAR. É CHEGADA A VEZ DOS ORIENTANDOS! **Movimento (Esefid/Ufrgs)**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 1423-1445, 26 set. 2014. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://dx.doi.org/10.22456/1982-8918.46187>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/46187/0>. Acesso em: 28 maio 2022.

SILVEIRA, Maria Eduarda; ALDA, Lucía Silveira. NÓS, MULHERES: a importância da sororidade e do empoderamento feminino. In: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 7., 2018, Rio Grande. **Anais [...]**. Rio Grande: Efurgo, 2018. p. 1-5. Disponível em: <https://7seminario.furg.br/images/arquivo/160.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 27., 2013, Natal. **LEIS DE COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA AMÉRICA LATINA: UMA BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA**. Natal: Editora Anpuh, 2013. 18 p. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947_ARQUIVO_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf. Acesso em: 18 fev. 2017.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, do parto e do puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980

SMOLKA, A. L. B. Sobre significação e sentido: uma contribuição à proposta de rede de significações. ROSSETTI-FERREIRA, M. C. et al (org). **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano** Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha *et al.* SATISFAÇÃO DAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4563-4573, nov. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195/25187>. Acesso em: 16 jun. 2022.

Sociedade Brasileira de Wellness e Health Coaching – SBWCOACHING. **Origem do Wellness**. 2011. Disponível em: <http://sbwc.com.br/sobre-a-sbwcoaching..> Acesso em: 22 maio 2022.

SOTO, Cecilia Alejandra Ananías; SÁNCHEZ, Karen Denisse Vergara. Violencia en Internet contra feministas y otras activistas chilenas. **Revista Estudos Feministas**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 1-13, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n358797>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/XXNJ6GQQvBSpxpRpFdsncGd/?lang=es>. Acesso em: 27 jun. 2022.

SOUZA, S.A. Leis de combate a violência contra a mulher na América Latina: uma breve abordagem histórica [Internet]. In: **Anais do 27º Simpósio Nacional de História**; 2013; Natal: Associação Nacional de História; 2013 [citado 1 Dez 2015]. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947_ARQUIVO_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf

SOUZA, Babi. **Vamos juntas?** O guia da sororidade para todas. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Galera Record, 2016. 144 p.

SOUZA, Danielle Andrade. PARTEIRAS E DOULAS BRASILEIRAS: autonomia e articulações feministas em rede. In: ENCONTRO DA REDE FEMININA NORTE NORDESTE DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO, Não use números Romanos ou letras, use somente números Arábicos., 2018, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: Ufba, 2018. p. 1-13. Disponível em: <http://www.sinteseeventos.com.br/site/redor/G7/GT7-19-Danielle.pdf>. Acesso em: 26 maio 2022

SOUZA, Danielle Andrade. **"Ilítia Ciborguina"**: o parto ativo à luz da atuação de parteiras e doulas brasileiras nos meios digitais. 2018. 307 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Comunicação, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/37603>. Acesso em: 26 maio 2022.

SPIGOLON, Dandara Novakowski *et al.* Percepções das gestantes quanto à escolha da via de parto. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 789-798, 24 nov. 2020. Centro Universitario de Maringá. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2020v13n4p789-798>. Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/8132>. Acesso em: 13 maio 2022.

STEIBEL, J. A; TRAPANI, A Jr. **Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual. São Paulo**: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 101/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

SURIANO, Maria Lucia Fernandez *et al.* Identificação das características definidoras de medo e ansiedade em pacientes programadas para cirurgia ginecológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 22, n. , p. 928-934, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002009000700016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/bM5TCLBXKz5YQTVz48RGLv/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* ConVid - Pesquisa de Comportamentos pela Internet durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 37, n. 3, p. 1-15, abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00268320>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2021.v37n3/e00268320/>. Acesso em: 23 maio 2022.

TACHIBANA, Miriam; SANTOS, Laíse Potério; DUARTE, Claudia Aparecida Marchetti. O conflito entre o consciente e o inconsciente na gravidez não planejada. **Psyche (Sao Paulo)**, São Paulo , v. 10, n. 19, p. 149-167, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jul. 2022.

TEIJLINGEN, Edwin Van. A Critical Analysis of the Medical Model as used in the Study of Pregnancy and Childbirth. *Sociological Research Online*, Volume 10, Issue 2. Disponível em: www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues; FERIGATO, Sabrina; LOPES, Dalton Martins; MATIELO, Daniela de Carvalho; SARDENBERG, Maria Luiza; SILVA, Patrícia; MARTINS, Luciane Régio; PEDROZA, Rejane Guedes. Apoio em rede: a rede humanizadas conectando possibilidades no ciberespaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 57, p. 337-348, 26 jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1217>.

TELES, Maria Amélia A. **O que são direitos humanos das mulheres**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

TERAN, Pablo et al. Violência obstétrica: percepção do usuário. **Rev Obstet Ginecol Venez** , Caracas, v. 73, n. 3, p. 171-180, set. 2013. Disponível em <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&nrm=iso>. acessado em 01 abr 2020.

TERESINA. Prefeitura Municipal de Teresina. Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. **Plano Plurianual de 2018-2021**. 2017. Disponível em: <https://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/06/PPA-2018-2021.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 10, n. 35, p.1-12, 24 jun. 2015. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

THE INTERCEPT BRASIL (Brasil). **Ministério da Saúde incentiva violência obstétrica em lançamento da nova Caderneta da Gestante**. 2022. Disponível em: <https://theintercept.com/2022/05/09/ministerio-da-saude-raphael-camara-violencia-episiotomia/>. Acesso em: 20 maio 2022.

TORRES, Ana Paula Repolês. O paradoxo da biopolítica: a atualidade da violência nas sociedades modernas a partir de foucault e arendt. **Contorvêrsia (Unisinos)**, São Leopoldo, v. 3, n. 1, p. 12-21, Não é um mês valido! 2007. Quadrimestral. Disponível em: <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/view/7050>. Acesso em: 10 maio 2018.

TORRES, Jacqueline Alves *et al.* Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 1-10, 26 nov. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0636-y>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6257968/>. Acesso em: 22 maio 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. : natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 483-492, jul. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-026x2002000200016>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2002000200016>. Acesso em: 13 abr. 2020.

TORNQUIST, Carmen Susana. Parto e Poder. O movimento de humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado). PPGAS-UFSC, Florianópolis, 2004.

TRAJANO, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 25, p. 1-16, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.200689>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/?lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TRUJANO RUIZ, Patricia; DORANTES SEGURA, Jessica; TOVILLA QUESADA, Vania. Violencia en Internet: nuevas víctimas, nuevos retos. **liber.**, Lima , v. 15, n. 1, p. 7-19, enero 2009 . Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000100002&lng=es&nrm=iso>. accedido en 27 jun. 2022

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034->

89102005000300025. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en. Acesso em: 15 jun. 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003

UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 18, n. 6, p. 1561-1569, dez. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000600009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2002000600009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 ago. 2018.

VENEZUELA. Tribunal Supremo de Justicia. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**. Caracas: Asamblea Nacional; 2006 [cited 2016 Feb 02]. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

VENEZUELA. Lei Orgânica sobre o direito da mulher a uma vida livre de violência, **Assembléia Nacional da República Bolivariana da Venezuela**, 2006. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf Revisado em março de 2011

VENEZUELA. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia. Disponível em <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em 15 Mai. 2017

VENTURI, G; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.

VERMELHO, Sônia Cristina *et al.* Refletindo sobre as redes sociais digitais. **Educação & Sociedade**, [S.L.], v. 35, n. 126, p. 179-196, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-73302014000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/4JR3vpJqsZLSgCZGvR88rYf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2022.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Hermenêutica de Profundidade na pesquisa social. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 2, n. 42, p. 85-93, ago. 2006. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6019/3194. Acesso em: 10 set. 2021

VIEIRA, Marisa Reginatto; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. A parteira leiga no atendimento à mulher no parto e nascimento do seu filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 19-26, mar. 2006. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/4580/2536>. Acesso em: 25 maio 2022.

VITORINO, Silvia Maria Aparecida. O fenômeno da judicialização e o acesso a medicamentos de alto custo no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Revista da Defensoria Pública da União**, [S.L.], n. 13, p. 209-232, 30 jun. 2020. Defensoria Publica da

Uniao. <http://dx.doi.org/10.46901/revistadadpu.i13.p209-232>. Disponível em: <https://revistadadpu.dpu.def.br/article/view/267>. Acesso em: 16 jul. 2022.

VYGOTSKI, L. S.. Pensamento e palavra. VYGOTSKI L.S. **A construção do Pensamento e da Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2009

WAGNER, Marsden. **Born in the USA**: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. Califórnia: University of California Press, 2008.

WARD, Rodolfo. (Pós)-(Super)-(Hiper)-Modernidade e o Ciberespaço Como Mediador dos Movimentos Sociais na Era das Redes Sociais. In: CONGRESSO INTERNACIONAL EM HUMANIDADES DIGITAIS, 1., 2018, Rio de Janeiro - RJ. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: FGV, 2018. p. 72-80.

WHITTEMORE, Robin; CHASE, Susan K.; MANDLE, Carol Lynn. Validity in Qualitative Research. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 11, n. 4, p. 522-537, jul. 2001. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/104973201129119299>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11521609/>. Acesso em: 20 jun. 2020.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 17, n. 3, p.138-151, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902008000300014>.

YAZLLE, Marta Edna Holanda Diógenes *et al.* Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 202-206, abr. 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102001000200015>.

ZADEH, L.A.. A note on prototype theory and fuzzy sets. **Cognition**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. 291-297, jan. 1982. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(82\)90036-1](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(82)90036-1). Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez11.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/0010027782900361?via%3Dihub>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al . VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 29, e155043, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Oct. 2020. Epub July 10, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ELETRÔNICO - eTCLE

Prezada Senhora

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa denominada **Violência obstétrica: experiências de mulheres no nordeste do Brasil**. Esta pesquisa está sob minha responsabilidade, pesquisador Angelo Brito Rodrigues. Sou professor

do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI. O estudo tem como objetivos: compreender o fenômeno da violência obstétrica a partir de experiências de gravidez e parto de mulheres de uma capital do Nordeste do Brasil e descrever lugares, sujeitos e movimentos que produzem violência obstétrica na atualidade.

Por fim, ambiciono me aproximar de uma análise hermenêutica da violência obstétrica, que possibilitará emitir o significado/ o dizer de um ato violento, não numa perspectiva de uma narrativa “sobre”, e sim de uma narrativa “em” e “com” as mulheres, consequentemente uma hermenêutica que resgate os lugares de fala de sujeitos.

Esta pesquisa tem por finalidade emitir significados de expressões da violência obstétrica das mulheres que vivenciaram processos de gestação, parto e nascimento. Essas informações poderão ser úteis para se pensar novos estudos e também o desenvolvimento de projetos, programas e políticas de saúde que dialoguem com os diversos contextos de vida das pessoas que engravidam. O estudo trará benefícios diretos e indiretos aos sujeitos participantes da pesquisa e terceiros, uma vez que propiciará o debate acerca do fenômeno investigado. Acreditamos que o trabalho proporcionará um maior conhecimento e compreensão da complexidade da violência, podendo também contribuir no processo de formulação de estratégias que possam combater, prevenir e agir de forma pró-ativa para minimizar consequências desse fenômeno. Neste sentido, solicitamos sua colaboração mediante a leitura e concordância desse termo disponibilizado via Google Forms®. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante. Após seu consentimento, você deverá clicar no ícone concordar abaixo deste texto. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você poderá esclarecê-las comigo, Angelo Brito Rodrigues, pesquisador responsável pela pesquisa através do seguinte telefone (86) 99966-4444 (mesmo número de WhatsApp®). Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail: cep.ufpi@ufpi.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Se preferir, pode compartilhar este Termo e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e o (os) pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa ampliarmos o debate acadêmico e social sobre a violência obstétrica e para sua realização será feita uma entrevista, utilizando um roteiro, via Google Meet®. Essa entrevista será agendada, conforme sua disponibilidade e agenda. Além disso, a entrevista terá uma duração em média de 60 minutos (1 hora) e será gravada. Como já dito, não precisa de preocupar, pois a gravação da entrevista será usada exclusivamente para esta pesquisa e somente eu, como pesquisador responsável, terei acesso.

Acreditamos que esta pesquisa não trará malefícios as participantes, contudo, consideramos que a o estudo apresenta riscos do tipo psicológico, uma vez que determinadas perguntas poderão desencadear processos de sofrimento mental, consequentemente reverberando em sua saúde e qualidade de vida.

Todavia para amenizar esse risco, as perguntas serão elaboradas com o máximo de cautela, cuidado e alteridade. Concomitantemente a vontade de responder do sujeito da pesquisa. Caso haja algum constrangimento, desconforto ou mesmo sofrimento das participantes, a entrevista será interrompida imediatamente e buscarei acalmá-la.

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso as todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu -----declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, rubrico todas as páginas e fico com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

() Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;

- () Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem.
- () Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;

Local e data: _____