

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ALINE BARROS DE SOUZA SANTIAGO

Violência obstétrica: A construção social de uma categoria nas narrativas

Maringá
2019

ALINE BARROS DE SOUZA SANTIAGO

Violência obstétrica: A construção social de uma categoria nas narrativas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de concentração: Sociedade e Práticas Culturais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Sebeika Rapchan

Coorientador: Prof. Dr. Fagner Carniel

Maringá
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

S235v Santiago, Aline Barros de Souza
Violência obstétrica: a construção social de uma categoria nas narrativas / Aline Barros de Souza Santiago. -- Maringá, 2019.
107 f. : il. color., figs., tab.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Sebeika Rapchan.
Coorientador: Prof. Dr. Fagner Carniel.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2019.

1. Violência obstétrica - Paraná (Estado). 2. Gestantes. 3. Saúde - Profissionais. 4. Violência - Parto - Nascimento. 5. Antropologia - Saúde. I. Rapchan, Eliane Sebeika, orient. II. Carniel, Fagner, coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. IV. Título.

CDD 21.ed. 362.19

ALINE BARROS DE SOUZA SANTIAGO

Violência obstétrica: a construção social de uma categoria nas narrativas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA



Prof. Dr. Fagner Carniel
Universidade Estadual de Maringá – UEM (Coorientador)



Prof.ª Dr.ª Zuleika de Paula Bueno
Universidade Estadual de Maringá – UEM



Prof.ª Dr.ª Andréa Barbosa Osório Sarandy
Universidade Federal Fluminense – UFF

Aprovada em: 18 de março de 2019

Local de defesa: Bloco H-135, sala 007 *campus* da Universidade Estadual de Maringá

Dedicatória

*Aos meus pais, Djanira e José e ao meu esposo, Jailton.
Às mulheres mães, guerreiras que passaram pela vivência
da violência obstétrica e lutam no combate desse
fenômeno que deixa marcas traumáticas em um momento
único e singular da vida, o nascimento de um filho (a).*

AGRADECIMENTO (S)

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade e pela força concedida para que eu pudesse chegar até aqui. No trilhar desses quase dois anos aconteceram várias coisas que me deixaram triste e outras felizes, mas Deus não me deixou perder a fé e me ajudou a seguir em frente.

Pessoas especiais contribuíram para a realização desta pesquisa, as não nominadas estão com toda certeza em meu coração. Agora, um agradecimento incondicional aos meus pais Djanira e José, que me apoiaram desde a inscrição, com suas palavras de força e oração. Devo à eles tudo que sou e tudo que conquistei até aqui, tenho a total convicção que Deus escolheu os melhores pais para mim, não consigo dimensionar em palavras o amor que sinto por eles, é eterno!

Um agradecimento especial ao meu esposo Jailton Santiago Júnior, que me ajudou brilhantemente na construção deste trabalho, me acompanhou em todo o processo, me auxiliou na coleta de dados e me mostra a cada dia a beleza e maestria do atendimento humanizado e empático. Obrigada por lutar por esta causa comigo!

Agradeço a minha amiga, madrinha de casamento e orientadora da especialização que fiz em 2015, Ana Carolina Jacinto Alarcão, por me apoiar em pesquisar sobre o tema na especialização, este foi o início do meu trilhar em relação ao tema, seu apoio naquele momento foi fundamental. Agradeço por todos esses anos de escuta, de parceria, és mais que uma amiga, é uma irmã que Deus me presenteou.

Agradeço os interlocutores do campo, sem eles (as) a construção desta pesquisa não teria sido possível. Um agradecimento especial a cada gestante, a cada familiar de gestante, a cada mãe, a cada profissional da área da saúde, a cada pessoa que participou de forma direta ou indireta, indicando livros e materiais para a coleta de dados. Levo um carinho especial de todos vocês. Agradeço por acreditar na essência que motivou a realização desta pesquisa.

Agradeço com carinho aos meus queridos orientadores Eliane Sebeika Rapchan e Fagner Carniel, sem vocês não teria chego até aqui. Agradeço por serem humanos, pela brilhante orientação e por me apoiar, ouvir, aconselhar em momentos difíceis, para mim são além de orientadores, são amigos que levarei eternamente no meu coração.

Agradeço à Márcia companheira de mestrado pelo apoio. Agradeço à minha amiga e madrinha de casamento Suzie por estar ao meu lado em todos os momentos. Vocês são especiais! Agradeço as contribuições que recebi dos colegas de Mestrado, e a todos não nominados aqui, que meu agradecimento chegue até vocês!

Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer.
Michel Odent

Violência obstétrica: A construção social de uma categoria nas narrativas

RESUMO

A presente dissertação possui como objetivo compreender, pelos caminhos das Ciências Sociais e através da Antropologia, como gestantes e profissionais da área da saúde participaram da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica no Estado do Paraná, no período de 2017 a 2018. Este caminho foi trilhado a partir da adoção de perspectivas etnográficas sobre os relatos, seus sujeitos e contextos, a partir do itinerário que se construiu no campo. Compreender como gestantes e profissionais da área da saúde participaram da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica, foi como mergulhar em um universo peculiar, onde cada nativo materializou através das narrativas, a vivência da violência obstétrica de forma individual, mas ao mesmo tempo coletiva, quando se depararam com as vivências de outras pessoas e se identificaram com suas histórias. Materializar a própria vivência e/ou de outrem é construir com o outro uma narrativa sensível, e pensar a narrativa enquanto sensível politiza a experiência e oferece outras possibilidades de vida em meio ao risco iminente de morte.

Palavras-chave: Violência obstétrica. parto. nascimento. gestantes.

Obstetric violence: The social construction of a category in narratives

ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to understand how, through the paths of the Social Sciences and through Anthropology, pregnant women and health professionals participated in the construction of narratives about obstetric violence in the State of Paraná, from 2017 to 2018. This path was traced from the adoption of ethnographic perspectives on the reports, their subjects and contexts, from the itinerary that was constructed in the field. Understanding how pregnant women and health professionals participated in the construction of narratives about obstetric violence was like immersing themselves in a peculiar universe, where each native materialized through the narratives, the experience of obstetric violence in an individual, but at the same time collective, when they came across the experiences of other people and identified with their stories. To materialize one's own life and / or another's life is to construct with the other a sensitive narrative, and to think the narrative as sensitive politicizes the experience and offers other possibilities of life amid the imminent risk of death.

Keywords: Obstetric violence. childbirth birth. pregnant women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - O parto é meu!.....	24
Gráfico 1 - Índices de parto vaginal e cesárea no país.....	28
Tabela 1 - Dados IBGE nascidos vivos 2016.....	30
Figura 2 - Lei 17.097 combate a violência obstétrica.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

CFM Conselho Federal de Medicina

COREA Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas

CPMI Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CRM Conselho Regional de Medicina

HUM Hospital Universitário de Maringá

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC Ministério da Educação

MP/PR Ministério Público do Estado do Paraná

NUPIGE Núcleo de Promoção da Igualdade de Gênero da instituição

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PAISM Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher

PBF Programa Bolsa Família

PNHPN Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SUS Sistema Único de Saúde

TEPT Transtorno do Estresse Pós-Traumático

UEM Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	13
1.1 O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	15
1.2 RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA CONTEMPORANEIDADE: PROCESSOS HISTÓRICOS.....	19
1.2.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONJUNTURA CONTEMPORÂNEA.....	22
2 A SAÚDE COLETIVA ENQUANTO CAMPO DE ESTUDO E DE INTERVENÇÃO.....	35
2.1 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	35
2.2 ANTROPOLOGIA E SAÚDE.....	38
2.3 O ENSINO DA ANTROPOLOGIA NO CAMPO DA SAÚDE.....	40
2.4 FEMINISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	42
2.5 VIOLÊNCIA E PENSAMENTO SOCIAL DA SAÚDE.....	42
2.5.1 COMO A VIOLÊNCIA ENTRA NO ATO PROFISSIONAL?.....	44
2.6 LEGISLAÇÕES E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	49
3 DIMENSÕES COLETIVAS, EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS.....	54
3.1 A ENTRADA NO CAMPO.....	54
3.2 RELAÇÕES DE PODER.....	59
3.3 RELAÇÕES DE PODER NA FORMAÇÃO E INTERAÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS COM AS CIÊNCIAS DA SAÚDE.....	61
3.4 CORPO E GÊNERO NA ANTROPOLOGIA.....	62
3.5 NARRATIVAS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE.....	66
3.6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CONTRA O OBSTETRA?.....	72
4 O CORPO FEMININO: NARRATIVAS ATRAVÉS DA DOR.....	75

4.1 SOLIDARIEDADE NO SOFRIMENTO E NA DOR.....	75
4.2 O ENCONTRO COM A PRÓPRIA SOMBRA: NARRATIVAS SOBRE O PARTO.....	77
4.3 ENTRE O SUBJETIVO E O COLETIVO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA SINGULAR DA MULHER.....	87
4.3.1 SER AFETADO: VIVÊNCIAS ENTRE A VIDA E A MORTE.....	90
5. POR UMA ANTROPOLOGIA SENSÍVEL.....	99
REFERÊNCIAS.....	102

1 APRESENTAÇÃO

O objetivo geral desta pesquisa é compreender pelos caminhos das Ciências Sociais e através da Antropologia como gestantes e profissionais da área da saúde participam da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica no Estado do Paraná, no período de 2017 a 2018. Os objetivos específicos são: 1. compreender como gestantes e profissionais da área da saúde em hospitais públicos e particulares narram o ato da violência no momento do nascimento; 2. analisar como as gestantes percebem a objetificação do seu corpo e reagem frente a isso; 3. apresentar contribuições antropológicas para o debate sobre os impactos da violência obstétrica na vida de mulheres.

A escolha desse tema de estudo está intimamente relacionada com um evento pessoal: o relato de parto de minha mãe. Após ouvir durante anos as experiências angustiantes vivenciadas por ela na ocasião de meu nascimento, aos poucos percebemos, ela e eu, que lembranças como aquelas não haviam sido vivenciadas apenas em nossa casa, mas frequentemente eram ativadas por outras pessoas a nossa volta para expressar sentimentos negativos em relação ao modo como o parto costuma ser conduzido à revelia da vontade de muitas mulheres. Assim, uma parcela importante de nossa memória familiar adquiriu a forma e o nome de violência obstétrica, possibilitando também a ressignificação de uma história que deixou profundas marcas em nós.

Outro acontecimento pessoal que motivou a escolha do objeto deste estudo foi uma experiência que vivenciei no ano de 2014, no Hospital Universitário de Maringá - HUM. Na ocasião, estava na companhia de meu pai que havia passado por uma cirurgia ortopédica. Naqueles dias, horas e minutos que convivi com ele no cenário hospitalar, presenciei várias cenas que me chamaram a atenção. Uma em especial marcou minha trajetória neste lugar e tornou-se o motivo do despertar para o início do movimento de pesquisas ligadas ao cenário do nascimento.

Uma gestante de tom de pele branca, com aproximadamente 29 anos de idade, deu entrada no hospital em trabalho de parto. Com a justificativa de superlotação, a gestante foi colocada em uma maca no corredor do pronto atendimento do hospital. Aquela cena me chamava a atenção, e dediquei o meu tempo a observar. Após alguns minutos, um médico de tom de pele branca, abordou a gestante no corredor, perguntou a intensidade de sua dor e pediu para que ela aguardasse. Na demonstração de sua angústia, e neste momento singular de sua vida, a vivência de sua solidão era nítida, pois ela estava sem acompanhante e sem um olhar profissional acolhedor. Minutos depois da abordagem médica, a gestante começou a se “contorcer” na maca, demonstrando que estava sentindo muita dor, imagino eu, em decorrência das contrações.

No ápice de sua angústia, e após várias tentativas de aproximação com os profissionais de saúde, na busca por um olhar sob seu atendimento, a gestante relatou muita vontade de ir ao banheiro. Todavia, mesmo após sua explanação, o olhar e atendimento dos profissionais que ali estavam não aconteceu. Apenas pediram para que ela aguardasse um pouco mais, pois ficaria em trabalho de parto por algum tempo. Após a orientação dos profissionais, a gestante se levantou da maca sozinha e caminhou alguns metros pelo corredor do pronto atendimento até chegar ao banheiro. Poucos minutos após sua chegada, os gritos de socorro da gestante e a correria dos profissionais foram impactantes. A gestante acabara de dar à luz no banheiro, sozinha.

No entanto o motivo de tanto “alvoroço” não era pelo “simples” fato do nascimento, mas pelo motivo de o bebê ter caído de cabeça no chão do banheiro e estar correndo risco de morte. Em meio aos olhares de medo dos profissionais que viram a consequência de sua desatenção e negligência para com essa mulher, o desespero no rosto desta mãe comoveu todos que ali estavam. O médico passou correndo com o recém-nascido no colo, pedindo em medida de urgência uma vaga na uti neonatal¹, enquanto a mãe chorava e clamava pela vida do seu filho.

Naquele momento, meu mundo parou. Fiquei paralisada ao ver tanta dor e sofrimento em um momento onde a maioria das mulheres imaginam ser o mais feliz de sua vida. Horas depois, e após a recuperação do meu êxtase, soube que o bebê iria ficar bem, mas isso não me soou como um alívio e sim de que algo estava errado no sistema de saúde. Foi a partir do relato de parto da minha mãe e desta experiência, que nasceu em mim o desejo de pesquisar o cenário do nascimento no Brasil, de forma específica, a violência obstétrica.

A partir deste momento, no ano de 2015, ao encerrar minha especialização em Saúde Mental na Universidade Estadual de Maringá – UEM comecei a pesquisar sobre violência obstétrica. Como resultado, desenvolvi o artigo intitulado: Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura publicada no ano de 2017 na Revista de Ciências Médicas - PUC Campinas. Neste mesmo ano, de 2017 ingressei no mestrado, sob orientação da Professora Dr^a. Eliane Sebeika Rapchan e do Professor co-orientador Dr. Fagner Carniel, que me deram total apoio para o início desta pesquisa.

De acordo com o exposto, e já com o intuito de anunciar ao leitor o que vem a seguir, este trabalho tem como eixo principal as narrativas de profissionais da área da saúde e de mulheres que vivenciaram e reconheceram a vivência da violência durante a gestação, parto e/ou pós parto; de pessoas que presenciaram e reconheceram a vivência na vida de mulheres de seu convívio social e

¹ É um ambiente do hospital preparado para receber bebês que nasceram antes das 37 semanas de gestação, com baixo peso ou que possuem algum problema que possa interferir no seu desenvolvimento, como alterações cardíacas ou respiratórias, por exemplo.

de relatos publicados na internet. Não haverá uma seção específica para a discussão teórica, pois foram apresentadas ao longo desta dissertação.

Após esta apresentação inicial, a partir do itinerário que se construiu no campo, foi delimitado o desenho deste estudo. Desse modo, o percurso desta pesquisa foi organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda uma breve contextualização do cenário da violência obstétrica, incluindo os processos históricos que levaram ao reconhecimento do fenômeno na atualidade e a conjuntura contemporânea que abrange o fenômeno. No segundo capítulo foi abordada a saúde coletiva enquanto campo de estudo e de intervenção. No terceiro capítulo foi apresentado a entrada no campo e como este se construiu no percurso desta pesquisa e as narrativas transcritas dos profissionais da área da saúde, as relações de poder construídas neste cenário e a invisibilidade da mulher. E por fim, no quarto capítulo foram apresentadas as narrativas transcritas de mulheres que vivenciaram e reconheceram a vivência da violência durante a gestação, parto e/ou pós parto; de pessoas que presenciaram e reconheceram a vivência na vida de mulheres de seu convívio social e de relatos publicados na internet.

1.1 O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Antes de adentrar no cenário da violência obstétrica, é importante frisar que existem várias definições de violência obstétrica. Essas definições giram em torno dos acontecimentos sociais, são polifônicas e são mobilizadas por sujeitos distintos. Desta forma, as diversas formas de definições a respeito da violência obstétrica, serão abordadas neste capítulo.

É possível considerar que na sociedade contemporânea existem várias formas e situações que caracterizam atos de violência contra mulheres, dentre elas temos a violência obstétrica, que tem ganhado visibilidade nos últimos anos. A esse respeito, a Organização Mundial da Saúde - OMS² emitiu uma nota em 2014 intitulada: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Nesta nota, a OMS trouxe à luz seu posicionamento oficial a respeito da violência obstétrica:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, e tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo,

² OMS - Organização Mundial da Saúde é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça. O diretor-geral é, desde julho de 2017, o etíope Tedros Adhanom.

pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, s/p).

Considerando a grande relevância social do tema, o ³Observatório da Violência Obstétrica no Brasil, fundado em 2016, define:

(...) violência obstétrica como uma das muitas formas de violência contra as mulheres, que afeta a sua integridade física, moral e psicológica, e acontece durante o período reprodutivo da vida da mulher, sendo mais frequente a sua ocorrência durante a gestação, parto e em situações de abortamento. O observatório destaca, que entende-se por violência obstétrica toda conduta, ação ou omissão, realizada por profissional de saúde que, de maneira direta ou indireta, afete o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressando um tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, o que causa a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres, o que pode, em casos mais graves, ocasionar a morte da mãe e/ou bebê (Observatório da Violência Obstétrica no Brasil, 2016, s/p).

De acordo com o Observatório, a violência obstétrica representa um alarmante e generalizado problema de saúde pública em nível mundial, que implica altos índices de intervenção e medicalização, bem como negligência e omissão, incluindo maus tratos físicos e verbais, sendo exercida indistintamente nos âmbitos público e privado. Constitui grave violação de direitos humanos das mulheres e obstrução do exercício dos seus direitos reprodutivos.

A pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, mostra que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. As mais comuns, de acordo com o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Outro ato de violência, é a privação do direito da presença do acompanhante, garantido pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que assegura às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [Dados da pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Fundação Perseu Abramo e Sesc, 2013].

Santos (2014) destaca que a violência obstétrica é um crime que pode atingir pessoas nos diversos âmbitos da sociedade, visto que ocorre tanto em hospitais públicos como particulares. Em

3 O Observatório da Violência Obstétrica no Brasil, fundado em 2016, tem como objetivo discutir, dialogar e articular junto à sociedade civil e o Sistema Único de Saúde sobre a qualidade da assistência prestada às mulheres em seus processos de gestação, parto e abortamento. Integra a proposta da Rede Internacional de Observatórios da Violência Obstétrica, e vincula-se a um Projeto de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os objetivos do Observatório são: a mediação de informação científica, monitoramento de dados epidemiológicos referentes à assistência prestada às mulheres e a coordenação de ações articuladas institucionalmente, com ênfase nos direitos humanos, sociais e coletivos.

sua pesquisa-ação coordenada pela Prefeitura de São Paulo, realizada no ano de 2014, chamada “Violência – Um Olhar sobre a Cidade” aponta que os atendimentos no parto eram descritos como violento e as usuárias relatavam que muitas vezes funcionários tinham posturas agressivas e intimidadoras. Neste sentido, a saúde pública necessita de uma atenção voltada tanto para as mulheres atendidas, quanto para a rede de profissionais. Na sequência de sua pesquisa, ao identificar algumas categorias em campo, Santos (2014) discorre sobre a categoria “Discriminação baseada em certos atributos”, onde traz o tópico do “Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção”, cujo exemplos de ocorrência de violência obstétrica se deram a partir do tratamento diferencial com base em marcadores identitários considerados “positivos” (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, escolarizada, classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm marcadores identitários considerados “negativos” (pobre, não escolarizada, jovem, negra, pessoa com deficiência, etc.) e as que questionam ordens médicas.

Santos (2014) destaca que as mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. Sendo que a violência contra as usuárias se relaciona com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços. A violência obstétrica ocorre de diversas formas, desde a rispidez no atendimento até a negação de procedimentos.

Na pesquisa realizada por Santos (2014) é possível observar que o contexto obstétrico e as representações de atos violentos, podem pressupor a alguns indicativos sociais, que geram, ou motivam o ato repressivo dos profissionais. Mas porque existem essas categorias sociais que rotulam as mulheres? Porque a classificação de que uma mulher será atendida de uma forma e a outra de maneira diferenciada? Neste ponto, entendemos que os atendimentos são singulares e possuem suas especificidades, mas até que ponto essa singularidade é permeada apenas pelo que a mulher necessita naquele momento e não por sua situação social?

A aparente universalidade e neutralidade dos protocolos médicos encobrem o fato de que as relações entre médicos e pacientes são relações sociais estruturadas por desigualdades diversas. Quando a mulher é inserida na instituição que acontecerá o parto, a sua individualidade, crenças, valores, expectativas, passam a ser objetificados por meio das manipulações excessivas e das intervenções desnecessárias. A relação interpessoal é substituída pelo uso abusivo e rotineiro de tecnologias, os medos, anseios, e desejos das mulheres são desconsiderados em prol dos protocolos hospitalares, e seus direitos são desrespeitados.

A OMS destaca que relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos

coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.

Mas porque o nascimento passa por esse processo de desrespeito nas instituições de saúde? Muitas vezes a alta demanda de atendimento nos Hospitais faz com que torne corriqueiro o atendimento, os diálogos entre profissional e paciente não acontecem, e os procedimentos são realizados sem ao menos a mulher saber do que se trata aquela intervenção em seu corpo. Essa objetificação poderia ser evitada se houvesse um espaço para o diálogo, tornando essa relação, uma relação pautada na confiança, o que poderia evitar sentimentos de angústia.

A OMS aponta que para obter um alto nível de respeito na assistência ao parto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos das mulheres. Enquanto governos, grupos da sociedade civil e comunidades no mundo inteiro já destacaram a necessidade de abordar esse problema, em muitos casos, políticas para promover a assistência obstétrica respeitosa não foram adotadas. Para evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro, a OMS declarou as medidas que devem ser tomadas:

1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos;
2. Começar apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência;
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto;
4. Produzir dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde;
5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência, eliminar o desrespeito e as práticas abusivas. E incluir sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais (OMS, 2014, s/p).

A OMS destaca que todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem

discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

As regulamentações que a OMS traz para as instituições de saúde possuem um impacto no cotidiano profissional, e da mulher, mas será que todas essas práticas saem do papel? No cenário do nascimento convivem em um mesmo contexto os marcos regulatórios, os saberes científicos, as práticas dos profissionais de saúde e as expectativas das mulheres grávidas, e ponderar todas essas relações permeadas por normas e regulamentações pode ser um papel difícil na prática em saúde. Difícil, pois algumas instituições de saúde, em especial as públicas, carecem de apoio e estrutura física adequada para subsidiar a prática profissional e para acolher a gestante, então como o profissional dará uma assistência de saúde pautada na humanização e no respeito quando este ao mesmo tempo também possui seus direitos negligenciados? Como atender de forma adequada uma gestante sem ao menos ter uma gaze, um item básico para o atendimento? Como atender sem ao menos ter a quantidade necessária de anestésico? Reflexões que devemos fazer acerca do sistema de saúde, que pode ser o gerador de muitas práticas inadequadas.

1.2 RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ATUALIDADE: PROCESSOS HISTÓRICOS

Após a breve contextualização do cenário da violência obstétrica, é importante responder duas perguntas para que possamos compreender a trajetória da construção social do fenômeno violência obstétrica. Por que conseguimos reconhecer o fenômeno da violência obstétrica atualmente? Quais processos históricos levaram a essa percepção de que a intervenção por profissionais de saúde no parto pode ser violenta?

Essas perguntas podem ser respondidas a partir da premissa de que a violência obstétrica passou a ser percebida ou reconhecida com a medicalização e objetificação do corpo feminino e a institucionalização do parto, são pontos chaves que marcam os caminhos da trajetória histórica, até o reconhecimento da violência obstétrica como fenômeno.

Para compreender essa realidade, é necessário trilhar alguns pontos históricos importantes. Vieira (2008) destaca que a partir do século XIX, o interesse científico em entender o corpo feminino se tornou um componente fundamental para consolidar a medicalização da mulher. Com isso, a medicina da mulher começou a evoluir, a priori com a visão que privilegiava meramente a reprodução, depois evoluiu para o reconhecimento da mulher como um ser "útil" à sociedade, mas com a resistência social imposta em assegurar o controle desejado sobre sua sexualidade.

O parto até o século XVIII era vivido como um risco de morte real e evidente. No decorrer do século XIX, a medicina viu a necessidade de desenvolver técnicas cirúrgicas e uso de anestésicos para combater a infecção puerperal, para então efetivamente dominar essa prática. Desta forma, o processo de institucionalização do parto foi fundamental para o desenvolvimento do ensino em saúde e de sua apropriação do saber, sendo desde esse período instaurado o saber médico como predominante e como “verdade absoluta”. Neste período as ideias médicas sobre a “natureza feminina” eram estudadas através do tema educação das mulheres, natureza reprodutiva, sexualidade e menstruação, se por um lado exaltavam a maternidade, por outro criaram referências patológicas para a negação do modelo maternal, que ao passar a ser um modelo médico relacionou loucura e doença como atribuições “naturais” da condição feminina, o que desconsidera o desejo e protagonismo da mulher no momento do parto, prevalecendo o saber científico (VIEIRA, 2008).

A medicalização do corpo feminino, de acordo com Vieira (2008) estabelecida no século XIX em meio aos discursos de exaltação da maternidade, se tornaram objeto da medicina e delegou aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades e instituições hospitalares exclusivas para esse fim. Com a implantação das regulamentações da prática de partejar, era exigido que as parteiras chamassem os cirurgiões em caso de emergência, ou quando da necessidade do uso de instrumentos, sendo esse fato gerador de contradições pois a parteira era por força da lei obrigada a chamar os cirurgiões, que na maioria das vezes não poderiam auxiliá-las por falta de prática e conhecimento. Neste período, os hospitais transformaram-se em instituições terapêuticas, um local de desenvolvimento do saber, e de renovação técnico científica (VIEIRA, 2008).

No final do século XIX, ficou estabelecido o processo de mudança por meio do controle do evento biológico por parte da obstetrícia, o que deixou de ser da esfera do feminino e passou a ser compreendido como uma prática médica. O parto e o nascimento, que eram vistos como um evento fisiológico e feminino começou a ser encarado como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Neste modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo do parto. Nesse período práticas de objetificação do corpo feminino aconteciam, todavia a violência obstétrica não era reconhecida socialmente como tal. Após esse período, a partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos (ZANARDO et al. 2017).

No final do século XX, com o crescimento do movimento da Medicina baseada em evidências, que pauta os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos, e as avaliações científicas conforme declarado pela OMS, destacou que o parto é entendido como um evento natural e o nascimento por via vaginal é considerado o melhor modelo

quando levado em conta os desfechos de saúde materna e do bebê, sendo a intervenção mínima considerada o paradigma a ser seguido na assistência. Todavia, a atenção destinada à mulher na gestação e no parto é um desafio, tanto no que diz respeito à qualidade da assistência oferecida quanto em relação aos princípios filosóficos desse cuidado, o que deixa o Brasil como o país com as maiores taxas de cesárea do mundo (ZANARDO et al. 2017).

Com a institucionalização do modelo de assistência ao parto, o termo violência obstétrica começou a ficar em evidência. Paes (2014) aponta que este é um termo relativamente novo para descrever problemas antigos. Sua definição legal surgiu pela primeira vez em 2007, na legislação da Venezuela intitulada: Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia - G. O. (38668 de 23 /4/2007). A lei Venezuelana foi fruto de reivindicações de parte dos movimentos feministas locais e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público.

No Brasil, de acordo com Sena e Tesser (2017) o termo surgiu frente a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento, desta forma o termo utilizado era o de violência institucional. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação da pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, onde mostra que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, o movimento social de mulheres, e especificamente, o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no Brasil, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres, e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional.

Atualmente no Brasil, o termo possui três aspectos inter-relacionados: os direitos de gênero, o direito à saúde e os direitos humanos, e pode caracterizar-se de distintas formas: recusa à admissão ao hospital (Lei nº 11.634/2007), impedimento de entrada de acompanhante (Lei nº 11.108/2005), violência psicológica; cesariana desnecessária e sem consentimento; impedimento de contato com o bebê e o impedimento ao aleitamento materno. A ótica da violência obstétrica como violação dos direitos humanos, está embasada em diferentes documentos internacionais de Direitos humanos das mulheres, entre eles a ‘Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres’, adotadas pela Organização das Nações Unidas - ONU em 1979, e a ‘Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher’ (Convenção de Belém do Pará) adotada pela Organização dos Estados Americanos, em 1994 (MENDES, 2016).

Para Mendes (2016) o conceito violência obstétrica é amplo e pode ser aplicado desde a violência praticada pela equipe de saúde, que atende a mulher em trabalho de parto, parto e pós parto imediato, até a violência cometida pelo Estado, quando não fornece políticas públicas adequadas de planejamento familiar, não proporciona o número de consultas recomendadas pela OMS durante o pré natal (atualmente oito consultas), e leitos em números satisfatórios, para os atendimentos de parto de alto risco, bem como leitos em uti neonatal.

No Brasil, com o passar dos anos, e atualmente no século XXI com a solidificação da institucionalização do parto, as práticas de medicalização e objetificação do corpo feminino, passou a ser reconhecida como violação dos direitos humanos fundamentais e tornou-se reconhecida em 2014 pela OMS como violência obstétrica. Atualmente, a violência obstétrica em nosso País não é reconhecida pelas mulheres apenas pelas práticas dos profissionais de saúde que atendem na ponta, como médicos e equipe de enfermagem, mas também por práticas de outros profissionais que atuam na área da saúde, que vai desde a recepção da instituição hospitalar.

1.2.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: CONJUNTURA CONTEMPORÂNEA

A OMS declarou a violência obstétrica como uma violação dos direitos humanos fundamentais, e a evidenciou como um problema global e disseminado. Para Farias (2014) a violência obstétrica não prejudica apenas a experiência do parto, no momento em que este acontece, mas pode gerar também danos psicológicos potenciais, como irritação, tristeza, cansaço excessivo, medo, insônia, depressão pós-parto, ansiedade generalizada e Transtorno do Estresse Pós-Traumático - TEPT. Esses efeitos podem deixar marcas para as próximas gerações, pois a vivência no parto será lembrada não só pelo momento singular na vida da mãe e do bebê, mas também pelos atos violentos.

A violência obstétrica independente da via de parto (vaginal ou cesárea) é compreendida a partir da apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres, por profissional de saúde, que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais. Essas ocorrências têm como efeito a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres neste momento singular (Diniz et al. 2015).

Diante das ocorrências de violência obstétrica, a OMS (2016) revisou as diretrizes sobre o atendimento pré-natal e concluiu que as mulheres devem realizar o dobro de consultas durante a

gravidez, pois anteriormente o número de consultas recomendadas eram quatro, atualmente passou a ser oito. Essa alteração, foi preconizada pois contatos com maior frequência e com maior qualidade entre as gestantes e os seus profissionais de saúde durante a gravidez facilitarão a adoção de medidas preventivas, a identificação dos riscos a tempo e a redução das complicações. Desta forma, a OMS afirma que mais contatos pré-natais ajudam a reduzir o risco de natimortos, e realizar oito consultas resulta em menos oito mortes por cada mil nascimentos.

Assim, a criação de medidas que visem à redução da violação dos direitos no período gestacional pode ser o caminho para a prevenção da violência obstétrica. Portanto, é possível constatar que a participação da população para a implementação de políticas públicas é de extrema relevância, e essas conquistas muitas vezes são alcançadas por meio dos movimentos sociais acerca de uma causa específica. Desta forma, tem-se o próprio exemplo do surgimento do termo violência obstétrica no Brasil, que foi resultado de movimentos sociais. Assim, no cenário da violência obstétrica, movimentos sociais estão sendo realizados no Estado do Paraná. Dados, a partir da reportagem publicada no Jornal Gazeta do Povo, retrata que uma mobilização social foi marcada pelas redes sociais após o Hospital Regional do Litoral de Paranaguá-PR ter supostamente negado atendimento a uma jovem de 17 anos em trabalho de parto.

Dezenas de mulheres se reuniram em frente ao Hospital Regional do Litoral, em Paranaguá, para pedir melhores condições no atendimento às grávidas da cidade. Um grupo já havia se reunido em frente ao hospital com faixas pedindo a direção do estabelecimento que afaste o médico responsável pelo caso. Em nota, a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) admitiu que a jovem que teve atendimento negado já estava em trabalho de parto pela manhã, mas negou que ela tenha sido orientada a voltar para a casa (Gazeta do Povo, 2014, s/p).

Diante deste cenário, podemos refletir sobre as seguintes perguntas: Qual o verdadeiro sentido da luta dessas mulheres? É apenas pela garantia de direitos? Como podemos visualizar na imagem ilustrativa abaixo, que retrata a barriga de três mulheres grávidas pintada com a frase “O parto é meu”, mais do que a luta pela garantia do direito da assistência ao parto, diversas mulheres também reivindicam que o parto seja preservado diante da singularidade e desejo de cada mulher, afinal, o parto é de cada uma dessas mulheres, e porque não garantir em primeiro plano que estas sejam a protagonista do seu próprio parto?

Figura 1 - O parto é meu!



FONTE: https://www.jcnet.com.br/banco_imagem/images/sa%C3%BAde/FOTO%20PARTO.jpg

Além dos movimentos realizados pelas mulheres em prol da luta contra a violência obstétrica, também é possível constatar que, com o passar dos anos, o número de denúncias no Paraná vem aumentando. Em 2017, segundo o Portal Comunitário da Cidade de Ponta Grossa - PR, “Mulheres relataram casos de violência obstétrica em maternidades de Ponta Grossa”. Em nota, o Portal destaca que os problemas com a saúde materna, em Ponta Grossa, têm repercutido negativamente nesses últimos meses, na imprensa e nas redes sociais. Entre os motivos, estão acusações de mulheres que denunciaram ter sofrido violência obstétrica durante atendimento no Hospital Evangélico e de médicos que apontaram a falta de estrutura no mesmo local (Portal Comunitário Ponta Grossa, 2017).

Diante de todas as discussões acerca das ocorrências, denúncias e das políticas públicas de saúde, ao retratar o cenário da violência obstétrica, é possível relacioná-lo aos índices de mortalidade materno-infantil. Para a OMS (2014) a mortalidade materna representa um indicador do status da mulher, seu acesso a assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades.

De acordo com a OMS (2016) em 2015, cerca de 303 mil mulheres morreram no mundo devido a causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês morreram nos primeiros 28 dias de vida; e 2,6 milhões nasceram mortos. Apenas 64% das mulheres receberam cuidados de pré-natal quatro ou mais vezes durante a gravidez. Neste sentido, as novas diretrizes da OMS vem de

encontro com à prevenção de maiores números de ocorrências de violência obstétrica, diretrizes que incluem as 08 consultas pré-natais; 49 recomendações sobre dieta; atividade física; orientações sobre o tabaco; malária; exames de sangue; vacinas contra o tétano; uso de ultrassom; e orientações sobre problemas como náuseas, dores nas costas e constipação.

Para Diniz et al. (2015) a violência obstétrica tem implicações sobre a mortalidade materna das seguintes formas: (1) No risco adicional associado aos eventos adversos do manejo inadequado do parto vaginal; (2) No parto cesárea sem indicação clínica, aumentando os riscos decorrentes do procedimento cirúrgico; (3) Na negligência em atender mulheres que expressam seu sofrimento (com choro, gritos, gemidos) ou que pedem ajuda de modo insistente; (4) Na hostilidade contra profissionais e mulheres considerados divergentes do modelo predominante de assistência; (5) Na oposição, negligência e retardo do atendimento às mulheres em situação de abortamento: quando as equipes identificam ou supõem que o aborto tenha sido provocado, muitas vezes negam atendimento ou demoram a realizá-lo; e (6) No impedimento à presença de um acompanhante, pois a negativa da presença de acompanhantes é uma ameaça à segurança das mulheres, pois eles poderiam sinalizar de forma enfática aos profissionais que o estado clínico da paciente se deteriorou.

A razão da mortalidade materna é um bom indicador de saúde do grupo populacional feminino. De acordo com o MS (2017) o Brasil tem 62 casos de mortalidade materna a cada 100 mil nascimentos, estas taxas são úteis para estimar as iniquidades ao se compararem áreas ou regiões de variados níveis de desenvolvimento. Ela também é considerada um indicador da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, sendo que, a maioria dos óbitos maternos e infantis ocorridos no país, é considerado evitável, podendo ser prevenido com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade (Neto et al. 2008).

Um programa de intervenção que contribuiu para a redução da mortalidade materna e infantil foi o Programa Bolsa Família - PBF⁴, considerando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão aos serviços, o MS tem o objetivo de garantir acesso ao direito à saúde das famílias inscritas no PBF. As condicionalidades de saúde acompanhadas pela pasta compreendem a imunização, o crescimento e o desenvolvimento de crianças menores de sete anos, da assistência ao pré-natal de gestantes ao puerpério (Ministério da Saúde, 2016).

4 O Programa Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda com condicionalidades destinadas às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social.

Em todo o Brasil, houve um crescimento de 124.908 gestantes atendidas na área da saúde do programa. O aumento ocorreu após a integração de sistemas do MS, sendo que o número de gestantes cadastradas no PBF e acompanhadas pelo MS cresceu em 50% no primeiro semestre de 2016. De acordo com o MS (2016) o aumento no número de gestantes acompanhadas foi resultado do esforço das áreas de alimentação e nutrição, saúde da mulher e do datusus⁵. Conforme destacou o secretário de Atenção à Saúde do MS, Francisco de Assis Figueiredo: “Além de poder acompanhar de perto essas gestantes cadastradas no PBF, esse dado se torna importante, também, na articulação de ações que visam a redução da mortalidade materna e infantil. Mesmo com este incremento, faz-se necessário ampliar os esforços pelos estados e municípios, para captação de gestantes potencialmente beneficiárias”.

O MS (2016) destacou que o PBF contribuiu para a redução da mortalidade de crianças de zero a cinco anos em 19,4%, de acordo com estudo publicado em maio de 2013 pela revista inglesa *The Lancet*, uma das mais respeitadas publicações de saúde do mundo. O estudo mostra ainda queda de 53% na mortalidade infantil provocada por diarreia e de 65% por desnutrição. Outro compromisso assumido pelas famílias é o de vacinar seus filhos. Com isso, mais de 5,5 milhões de crianças menores de sete anos estão com a vacinação em dia. As condicionalidades do PBF refletem-se também na melhoria da saúde materna. Dados do MS apontam que 99% das gestantes atendidas pelo PBF estão com os exames pré-natais em dia e que 88% passam por avaliação nutricional.

Trazendo essa realidade para o Paraná, a mortalidade materna no Estado foi nota da Agência de Notícias do Governo do Estado em 2017. A nota destaca que em 2010, a taxa de mortalidade materna no Estado era de 65,11 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, índice que caiu para 34 em 2017, conforme dados apurados. Já a taxa de mortalidade infantil era de 12,15 para cada mil nascidos vivos em 2010 e caiu para 10,3 em 2017. A Agência de Notícias do Governo do Estado (2017) destaca que os êxitos da Rede Mãe Paranaense⁶, associados ao diálogo das gestões estaduais e municipais, o monitoramento das situações de quase morte e as ações de vigilância, são os responsáveis pela redução dos índices de mortalidade no Estado do Paraná.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (2012), a Rede Mãe Paranaense, implantada em 2012, propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no

5 Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Trata-se de um órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde.

6 Rede Mãe Paranaense propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida.

seu primeiro ano de vida. A Rede organiza o atendimento materno-infantil, desde o pré-natal, o pós-parto e o acompanhamento do crescimento das crianças, principalmente durante os primeiros anos de vida. A Rede está presente nos 399 municípios do Paraná e, atualmente, é responsável pelo atendimento de cerca de 80% das gestantes paranaenses, que recebem pelo menos sete consultas e 23 exames. Para receber atendimento, as gestantes devem procurar a unidade de saúde mais próxima.

Portanto, a partir dos dados expostos acima, nota-se a grande importância da implementação de novas políticas públicas de saúde, como a Rede Mãe Paranaense, que possui como proposta oferecer um melhor atendimento às gestantes e às crianças nos primeiros meses de vida, sendo este, um dos fatores que possibilitou a redução das taxas de mortalidade, que é uma das consequências da violência obstétrica. Diante das causas que acarretam as ocorrências de violência obstétrica, outro fator que merece destaque, são as relações que são construídas no cenário do nascimento.

Abordar a questão da política pública de saúde é falar das relações que são construídas no cenário institucional onde as gestantes são atendidas. Neste sentido, um fator importante a ser destacado nas relações entre profissionais de saúde e parturiente, é a relação hierárquica e de poder em torno desta, que em muitos casos é fator preditivo para a ocorrência de violência obstétrica. Desta forma, a narrativa permeada pelo discurso do poder, torna-se um fator impeditivo de proporcionar o acolhimento necessário no momento singular do nascimento.

Um dos grandes dilemas enfrentados no Sistema Único de Saúde - SUS é, na prática fazer valer no dia-a-dia seus princípios, em particular no que diz respeito ao acesso pautado no acolhimento de qualidade e na integralidade da assistência nos serviços prestados à população. De acordo com Neto et al. (2008) à medida em que o SUS avança, no sentido de ampliar o acesso a todos os cidadãos que necessitam dos seus serviços, no caso das gestantes, a integralidade não se operacionaliza de maneira que acolha a usuária nas suas necessidades, independente do nível do sistema/serviço que vá acessar, ou seja, em todo o processo de pré-natal, parto e puerpério, sendo motivo para tal, a falta de profissionais habilitados para o atendimento, falta de recursos, e de instrumentos para a operacionalização do atendimento, bem como falta de infra-estrutura adequada.

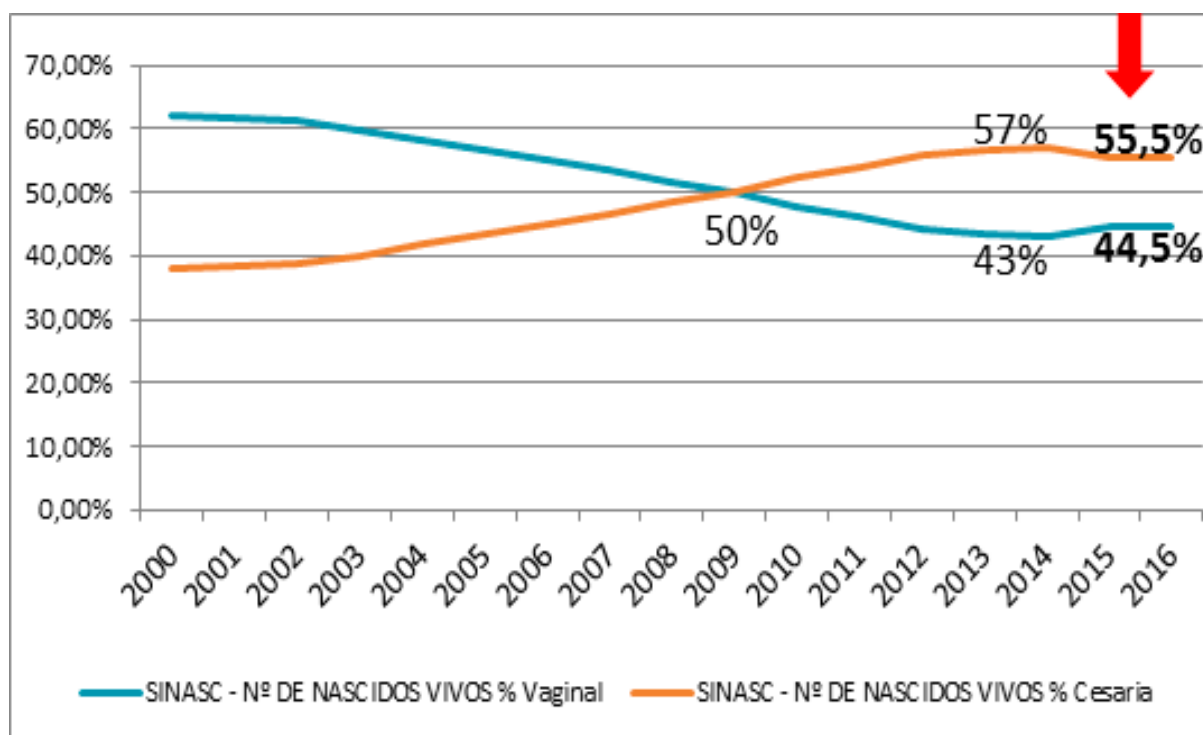
A partir das discussões que norteiam a violência obstétrica, é possível considerar que a conjuntura da violência obstétrica na contemporaneidade trata-se de um grave problema social. Os episódios de violência obstétrica têm motivado amplas discussões, e a implantação de um novo conjunto de intervenções em saúde pública. Para Farias (2014) o nascimento de um filho trata-se de um momento singular na vida da mulher e do bebê, portanto, não se deve tirar o direito da

mulher ser a protagonista de sua história. Desta forma, é necessário proporcionar o acesso a uma assistência de saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas, fatores que são primordiais para a garantia de um atendimento digno e de respeito no momento do nascimento.

Com relação a via de parto, o MS (2017) apresentou que de 2009 a 2016 o número de partos normais na rede pública e privada subiu de 43% para 44,5%, enquanto que de cesáreas caiu de 57% para 55,5%. Pelo SUS foram 59,8% de partos normais e 40,2% de cesarianas. Na rede privada, o índice de cesárea chega a 88% e de partos normais a 12%, sendo que os números de cesáreas são muito acima da meta de no máximo 15% recomendada pela OMS.

O número de partos normais na rede pública e privada supramencionados, podem ser constatados no gráfico a seguir divulgado pelo MS (2017) onde pode-se constatar que a alteração do padrão no número de partos vaginais e cesárea de 50% no gráfico, justifica-se a partir da conscientização e execução das políticas públicas de humanização no parto.

Gráfico 1 - Índices de parto vaginal e cesárea no país



FONTE: Ministério da Saúde, 2017.

A redução das cesarianas no SUS é consequência de uma série de medidas, como a implementação da Rede Cegonha⁷ que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegura às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Já na rede privada, é fundamental a ação da Agência Nacional de Saúde - ANS junto às operadoras de planos de saúde (saúde suplementar) com a implantação da estratégia do parto adequado, que assegura que toda mulher terá direito de definir o seu plano de parto, seja na rede pública, ou privada. O plano de parto trará informações como local onde será realizado, orientações e benefícios do parto vaginal, tanto no SUS, quanto na rede privada. Essas medidas visam o respeito no acolhimento e mais informações para o empoderamento da mulher no processo de decisão ao qual tem o direito. Assim, o parto deixa ser tratado como um conjunto de técnicas, e passa a ser visto como um momento fundamental entre mãe e filho (Ministério da Saúde, 2017).

Além disso, a Resolução nº 2144/2016 do Conselho Federal de Medicina - CFM, determinou que o parto cesariano só poderá ser realizado após a 39ª semana de gestação. A Resolução também defendeu que a paciente tem o direito de escolher o parto cesárea desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, acerca de seus benefícios e riscos (MENDES, 2016).

Dados apontados pelo MS (2017) mostram que entre as vias de parto (vaginal e cesárea), o parto vaginal está sofrendo intervenções desnecessárias, como a indução via aplicação de ocitocina, anestesia, entre outras. Neste sentido, a OMS, emitiu nota acerca destes acontecimentos. A OMS (2014) afirmou que "no parto vaginal, deve haver uma razão válida para interferir no processo natural. O objetivo do cuidado é conseguir uma mãe e uma criança saudáveis com o menor nível possível de intervenção compatível com a segurança". Neste sentido, a OMS declarou práticas que devem ser abolidas (em trabalho de parto vaginal), como: raspar os pelos pubianos; enemas para esvaziamento do intestino; monitoramento eletrônico fetal; não deixar a mulher comer ou beber; dizer à mulher para prender a respiração e empurrar durante a segunda fase do trabalho de parto (em vez de deixá-la fazer o seu próprio caminho); esticar e interferir na entrada da vagina quando o bebê está nascendo; episiotomia; levar o bebê para longe de sua mãe após o nascimento; forçar a mulher a deitar-se de costas durante o trabalho de parto.

A partir dos dados acerca das vias de nascimento, é importante considerar o número de nascidos vivos no País. No Estado do Paraná, o MS por meio do datasus divulgou que o número de nascidos vivos no ano de 2016 foi de 155.066. Já no Brasil houve um total de 2.803.080

⁷ É uma estratégia do Ministério da Saúde.

registros de nascidos vivos no ano de 2016, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE na tabela a seguir:

Tabela 1 - Dados IBGE nascidos vivos 2016

Tabela 2679 - Nascidos vivos, por ano de nascimento, idade da mãe na ocasião do parto, sexo e lugar do registro			
Variável - Nascidos vivos registrados no ano (Pessoas)			
Brasil			
Sexo - Total			
Ano - 2016			
Ano de nascimento x Idade da mãe na ocasião do parto			
Total		2016	
Total	Ignorada	Total	Ignorada
2.903.933	37.656	2.803.080	12.061
Fonte: IBGE - Estatísticas do Registro Civil			

FO

NTE: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2679>

Diante da apresentação dos números de nascidos vivos no Brasil e no Estado do Paraná, é possível verificar que o número de nascimentos é expressivo, fato que necessita de medidas que minimizem as ocorrências de violência obstétrica. Neste sentido, o MS visa instituir diretrizes para a redução dessas ocorrências, como a consolidação do parto humanizado, visto que este já foi implementado, mas nem todas unidades de saúde o executam e deixam com que a mulher escolha a via de parto e posição que desejar, de forma a reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias, como a episiotomia (corte no períneo), o uso de ocitocina (hormônio que acelera o parto), a cesariana, aspiração nasofaringeana no bebê, entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, são comuns, o que deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo (Ministério da Saúde, 2017).

De acordo com Hotimsky (2009) no contexto brasileiro de crescente cirurgificação do parto, onde a prática do aprendizado para a cirurgia cesárea e demais procedimentos no corpo da mulher tornou-se uma tradição na formação médica, tende a ser expectativa dos internos realizar a

episiotomia (corte cirúrgico feito no períneo), episiorrafia (sutura da incisão efetuada na região do períneo) e bloqueio do pudendo (técnica indicada para analgesia nas fases mais adiantadas do trabalho de parto), nos estágios de obstetrícia. Em geral, são incentivados nesse sentido pelos seus supervisores e pela própria proposta educacional de treinamento em serviço, pois precisam cumprir carga horária prática no processo de ensino-aprendizagem.

Considerando a prática do ensino-aprendizagem, a pesquisa *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento*, realizou um estudo para identificar os percentuais de ocorrências de violência obstétrica no país. Essa pesquisa trata de um estudo multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional, que foi coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-Fiocruz) com participação de outras instituições públicas de ensino e pesquisa (Nascer no Brasil, 2014).

A pesquisa acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS ou privados, que realizaram mais de 500 partos por ano, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Foram coletados dados em 266 hospitais de 191 municípios, incluindo as capitais e algumas cidades do interior de todos os Estados, das cinco regiões do país. Em cada hospital, a permanência da equipe foi de pelo menos 7 dias (até 2 meses) a fim de entrevistar 90 mulheres em todos os turnos (Nascer no Brasil, 2014).

Como resultado, a pesquisa retratou que existem altos índices de ocorrências de violência obstétrica, que revelam que, na atenção obstétrica brasileira, 25% das mulheres relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto (na rede pública e privada) (Nascer no Brasil, 2014). Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório. Desta forma, é importante considerar que a pesquisa “Nascer no Brasil” apresentou altos índices de ocorrência de violência obstétrica, com a recorrência do tratamento desrespeitoso, o que torna o momento do nascimento frustrante e causador de angústias (Santos & Souza, 2015).

Diante dos altos índices de ocorrências de violência obstétrica, o MS (2017) sugeriu medidas que diminuam esses dados. Entre as sugestões de implantação, a proposta é de a possibilidade do parto vaginal ser feito pela enfermeira obstétrica ou obstetritz, pois a experiência com a presença dessas profissionais demonstrou que o envolvimento dessas tem reforçado o cuidado humanizado. Desta forma, as maternidades também deverão incorporar na assistência: liberdade de posição (cócoras, quatro apoios, de lado, em pé, ajoelhada) durante o parto, dieta livre (jejum não obrigatório), presença de doulas, acompanhante, respeito à privacidade da família e métodos de alívio da dor como massagens e imersão em água. Outras recomendações são o

contato pele a pele imediato com o bebê logo após o nascimento e o estímulo à amamentação. Essas ações são muito importantes para que as ocorrências de violência obstétrica diminuam, e asseguram o respeito pela via de parto escolhida pela mãe, com foco na preservação do vínculo que a mãe tem com seu bebê no pós-parto imediato, garantindo o contato pele a pele.

Compreender que a conduta adotada no cuidado à mulher no Brasil tem sido marcada por desafios que precisam ser superados e que, ao longo do tempo, certamente o serão, tem-se como perspectiva que obstetrizes ocupem seu lugar em nosso país e contribuam para a necessária redução dos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal e das cesáreas, para a “desmedicalização” do parto e para que as mulheres sejam melhores assistidas, fazendo valer seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Todavia, essa não tem sido até o momento a realidade, pois a incompreensão do potencial inovador desta nova profissão, a falta de investimentos públicos e privados na contratação de maior número de enfermeiras obstetras, o desvalor generalizado da sociedade brasileira para o trabalho em saúde pelo não médico, entre outros fatores, constituem-se entraves para a absorção desses profissionais pelo mercado (NARCHI, et al. 2012).

Obstetrizes relatam que trabalhando no SUS encontram desafios que acabam prejudicando a assistência. Além da superlotação, fatores como a formação profissional dos componentes da equipe, e a estrutura física dos hospitais, que ainda mantém enfermarias com vários leitos nos quais as mulheres vivenciam o trabalho de parto, somada à falta de alguns insumos, também contribuem para a assistência insatisfatória. Na atenção humanizada ao parto, por exemplo, preconiza-se o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como o banho de chuveiro, mas as limitações físicas encontradas nos hospitais públicos com poucos banheiros para muitas mulheres não permitem oferecer tal recurso (CASTRO, et al. 2017).

A violência obstétrica ocorre devido à multifatores, além da questão estrutural, outro é a questão racial. De acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil (2014) apresentada anteriormente, onde mostra dados importantes sobre as intervenções durante o parto em mulheres de risco obstétrico habitual, aponta que as mulheres negras são as que mais sofrem violência obstétrica, pois são as que mais peregrinam na hora do parto, ficam mais tempo em espera para serem atendidas, tem menos tempo de consulta, são submetidas a procedimentos dolorosos sem analgesia, e por isso, estão em maior risco de morte materna. Cerca de 60% das mulheres que morrem de morte materna são negras. Portanto, o estudo aponta que é importante destacar que a morte materna é considerada uma morte prevenível e que em 90% dos casos poderia ser evitada se as mulheres tivessem atendimento adequado.

Segundo Goes (2016) para que esses índices diminuam, é necessário encontrar equidade entre mulheres negras e brancas no Brasil, pois a tendência é permanecer a ter altas taxas de mortalidade. Neste sentido é importante destacar que o Brasil não alcançou a meta do Objetivo do Desenvolvimento do Milênio sobre saúde materna, que deveria chegar no máximo de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos até 2015. Em 2013 (35,6/100 mil nascidos vivos em mulheres brancas), e (mulheres negras foram de 62,8/100 mil nascidos vivos), portanto, se por acaso o Brasil fosse apenas de mulheres brancas, a meta teria sido alcançada. Desta forma, quando falamos neste processo de exclusão e não garantia de direitos, também vamos contra ao que preconiza a democracia.

Toda essa realidade é marcada pela desigualdade, que de acordo com Arretche (2015) no espaço das desigualdades, a questão racial ocupa um espaço privilegiado, o que pode ser identificado como um dos fatores que impulsiona a ocorrência de violência obstétrica. Em contraposição às desigualdades, a cidadania foi concebida como direito dos cidadãos a um mínimo de bem-estar econômico de segurança, que lhes permitissem viver como seres civilizados conforme os padrões correntes na sociedade, de modo a expandirem suas liberdades reais, além de estabelecer que o bem-estar deveria incluir o acesso a bens essenciais.

Diante deste cenário marcado pela desigualdade em nossa sociedade, e a realidade vivenciada pelas mulheres que são vítimas de violência obstétrica, é importante destacar que os profissionais de saúde possuem um papel importante na experiência do nascer, pois dispõem da oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê. Também exercem a responsabilidade legitimada de decidir, em momentos críticos, quais intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos (MAIA, 2010).

A atuação profissional objetiva minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, e dar todo auxílio necessário no nascer. Portanto, os profissionais da área da saúde, devem ter consciência da responsabilidade e respeito que as mulheres necessitam ter no cenário do nascimento. Sendo que as implicações da violência contra as gestantes, requer um olhar atento dos profissionais e serviços de saúde para a promoção de uma assistência resolutiva, e não coercitiva. Vislumbra-se, assim, a importância e necessidade de equipe profissional qualificada, com olhar humanizado, a qual tenha, nas redes de apoio do Estado, dos serviços de saúde, da comunidade e da família, subsídios para enfrentamento dessa problemática (Vieira et al. 2010).

A mulher tem o direito de receber apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem na mulher a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais, pessoais e fisiológicos. No

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012) para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito - CPMI da violência contra as mulheres, a dor do parto no Brasil foi relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.

É possível notar que vários fatores levam as ocorrências de violência obstétrica e medidas foram implementadas para reduzir os índices de ocorrências. Assim, para compreender o que é violência obstétrica, esse capítulo apresentou uma breve contextualização do cenário da violência obstétrica, os processos históricos que levaram ao reconhecimento do fenômeno na atualidade e a conjuntura contemporânea que abrange o fenômeno.

2 A SAÚDE COLETIVA ENQUANTO CAMPO DE ESTUDO E DE INTERVENÇÃO

2.1 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Apresentei, acima, como foi a construção do desenho e percurso seguido para a realização desta pesquisa. Agora, irei detalhar como estas fontes surgiram ao longo da dissertação e a forma de apresentação dos dados no texto. Este capítulo possui abordagem exclusivamente teórica, a partir de dados identificados em campo. Para tal, o início deste capítulo, irá abordar uma breve contextualização da construção da Política Pública de Saúde.

Ao menos desde o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸, durante a década de 1990, o direito à saúde passou a ser concebido como um componente político fundamental para o processo de democratização da sociedade brasileira. Diversas pesquisas da área de serviço social, inclusive, compreendem a saúde enquanto um eixo central para a efetivação das cidadanias no país – não enquanto produto mecânico da organização, mobilização e mecanismos de participação, mas como forma política e social a ser permanentemente aperfeiçoada e transformada (CANESQUI, 1998). Do ponto de vista antropológico, no entanto, a urgência social de se assegurar direitos coletivos à saúde – entendida enquanto uma construção sociocultural, e não biológica – parece impor a necessidade de identificar formas de atenção à saúde de diferentes grupos, contribuindo para a compreensão da saúde/doença como um processo amplo e contextual e fornecendo subsídios para a constituição de políticas públicas de saúde no Brasil (LANGDON, 2014).

Como destaca Langdon (2014), o enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social vincula-se a uma compreensão das relações sociais ligadas ao processo de saúde/doença como emergentes e dinâmicas. Ao mesmo tempo, a ênfase na perspectiva do ator social e em sua capacidade de agência enfatiza o fato de que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados aos processos. Estes paradigmas trazem para o campo da saúde coletiva e da construção e execução das políticas públicas uma visão da coletividade e, no social, o lugar da saúde, reconhecendo os saberes plurais, a autonomia dos atores, e os fatores globais que estão presentes nas situações locais.

8 A Constituição brasileira de 1988 diz que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e criou o Sistema Único de Saúde - SUS, um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. [acesso em 14 abr 2018].

Para compreender porque a categoria violência obstétrica tornou-se tão corriqueira em nossos dias, é importante recuperar os passos históricos da constituição de um sistema de saúde pública materno-infantil no Brasil. De acordo com Neto et al. (2008) no cenário brasileiro, a preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança⁹ e a ampliação de ações estatais em relação aos cuidados com crianças e mães no que se refere à gravidez e amamentação. Do Estado Novo até o Regime Militar, as ações desenvolvidas por esse departamento foram orientadas pela ideia de produzir “braços fortes para a nação” com políticas públicas voltadas para as camadas urbanas mais pobres.

Com o surgimento das políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil, deu-se também o estabelecimento dessas novas relações do povo com o Estado, baseado na razão, na tecnologia e na produtividade, transformando a visão de corpo individual para corpo social produtivo, que deve ser protegido e cuidado de modo quase médico-biológico sob controle e vigilância estatal. Com a inserção das políticas públicas iniciou o processo de medicalização dos cuidados em saúde, e a partir do início do processo de medicalização, os esforços estatais em relação às políticas de saúde tornaram-se cada vez mais abrangentes. Uma das medidas implementadas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população. Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para a melhoria das condições de saúde materno-infantil (NETO et al. 2008).

A partir das políticas públicas estabelecidas desde 1940, as discussões acerca do parto passaram a fazer parte da agenda pública, o que retrata os processos de implementação de programas voltados à saúde da mulher e à saúde materno-infantil referentes ao cenário do parto. Nos programas de saúde da mulher e do adolescente, as questões sobre saúde reprodutiva entraram em pauta para discussões, concentrando preocupações com concepção, anticoncepção, aborto, parto, mortalidade materna, prevenção do câncer do colo uterino, doenças sexualmente transmissíveis (DST), síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) e, inclusive, mortalidade infantil (Neto et al. 2008).

⁹ Uma política pública de grande relevância que surgiu a partir da preocupação estatal com a saúde materno-infantil que remonta os anos de 1940, foi proposta com a premissa de garantir a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, sendo esta sancionada através do DECRETO-LEI Nº 2.024, DE 17 DE FEVEREIRO DE 1940, que fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País.

Conforme pontua Melo (1998) a avaliação das políticas públicas não constitui um exercício formal, desinteressado, à semelhança de um cálculo de custo-benefício, pois está solidamente ancorada em um conjunto de valores e noções sobre a realidade social partilhados por membros do governo. Esses valores e noções fornecem os “termos do debate” sobre as políticas, que delimitam e circunscrevem a agenda pública em um dado momento.

No marco da construção das políticas públicas de saúde, o acontecimento que também faz parte das trajetórias da implementação das políticas de saúde, são os movimentos sociais. Neto et al. (2008) pontua que dentre esses movimentos, destaca-se o da reforma sanitária, que teve como bandeira a luta pelo direito à saúde como um direito de cidadania de toda a população. Com essas premissas, os movimentos se articularam no sentido de aglutinar diferentes demandas reprimidas pela ditadura na sua relação com a sociedade, constituindo-se em cenário fértil para unir forças nos movimentos sociais.

Em 1983, uma das maiores conquistas dos movimentos sociais feministas foi a formulação do Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher - PAISM, sendo um programa inédito até então, não voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade. O PAISM nasce no processo de discussão do movimento sanitário, fundamentado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde (NETO et al. 2008, pg. 110).

Na década de 1990, com base na legislação de saúde vigente, o Estado brasileiro, no intuito de pôr em prática as regulamentações legais de promoção da saúde e controle social, projetou a execução de diversos programas e estratégias direcionados especificamente aos cuidados materno-infantis. O Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento - PNHPN foi criado e implantado através da Portaria nº 569 de 1/6/2000 (Brasil, 2000) com o objetivo primordial de reduzir as taxas de mortalidade materna, perinatal¹⁰ e neonatal¹¹ no país. Baseia-se no direito inalienável da cidadania, portanto, o direito ao acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério¹² e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, por meio da organização adequada dos serviços de saúde, assegurando a integralidade da assistência, com investimentos e custeios necessários (Neto et al. 2008).

10 Relativo ou que acontece durante o período compreendido entre a 28.^a semana de gestação e o 7.^o dia de vida do recém-nascido.

11 Relativo ao recém-nascido (neonato), especialmente no primeiro mês após o nascimento.

12 É o período pós-parto que abrange desde o dia do nascimento do bebê com a expulsão da placenta e inclui as 06 semanas que se seguem ao mesmo.

2.2 ANTROPOLOGIA E SAÚDE

Os primeiros trabalhos da Antropologia sobre o objeto saúde surgiram a partir da II Guerra Mundial, quando antropólogos europeus e americanos focalizavam os países subdesenvolvidos como alvos preferenciais dos modelos de saúde pública, gestados nos moldes culturais dos chamados países desenvolvidos. Os projetos eram voltados para a compreensão de hábitos e costumes de outros povos e grupos, com o objetivo de transmitir uma certa "ciência da conduta", através da educação sanitária. Suas contribuições foram desenvolvidas visando à compreensão de sistemas específicos de saúde, das relações médico paciente, dos universos simbólicos que cercam os fenômenos da vida, da morte e do adoecer, articulando-se sobretudo à clínica, à epidemiologia e ao planejamento do setor. Os antropólogos ingleses voltaram-se mais para os povos sob controle colonial, elaborando abordagens holísticas, numa linha estrutural-funcionalista e dedicada a compreender os universos cosmológicos dos grupos específicos. Os temas sobre saúde e doença apareceram, então, vinculados à religião e à magia (MINAYO, 1998).

Minayo (1998) destaca que se essa produção peculiar partiu de trabalhos americanos e europeus, havia uma considerável diferença entre as abordagens. Os americanos, desde o início, trabalharam junto com os médicos, criando relações de interdisciplinaridade e dependência. Por isso mesmo, das décadas de 50 a 70, independente das tradições específicas americanas ou inglesas, a chamada Antropologia Médica se desenvolveu sob a égide da categoria: ciências da conduta, junto com a sociologia e a psicologia social, no campo da saúde pública.

Durante a década de 1980, e principalmente nos anos 1990, inicia-se nos Estados Unidos a “antropologia médica crítica”, visando analisar os processos de saúde como consequências da globalização e de estruturas político-econômicas. Sendo assim, a visão crítica faz parte da perspectiva “latina” décadas antes de a antropologia médica eurocêntrica incluir os conceitos de poder e equidade em seus modelos analíticos. O desenvolvimento das ciências sociais na América Latina está relacionado com os contextos políticos e históricos e com sua posição nos processos de expansão do industrialismo, e do capitalismo. As ciências sociais emergiram e consolidaram-se no século XX preocupadas e engajadas com as realidades sociais e econômicas (LANGDON, 2014).

No Brasil, o sistema de Ciência e Tecnologia ainda muito jovem, tem sido objeto de estudos de pesquisadores estrangeiros e recebe a influência do debate internacional. Essa exposição ao pensamento e às teorias estrangeiras está se dando cada vez de forma mais amadurecida, mas merece uma reflexão crítica. Nesse contexto, um tema que não parece menor é

a própria categorização da área de antropologia no interior do campo da saúde, que encontra-se entre a antropologia médica e/ou antropologia da saúde (MINAYO, 1998).

Portanto, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva domina a Epidemiologia, cada vez mais pragmática e contável, menos permeável às reflexões epistêmicas, no qual frisa seus modelos explicativos de um lado, abrindo-se, nos últimos anos, à maior interlocução com a antropologia e com as metodologias qualitativas, de outro. A Epidemiologia fez interlocução com as ciências sociais, acrescentando-lhes o social, o cultural, o sociocultural, ou combinando os métodos qualitativos e quantitativos nos estudos e na abordagem de assuntos, como o envelhecimento, a violência, a saúde e doença da população (CANESQUI, 2011).

Assim, o entendimento do papel das ciências sociais na Saúde Coletiva, segundo observado nas atividades implementadas nas diferentes gestões ou nos pronunciamentos emitidos, não é homogêneo; restam tensões, que ainda evocam perguntas: meros respaldos instrumentais da política de saúde? Circunscrição aos determinantes sociais do processo saúde e doença e à análise e vocalização da política de saúde? Respeito aos objetos próprios, que não descartam a análise, avaliação e formulação da própria política de saúde, ao lado da abordagem complexa da dimensão dos fenômenos de adoecimento, saúde, vida e morte da população? (CANESQUI, 2008).

Na origem do subcampo das ciências sociais em saúde no interior do campo da Saúde Coletiva, cientistas sociais estiveram vinculados à subárea de conhecimento da ciência política, cuja racionalidade foi posteriormente marcada por uma lógica mais instrumental e aplicada, enfatizada pelo vínculo com a gestão dos serviços de saúde. Esse cenário sofreu modificação em função do desenvolvimento das ciências políticas, articulado ao processo de implementação do SUS (IANNI, et al. 2014).

Essas indagações trazem à luz os debates sobre os espaços dessa relação entre ambas as ciências, sendo necessário elucidar os níveis de interação e os diferentes graus de aproximação. Em primeiro lugar estão os estudos básicos, tipicamente antropológicos, onde as questões da saúde e da doença fazem parte de um universo "totalizante" e complexo de relações sociais, políticas, econômicas, domésticas e cosmológicas, e onde a compreensão da saúde e doença e dos sistemas médicos compõem o quadro geral e da ordem social. Tendo em mente as necessidades de intervenção para promoção, prevenção e tratamento da saúde, existe uma demanda clara do setor para as abordagens antropológicas. Constantemente, as instituições de ação política e assistencial necessitam compreender os significados das intencionalidades e o universo simbólico dos diferentes sujeitos com quem devem interagir, de forma a tornar sua atuação mais adequada (MINAYO, 1998).

Uma crítica que geralmente os profissionais de saúde fazem aos antropólogos é quanto a seus ritmos e tempos muito lentos, para as necessidades de um setor que necessita dar respostas urgentes e rápidas. Desta forma, a classificação que engloba os estudos básicos, os estudos estratégicos e os estudos operacionais sugeridos para a visualização das relações entre antropólogos e estudiosos da saúde, pode padecer de reducionismo. Portanto, é preciso distinguir e diferenciar os diversos lugares e papéis da antropologia no campo da saúde, valorizando-os e mantendo sobre eles uma crítica construtiva. (MINAYO, 1998).

2.3 O ENSINO DA ANTROPOLOGIA NO CAMPO DA SAÚDE

Aos cientistas sociais fundadores coube a tarefa de introduzir as ciências sociais nos espaços institucionais formadores de profissionais de saúde, no ensino e pesquisa, que enriqueceram as reflexões sobre a saúde e doença como fenômenos existenciais e societários, individuais e coletivos e objetos das intervenções políticas, dos saberes, tecnologias e terapêuticas médicas e não médicas. No ensino introduziram-se vários modelos associados às ciências sociais: o preventivista, medicina de comunidade; medicina integral, história natural da doença; medicina social e histórica estrutural, vigentes nos cursos de medicina, enfermagem; odontologia e saúde pública (CANESQUI, 2011).

Do ponto de vista do ensino, Canesqui (2011) aponta que as Ciências Sociais e Humanas se estabeleceram nos currículos da formação graduada dos médicos e de outras profissões de saúde, sem gozar de plena aceitação entre os que valorizam e gravitam em torno do modelo biomédico hegemônico. Tanto é que se relatam dificuldades de sua inserção no ensino médico, cuja centralidade do indivíduo contrapõe-se à visão predominantemente social e coletiva das ciências sociais orientadas pelos marcos macroestruturais.

A antropologia, pelo seu próprio dever de ofício, e por trabalhar com fenômenos complexos e relacionais, sejam eles numa tribo ou numa mega-cidade, necessita tomar, como objeto, o próprio conceito de saúde como referência identificatória. Se a intenção é focalizá-la no campo da intervenção técnica do sistema médico, terá um objeto restrito, delimitado, instrumental e passível de melhor controle e demarcação, dentro dos quadros da chamada "ciência normal". Se entender a saúde como objeto de interesse da sociedade, ou seja, como o conjunto de ações e movimentos que ela promove para se manter saudável, vai retirá-la, conceitualmente, da tutela médica, para ampliar suas fronteiras. Ou seja, será o objeto de reflexão teórico-prática as condições de vida que interferem nas condições de saúde; as políticas

públicas e sociais do setor e intersetoriais; os vários sistemas terapêuticos, incluindo-se a atenção em todos os níveis; e por fim, os valores e crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade frente ao que afeta sua saúde individual e coletiva (MINAYO, 1998).

Canesqui (2011) destaca que estão bastante ativas as ciências sociais na Saúde Coletiva, na Saúde Pública e na Medicina Social, que são campos híbridos por excelência. As ciências sociais e humanas, nesta hibridez, ainda são subalternas, padecendo do domínio da medicina individual sobre a coletiva e pública, sendo desvalorizadas. Padecem também do domínio das disciplinas mais próximas da medicina clínica, das estatísticas, das instrumentais e das pesquisas laboratoriais. Padecem, no campo científico geral, do domínio das ciências duras, que impõem os parâmetros da cientificidade, fenômeno este de longa duração na história das ciências.

Assim, as Ciências Sociais consolidaram-se nos currículos da formação graduada dos médicos e de outras profissões de saúde, sem gozar de plena aceitação entre os que valorizam e gravitam em torno do modelo biomédico hegemônico. Tanto é que se relatam dificuldades de sua inserção no ensino médico, cuja centralidade do indivíduo contrapõe-se à visão predominantemente social e coletiva das ciências sociais orientadas pelos marcos macroestruturais. Pode-se dizer que a medicina continua ensandecida à pessoa humana e que as recentes propostas do cuidado voltam-se para ela, gerando novos interesses nas ciências sociais no campo médico (CANESQUI, 2011).

Todavia, abordar a questão da construção Antropológica da Saúde, ainda é um tabu, pois a Antropologia da Saúde não é obrigatória nos cursos de saúde. Os desafios são igualmente múltiplos e sentidos diversamente, dada ainda a heterogeneidade do alunado. Em especial, aqueles que buscam uma formação na área da saúde, mesmo nesse ambiente institucional que enfatiza a formação humanística, têm dificuldade em acatar alguns dos preceitos da antropologia – em especial as turmas que, dada a grade curricular de seus cursos, fazem essas disciplinas em seu primeiro ano de curso. Esses alunos chegam à sala de aula acreditando que os fenômenos da saúde são biológicos, universais e naturais; que a ciência é o único meio, verdadeiro e legítimo, de produção de conhecimentos, inclusive os que revertam em práticas do campo da saúde; que há uma superioridade tecnológica que se cria nesse campo; e, por fim, que a biomedicina detém o privilégio da eficácia no campo da saúde (COHN, 2011).

2.4 FEMINISMO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os movimentos feministas têm uma característica particular que deve ser tomada em consideração pelos interessados em entender sua história e seus processos. É um movimento que produz sua própria reflexão crítica, sua própria teoria. Esta coincidência entre militância e teoria é rara e deriva-se, entre outras razões, do tipo social de militante que impulsionou, pelo menos em um primeiro momento, o feminismo da segunda metade do século XX. O movimento feminista brasileiro, apesar de ter origens na classe média intelectualizada teve uma interface com as classes populares, o que provocou novas percepções, discursos e ações em ambos os lados (PINTO, 2010).

Nas discussões acerca da violência obstétrica, de forma geral, Sobrinho (2014) destaca que as feministas discutem a violência obstétrica a partir da ótica de que este ato é um crime que pode atingir pessoas em todos os âmbitos da sociedade, porque ocorre tanto em hospitais públicos como particulares. Porém, é sabido que mulheres pobres, negras e indígenas são as principais vítimas, pois recebem o tratamento mais cruel, muitas vezes por só terem como opção o tratamento ofertado pelo sistema de saúde pública, onde o racismo é bem presente. É muito comum, por exemplo, que mulheres negras e pobres não recebam anestesia no parto normal. Entre as mulheres de classes sociais mais altas é comum o incentivo desnecessário a cesariana, por meio de pressão psicológica.

Se a violência obstétrica deixa tantas marcas, por que as mulheres não denunciam? Infelizmente, o momento do parto é tido como um momento de dor e sofrimento. São pensamentos patriarcais que nos remetem a ensinamentos religiosos de que a mulher deve sofrer as dores do parto para pagar o pecado de Eva. Por um pensamento e uma cultura antiga, e por uma medicina desumana, que milhares de mulheres e bebês morrem ou sofrem violência física e/ou moral. O machismo interfere na medicina e mais uma vez o corpo das mulheres, assim como sua autonomia, não são respeitados. A maioria das mulheres não denunciam esta violência por medo, por estarem num momento de fragilidade, por não serem apoiadas, ou por falta de provas e, o mais comum, pela falta de conhecimento do que é a violência obstétrica (SOBRINHO, 2014).

2.5 VIOLÊNCIA E PENSAMENTO SOCIAL DA SAÚDE

Ianni, et al. (2014) aponta que é possível afirmar que no Brasil, configura-se um pensamento social em saúde como campo científico, político e atuante. Estruturado no bojo da

constituição da Saúde Coletiva e do movimento da Reforma Sanitária, nos anos de 1970 e 1989, emergiu e se desenvolveu em paralelo às escolas de ciências sociais tradicionalmente instituídas no país. A vida, como um fenômeno da natureza, nunca foi objeto das ciências sociais, exceção feita a segmentos esparsos da antropologia. Ao contrário, quando da constituição das ciências sociais no século XIX, muitas delas delegaram às ciências naturais a autoridade da discussão dos processos vitais, deixando para si as “coisas sociais”. Sendo assim, os fenômenos de saúde permaneceram confinados às ciências biológicas, naturais, apartados das ciências sociais. No entanto é sabido que não há sociedade que não tenha conhecimento e formas próprias de interpretar e proceder em relação aos fenômenos de saúde-doença das suas populações (IANNI, et al. 2014).

Esse campo não se constituiu apenas na esfera das práticas sociais da atenção à saúde, ou na da organização dos serviços em saúde ou de controle e vigilância das doenças, nem mesmo apenas no âmbito da gestão da política de saúde no país. Trata-se, desde a sua gênese, de um campo que articula profissionais de pesquisa, da academia, dos serviços e ‘intelectuais autônomos’ da saúde, expressando, por isso mesmo, um pensamento social em saúde. Um campo científico compreendido como um espaço social específico de lutas competitivas que têm como desafio o monopólio da autoridade científica. Esta autoridade definiu-se pela capacidade técnica e poder social, cujo monopólio da competência científica é socialmente reconhecido a agentes determinados. Desta forma, permeada no contexto da saúde, temos o que chamamos de ato de violência (IANNI, et al. 2014).

A palavra “ato” significa para um ser vivo movimento adaptado a um fim, ação: ato instintivo, voluntário. Já a palavra “violência” deriva do Latim “*violentia*”, que significa “veemência, impetuosidade”. Mas na sua origem está relacionada com o termo “violação” (*violare*). Portanto, ato de violência é uma ação de violação, no caso da violência obstétrica, a violação de direitos no período gestacional. A OMS e o MS brasileiro definem violência como um fenômeno multicausal, de múltiplas manifestações e naturezas, epidemiologicamente importante e que requer uma abordagem específica de seus fatores e contextos. Suas consequências afetam de maneira ampla a sociedade, os indivíduos e também o setor da saúde, com imposição de novos problemas para o atendimento médico.

O tema da violência, na área da saúde é atravessado pela visão epidemiológica, que privilegia a incidência do fenômeno. Estudos epidemiológicos demonstraram que, ao lado do maior controle profissional das doenças infecto-contagiosas, o aumento das mortes e lesões causadas por violência mudou o perfil da mortalidade e da morbidade nas últimas décadas no Brasil e no mundo. No país, as mortes provocadas por violência ou por acidentes (“causas

externas”) ocupam o segundo lugar no perfil de mortalidade entre os brasileiros, sendo a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 5 a 49 anos. Assim, a alta incidência de violência, em escala tanto nacional quanto mundial, e o problema de seu impacto na vida de pessoas e coletividades fizeram da questão da violência uma prioridade de saúde pública (SARTI, 2008).

É importante considerar uma pergunta sobre a legitimidade da violência: Quem define o que é violência? A definição de violência é um campo de disputa por déficit de legitimidade da pessoa que a declara de prática violenta, não há formação estática. A violência é um conceito social e historicamente mutável em relação às posições de poder envolvidas. A violência consiste em dois elementos: um elemento de competição política e um elemento de consenso respeitando a natureza do violento, isto é, em grau de consenso entre os envolvidos no que atende aos requisitos do que é ser considerado violência. Está implícito aos discursos sobre a violência obstétrica, uma disputa sobre a legitimidade de sua definição e que, neste processo, a nomeação objetiva e os significados subjetivos atribuídos a certas práticas obstétricas como violentas se entrelaçam (BELÉN, 2016).

Para as Ciências Sociais dedicadas à saúde, a compreensão do tema procura seguir uma postura e prática interdisciplinar. O tema da violência começou a instigar as Ciências Sociais no contexto da transição democrática, no âmbito das questões relativas aos direitos humanos, após anos de arbítrio e de governos fundados na coerção. Como fenômeno complexo, a violência encerra discursos diversos: o jurídico, baseado nas normas e leis; o sociológico, em torno das suas causas, da sua dinâmica social, acomodação e conflito; o político, relacionado a propostas vinculadas à segurança do Estado e do cidadão; o psicológico, interessado nos sentimentos e atitudes; o sensacionalista, que explora a expressão dramática da violência, individualizando os fatos. Portanto, trata-se enfim de um problema intrincado, que antes de ser ponto de partida, é, na verdade, um feixe de muitos nós e fios (CANESQUI, 1998).

O estudo da epidemiologia da violência, de acordo com Canesqui (1998) remete à epidemiologia da desigualdade, acentuando a precariedade das condições de vida, numa sociedade marcada pela iniquidade na apropriação dos meios de produção e renda. Esta sociedade alimenta formas de abuso do poder econômico e modos irracionais de vida, legitimando o uso irracional do automóvel, as indústrias poluentes e os processos de trabalho insalubres.

2.5.1 COMO A VIOLÊNCIA ENTRA NO ATO PROFISSIONAL?

Quando o tema da violência obstétrica é abordado, muitas indagações emergem, dentre elas estão: como a violência entra no ato profissional? Como a violência emerge nas narrativas de

saúde e como os profissionais elaboram concepções sobre violência? Essas são perguntas que não possuem respostas fechadas ou estruturadas, pois além de serem permeadas pelo campo social que está em constante processo de mudanças, também é permeado pela complexidade subjetiva.

Assim, a violência representa, atualmente, um importante desafio para os profissionais da saúde, uma vez que a organização de seus atendimentos está centrada num modelo biomédico, marcado por uma lógica de relações lineares de causa e efeito entre os fenômenos. A violência se expressa como uma epidemia social que rejeita o modelo biomédico, cujo conhecimento é focado em intervenções técnicas circunscritas às doenças estudadas. A violência é complexa, suas causas e efeitos estão integrados num sistema de mútuas influências. Essa problemática representa um obstáculo no cenário da educação médica, pois a formação de profissionais de saúde preparados para enfrentar as variáveis envolvidas na questão da violência exige modelos de ensino que contemplem a saúde em seu sentido biológico, social e psíquico, de modo integrado e prático (OLIVEIRA, et al. 2011).

A violência sob o ponto de vista dos profissionais da área da saúde é uma relação dinâmica, pois quando o perpetrador se torna vítima, torna-se uma relação simetricamente moral. A posição dos profissionais da área da saúde torna-se difícil e vulnerável, quando estes ficam à mercê das condições de trabalho postas pelo sistema de saúde e pela falta de modelos de ensino que abrangem a temática sobre violência. A seguir, será apresentada a pesquisa de Oliveira que consistiu em realizar uma análise sobre situações pessoais e profissionais de violência.

Oliveira (2011) realizou um estudo que consistiu em realizar 17 entrevistas com profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde - (UBS) no Brasil. A pesquisa retrata que na trajetória de vida pessoal dos profissionais, são localizadas vivências como formas de violência, principalmente doméstica, incluindo relatos de indivíduos vítimas de agressões físicas na infância. As situações pessoais e profissionais de violência influenciam a aprendizagem da temática por esses indivíduos, já que em seus relatos sobre os aspectos formativos da questão, nota-se carência de informações a respeito da violência. A equipe de enfermagem expôs que em sua graduação, teve uma aula expositiva com essa temática. Já entre os médicos entrevistados, houve consenso de que o tema violência é pouco abordado na graduação, porque não é focado academicamente nos currículos das escolas médicas.

Os profissionais, em relação ao respeito à autonomia da paciente, possuem um discurso frequente, assim como a referência ao comportamento uniforme dos médicos enquanto bons médicos a todos os pacientes. A violência ocorrida é atribuída à qualidade técnica e tecnológica da prática obstétrica de alguns profissionais, mas o discurso com caráter de exceção é enfático, situando a violência obstétrica em nível comportamental. Contudo, as mulheres brasileiras são

testemunhas de que a regra da ginecologia e obstetrícia é o respeito e o atendimento qualificado. Assim, o discurso sobre a violência obstétrica, entende-se também como violência contra o obstetra, a maneira superficial com que o tema tem sido abordado colocando o obstetra/ginecologista sempre como algoz (PALHARINI, 2017).

Palharini (2017) aponta que dicotomicamente, é a mesma centralidade da mulher enquanto vítima que move políticas públicas, pesquisas e movimentos sociais quando a questão é realmente sobre ser vítima do abuso de intervenções e da violência obstétrica. Mas nesse caso, o discurso médico hegemônico inverte a lógica, colocando como maiores vítimas os obstetras que, bem-intencionados e acima de qualquer demérito, estariam sendo alvo de injustiças ou das condições inadequadas de trabalho, impedidos, dessa maneira, de exercitar a boa prática. A profissão é o tempo todo reafirmada em termos de excelência e da exclusividade para uma assistência completa, em paralelo à defesa da violência como uma questão individual e comportamental de alguns profissionais.

Assim, o discurso biomédico hegemônico, centra seus argumentos na noção de risco do parto vaginal e na justificativa do excesso de procedimentos como necessários à boa prática obstétrica. Contudo, no que diz respeito ao discurso do movimento pela humanização do parto e nascimento, cabe mencionar que a noção de risco também se constitui como argumento importante, à medida que dados de morbimortalidade materna e neonatal associados à cesariana desnecessária e a outras intervenções obstétricas – que culminam, muitas vezes, em uma cesárea desnecessária – também têm sido mobilizados para criticar o modelo hegemônico de assistência. Por outro lado, a percepção de que o discurso biomédico hegemônico tem encarado esse momento ainda com grande resistência, é notória (PALHARINI, 2017).

Dada a resistência, e o fato de que o parto virou um evento hospitalar, para 98,4% da população brasileira o nascimento acontece dentro de clínicas e hospitais, lugares que nos últimos anos passaram a ter “clientes” ao invés de pacientes, evidenciando que a saúde, cada vez mais, deixa de ser um direito universal e um dever do Estado, para se tornar um produto, com foco no lucro do empreendimento e não no bem-estar. Essa estrutura empresarial, ao contrário de prevenir ou impedir as práticas consideradas como violência obstétrica, cria um ambiente favorável para que tais condutas se estabeleçam e perpetuem (VALLE, 2017).

Permeado pelo discurso da mercantilização, o agendamento do parto cirúrgico tem sido identificado como uma das causas responsáveis pelos altos índices de cesarianas no país, no entanto, existem defesas permeadas por interesse sobre esse tipo de procedimento no país. O termo “cesárea a pedido” tem sido utilizado como sinônimo de cesárea eletiva, na tentativa de transferir a responsabilidade à mulher por suas escolhas, apresentado sob o discurso do respeito à

autonomia da mulher (PALHARINI, 2017).

Desse modo, Palharini (2017) destaca que o direito à escolha parece ser uma falácia, uma armadilha imposta às mulheres, que reside em um fato conceitual: não é a autonomia reprodutiva das mulheres que o discurso biomédico hegemônico afirma respeitar, mas a mulher enquanto vítima – de um atendimento obstétrico supostamente ultrapassado e com condições de trabalho inadequadas para o obstetra; de um sofrimento desnecessário do parto vaginal frente aos avanços farmacológicos e tecnológicos; da omissão do Estado de seu acesso ao padrão ouro da assistência obstétrica, a cesárea; e de sua condição impotente que necessita da tutela médica. A mulher enquanto transportadora do produto a ser esperado, com seu papel diminuído no binômio materno-fetal, necessita do aval do profissional de saúde para o exercício de sua autonomia, tornando-se uma noção extremamente atualizada nesses discursos.

O que o discurso desses profissionais e entidades evidencia, sobretudo, especificamente sobre a problemática da violência obstétrica, é que a resistência para transformações técnico-científicas a partir das evidências é maior do que as próprias evidências científicas. Há uma rejeição inicial em se aceitar que a violência existe simplesmente porque ela tem sido atrelada, pelos órgãos oficiais, pelas pesquisas e pelos movimentos sociais, não à exceção de comportamentos inadequados ou inabilidade profissional, mas a uma relação médico-paciente autoritária e a procedimentos inadequados que fazem parte do protocolo comum. O paradigma desse modelo e a própria cultura profissional obstétrica estão sendo colocados em xeque, e parece ser o incômodo manifestado nesse discurso centrado na retórica técnico-científica a favor de uma obstetrícia a-histórica e neutra, que não leva em consideração, que a técnica é política, e estão ‘encarnadas’ nas relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras (PALHARINI, 2017).

Palharini (2017) destaca que a desigualdade é afirmada por profissionais em várias publicações, nas quais o discurso é reforçado em termos de que quem paga tem melhores chances do que quem não paga. Assim, os riscos de violência no parto, bem como a impossibilidade da escolha pela cesariana nos atendimentos públicos, são colocados como a verdadeira face da violência e decorrente dos atrasos que caracterizariam a assistência oferecida pela rede pública.

Valle (2017) aponta que as clínicas e hospitais são empregadores de uma enorme massa de trabalhadoras, estimando-se que cerca de 80% dos profissionais de cuidado à saúde (enfermeiras, auxiliares e técnicas de enfermagem) são mulheres. É a noção de cuidado (de saúde à família), enquanto ação concebida como feminina e produto das “qualidades naturais” das mulheres, que fornece atributos e coerência ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho na saúde. Para a prestação do serviço de saúde são necessárias tanto as práticas do tratar, relacionadas à

atuação médica, identificadas como masculinas, científicas, portadoras de valores de verdadeira qualificação profissional, quanto às práticas do cuidar, relacionadas às atividades de enfermagem e nutrição, associadas às qualidades femininas e empíricas, divisão que justifica a desvalorização social e econômica das atividades do cuidar, onde se concentra a mão-de-obra feminina.

Essas trabalhadoras, responsáveis por receber a gestante para internação e dela cuidar até a alta hospitalar, não têm tempo para o afeto, para ouvir a paciente, olhar individualmente para cada mulher que ali chega para se tornar mãe, pois o importante é entregar o produto tal qual foi vendido: separar direitinho quem é atendido pelo SUS e por convênio particular, no último caso verificar qual o convênio e a validade, separar o material usado por cada convênio, além de preencher corretamente formulários e relatórios, cumprindo à risca as rotinas pré-determinadas, sem sentir, sem pensar, sem olhar ao redor. As pacientes não têm mais rosto nem história, têm um número de convênio, de prontuário, de ficha, e são atendidas por profissionais que igualmente perderam sua identidade para a fria estrutura empresarial, sendo meros números contabilizados entre ganhos e gastos da planilha do gestor (VALLE, 2017).

Valle (2017) aponta que mesmo os médicos, apesar de melhor remunerados, em comparação aos profissionais de apoio, também vivem o extenuante acúmulo de diversos vínculos de trabalho, para garantir um patamar salarial razoável. Além disso, estão cada vez mais doutrinados por conhecimentos extraídos de pesquisas financiadas por grandes laboratórios e empresas médicas, que pautam e direcionam essas pesquisas de acordo com seus interesses econômicos e não em prol do bem-estar humano, o que tem gerado uma formação e uma rotina médica onde igualmente resta pouco espaço para um olhar mais crítico e humano em relação às rotinas hospitalares, especialmente as praticadas no parto. É nesse ambiente hospitalar que encontramos mulheres submetidas aos maus tratos, aos cotidianos e repetidos casos de violência obstétrica que, não raro, são praticados por outras mulheres.

Curiosamente, o fato de a mão-de-obra ser predominantemente feminina não impede a rotina de desrespeito às parturientes. Qual a razão da passividade dessas trabalhadoras diante da violência obstétrica? A razão é que, em regra, não há espaço para solidariedade nas maternidades hospitalares; ao contrário, o parto hospitalar rompeu os vínculos de solidariedade feminina que existiam quando o nascimento era um evento doméstico, guiado por parteiras e comadres. Pior do que isso, a lógica mercantilista aliada às rígidas e incontestáveis verdades científicas praticadas nos hospitais, a estrutura extremamente hierarquizada, geram um ambiente onde as condições do pensamento se esvaziam, as rotinas de trabalho estimulam uma ação mecânica, onde não se pensa, apenas se executam ordens. Nasce, assim, uma categoria profissional incapaz de fazer julgamentos morais, esvaziada de reflexão, que aceita e cumpre rotinas e ordens sem questionar, como fruto da massificação, da imposição de rígida hierarquia e de procedimentos padronizados, onde não há espaço para reflexão sobre o sentido daquele trabalho (VALLE, 2017, s/p).

Um padrão que foi identificado na análise do discurso é justamente um desvio no enfrentamento da problemática da violência obstétrica. Os conselhos, associações e federações, por meio de suas publicações, acabam por deslocar o tratamento das questões das práticas e evidências para a justificativa de casos específicos e para a defesa do profissional. Essa omissão da discussão sobre a realidade obstétrica, sobre dados revelados por pesquisas conduzidas seriamente dentro das melhores universidades e instituições científicas do país, provoca um receio acerca do suporte dessas instituições. O tema da violência obstétrica é trazido em artigos, reportagens e debates promovidos por esses órgãos. Desta forma, o discurso se resume a uma retórica em que a causalidade das problemáticas é deslocada e vista como empecilho à conformidade das profissões da saúde (PALHARINI, 2017).

2.6 LEGISLAÇÕES E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Diante das constatações sobre ocorrências de violência obstétrica nos últimos anos, o sistema jurídico brasileiro identificou a necessidade de discutir leis específicas sobre a temática. Neste sentido, o Brasil possui legislação genérica protetiva para tratar da violência obstétrica. A legislação específica que trata da violência obstétrica, está em processo de tramitação na câmara dos deputados, o PL (Projeto de lei) 2589/2015, do deputado Pr. Marco Feliciano, que dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Este Projeto de lei está em situação: aguardando designação de relator na comissão de seguridade social e família (CSSF).

A exemplo das leis vigentes no País, recentemente foi sancionada a lei nº 17.097 de 17 de janeiro de 2017, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, sendo uma lei estadual, vigente apenas no Estado de Santa Catarina – SC.

Figura 2 - Lei 17.097 combate a violência obstétrica



FONTE: Assembléia Legislativa de Santa Catarina, 2017.

A imagem acima referente a Lei nº 17. 097, traz frases típicas relacionadas à violência obstétrica: “Na hora de fazer você gostou né”, “Não chora não, porque ano que vem você está aqui de novo”, “Se continuar com essa frescura eu não vou te atender”. A imagem inicia com a frase: “Agora é Lei! Lei nº 17. 097 combate a violência obstétrica” e traz a serenidade de um recém nascido no colo de sua mãe. Mas será que a Lei é o suficiente para combater a violência obstétrica? Penso que pode ser um caminho para minimizar os índices de ocorrências, mas para combater, longos caminhos devem ser trilhados.

Ao trazer essa discussão para a realidade do Paraná, temos a Lei nº 14.598 de 16 de janeiro de 2015, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal¹³, visando principalmente a proteção destas contra a violência obstétrica no município de Curitiba, sendo uma lei municipal, vigente apenas no Município de Curitiba-PR.

13 A PORTARIA Nº. 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005 Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No Brasil está em tramitação projetos que buscam tornar lei a humanização do atendimento no parto e criminalizar a violência obstétrica. Assim, se as leis forem instituídas e aplicadas, mais à execução das medidas expostas pela OMS será um grande passo para diminuir os índices de ocorrências de violência obstétrica. Neste sentido, de forma a regulamentar os atos e a reduzir os índices de violência no parto, além das discussões na OMS, MS e MP/PR, os projetos de lei propõem:

- **PL (Projeto de lei) 7.633/2014** (na Câmara), do deputado Jean Wyllys, estabelece que médicos e profissionais de saúde devam dar prioridade à assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido no ciclo da gravidez até o pós-parto. Os hospitais deverão respeitar o limite de 15% de cesáreas, recomendado pela Organização Mundial da Saúde. Esta PL está em situação: Apensado ao PL 6567/2013.
- **PL (Projeto de lei) 2589/2015** (na Câmara), do deputado Pr. Marco Feliciano em tramitação na Câmara dos deputados, que dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Esta PL está em situação: aguardando designação de relator na comissão de seguridade social e família (CSSF).
- **PLS (Projeto de Lei do Senado) 8/2013**, do ex-senador Gim, obriga a obediência às diretrizes e orientações técnicas e o oferecimento de condições que possibilitem a ocorrência do parto humanizado nos estabelecimentos do SUS. Já aprovado no Senado e remetido à Câmara, foi motivado pelos esforços da Rehuna, coletivo de profissionais de saúde em Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Esta PLS está em situação: Aprovada por Comissão em decisão terminativa.
- **PLS (Projeto de Lei do Senado) 75/2012**, da senadora licenciada Maria do Carmo Alves (SE), proíbe que a gestante detenta seja algemada durante o parto. Esta PLS está em situação: Aprovada por Comissão em decisão terminativa.
- **PEC (Proposta de Emenda à Constituição) 100/2015** (na Câmara), do deputado Veneziano Vital do Rêgo, disponibiliza equipe multiprofissional para atenção integral no pré-natal, parto e pós-parto, pelo SUS. Esta PEC está em situação: Aguardando Criação de Comissão Temporária pela mesa.

Enquanto as legislações não são implementadas, as ocorrências e denúncias continuam a crescer no País. De acordo com a nota divulgada no portal “Bem Paraná”, em 2017, aponta que no Paraná com o passar dos anos foi identificado que o número de denúncias de ocorrências de violência obstétrica está aumentando. As denúncias são realizadas através do Ministério Público do Paraná - MP/PR, que criou um canal para o recebimento de denúncias por meio do Núcleo de Promoção da Igualdade de Gênero da instituição - NUPIGE. Em 2018, foram registradas 18 ocorrências no Paraná, sendo três em 2015, nove em 2016, e seis em 2017. Um número ainda baixo (são 18 casos em três anos), especialmente se levar em consideração que o problema atinge uma em cada quatro brasileiras, segundo pesquisa publicada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo.

Diante das ocorrências e dos números de registros, o tema violência obstétrica está deixando de ser um tabu, para ser debatido e enfrentado, todavia no Paraná os dados registrados

contrariam o número real de ocorrências, pois grande parte destas não é registrada/denunciada. Portanto, partindo do pressuposto do número de registros, ainda não é início de um novo ciclo sobre o tema ou nova perspectiva para a política pública. No âmbito internacional, as políticas públicas já possuem uma lei nacional que criminaliza as práticas de violência obstétrica, como a Argentina por meio da Lei 26.485/2009, que define violência obstétrica como: “aquela exercida pelos profissionais da saúde caracterizando-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, através de um tratamento desumanizado, abuso da medicação e patologização dos processos naturais”. E na legislação da Venezuela, a lei intitulada: Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia - G. O. (38668 de 23 /4/2007) (Conjur, 2015).

No Paraná, embora não exista uma legislação específica, o MP/PR está enquadrando os casos de violência obstétrica em tipos penais existentes, como lesão corporal, crime contra a honra ou omissão de socorro, com exceção do Município de Curitiba - PR, que conta com uma lei municipal que dispõe sobre a implantação de medidas de informação à gestante e parturiente sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal (Portal Bem Paraná, 2017).

As discussões acerca da violência obstétrica no Paraná estão no estágio inicial do processo, caminhando a passos curtos. Em 2017, o MP/PR lançou uma Campanha contra a Violência Obstétrica. A promotora de Justiça Mariana Seifert Bazzo, responsável pelo NUPIGE do MP/PR, salientou alguns motivos para a necessidade da implementação da campanha. Um deles foi de que: "As vítimas de violência obstétrica ainda não se reconhecem como alguém cujos direitos foram violados, tanto por um aspecto cultural, já que a sociedade ainda 'naturaliza' esse tipo de violência de gênero, como pelo próprio desconhecimento acerca da legislação que existe sobre o tema" (Revista Guia, 2017).

Em nota, a Revista Guia (2017) destaca que a atuação do MP/PR na promoção da humanização do parto e no enfrentamento à violência obstétrica ocorre, principalmente, por meio de ações de conscientização e difusão de informações. Em 2016, o MP/PR, participou de várias discussões e esclarecimentos de muitas dúvidas existentes a respeito do tema. Na capital, Curitiba, é realizado acompanhamento junto às maternidades pertencentes à rede pública de saúde para verificação quanto à implementação das recomendações¹⁴ da OMS, para a abordagem sobre a violência obstétrica e o cumprimento das diretrizes da Rede Mãe Paranaense.

Mesmo que algumas medidas já tenham sido implementadas pela OMS e MS, a conjuntura atual mostra o quanto precisamos de uma intervenção emergencial para reduzir os índices de

14 Referem-se às 05 medidas da OMS, citadas na apresentação.

ocorrências de violência no período gestacional, mas as leis que dispõem sobre a violência obstétrica no Brasil e os projetos de leis caminham a passos curtos, não temos uma lei nacional, ao passo que países como Argentina e Venezuela já tipificaram a violência obstétrica como crime, deixando claro que no Brasil esse tema não é prioridade nas agendas públicas do cenário político.

3 DIMENSÕES COLETIVAS, EXPERIÊNCIAS INDIVIDUAIS

3.1 A ENTRADA NO CAMPO

Até aqui o trabalho procurou demonstrar todo o processo de lutas a respeito da violência obstétrica. Anunciei, acima, que o capítulo anterior seria construído a partir de dados exclusivamente teóricos. Esses dados foram construídos em sintonia com o campo a partir das necessidades que este apresentava. Abordar dados históricos da construção da política de saúde, entender a violência, o pensamento social da saúde e compreender como a violência entra no ato profissional foram norteadores para os passos seguintes.

Como nos capítulos anteriores, este capítulo trará dados que surgiram em campo, assim irei iniciar com a descrição da trajetória de entrada no campo, abordar as relações de poder de profissionais da área da saúde, a relação de poder entre ciências, falar sobre gênero e transcrever as narrativas dos profissionais da área da saúde. Para apresentar a entrada no campo, irei rememorar o objetivo da presente dissertação, que busca compreender, pelos caminhos das Ciências Sociais e através da Antropologia, como gestantes e profissionais da área da saúde participam da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica no Estado do Paraná, no período de 2017 a 2018. Para traçar a trajetória da entrada no campo, é importante frisar que o período de 2017 a 2018 ao qual o estudo delimita não é o ano em que as ocorrências aconteceram, mas sim o ano em que foram narrados após a identificação das pessoas com o termo violência obstétrica.

Como mencionado anteriormente, a escolha do objeto de estudo nasceu a partir de uma experiência pessoal impactante que vivenciei no ano de 2014 no HUM. Na ocasião, eu estava na companhia de meu pai que havia passado por uma cirurgia ortopédica, quando presenciei um ato de negligência e violação dos direitos de uma mulher que estava em trabalho de parto. A partir deste momento, imaginei que esse ato vivenciado de forma espectadora tinha um nome, e fui pesquisar sobre, foi quando conheci que essas práticas eram reconhecidas como “violência obstétrica”. Também a partir do relato de parto da minha mãe, na ocasião meu nascimento, que foi vivenciado por ela de forma angustiante e trouxe lembranças negativas no decorrer de anos. Após ouvir durante anos o relato de parto da minha mãe, foi singular para mim saber que o vivenciado pela minha mãe foi reconhecido por ela como violência obstétrica.

Pesquisei sobre o tema na especialização, e com este estudo prossegui com as pesquisas relacionadas a este tema de grande relevância social. A princípio essa pesquisa teria como proposta “Abordagens sobre violência obstétrica no processo de ensino-aprendizagem”, com o

objetivo de analisar o processo de aprendizado dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, visando identificar o saber e reconhecimento da temática de violência obstétrica no decorrer do ensino no HUM.

Nesta perspectiva, o campo seria construído a partir de observações e coleta de depoimentos dos residentes do HUM. As observações teriam por objetivo construir uma análise do cenário onde o parto acontece para instrumentalização do processo de aprendizado dos residentes no que se refere à temática violência obstétrica. Já os depoimentos se dariam conforme disponibilidade do (a) profissional que protagoniza o cenário do nascer, com o objetivo de compreender se este (a) possui conhecimento sobre a temática levantada. Portanto, a prévia escolha do local seria a partir da vivência que tive no ano de 2014.

A frustração no andamento da proposta aconteceu ao submetermos o pré-projeto na Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas - COREA do HUM. Passadas algumas semanas, obtivemos a negativa da realização desta pesquisa com alguns dizeres: “O Programa de Residência Médica do HUM atende às diretrizes do Ministério da Educação - MEC¹⁵/Ministério da Saúde¹⁶ - MS. O residente já é profissional habilitado em medicina, com registro no Conselho Regional de Medicina - CRM, e responsável por seus atos”. Os partos no HUM são realizados em centro cirúrgico, considerando que para a entrada e permanência neste ambiente é necessário treinamento, além de rouparia/uniforme adequado, que são itens indispensáveis para permanência no Centro Cirúrgico, desta forma onerando a Instituição HUM”. Após a negativa e em contato com a comissão, compreendemos a colocação do Hospital e justificamos que poderíamos custear a pesquisa, mas ao final do diálogo foi exposto que naquele momento não era de interesse do HUM este tema de pesquisa na instituição, considerando todas as justificativas expostas no parecer.

A frustração foi o sentimento que veio à tona neste momento, pois a negativa não se tratava de questões puramente metodológicas, ou de reestruturação teórica, mas sim do não interesse em relação ao tema. Afinal, o que esse tema poderia trazer à tona quando pesquisado em uma Instituição Hospitalar? Penso que o tema violência obstétrica ainda é um tabu entre as classes de profissionais da saúde e principalmente entre os gestores de Instituições Hospitalares, pois no imaginário destes, podemos ir além do fato de pesquisar esse tema no processo de ensino-aprendizado e sim podem recuar de despertar a reflexão e conhecimento do tema entre as

15 O Ministério da Educação é um órgão do governo federal do Brasil fundado no decreto n.º 19.402, em 14 de novembro de 1930, com o nome de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, pelo então presidente Getúlio Vargas.

16 O Ministério da Saúde (MS), no Brasil, corresponde ao setor governamental responsável pela administração e manutenção da Saúde pública do país.

gestantes e profissionais, e fomentar possíveis denúncias ou necessidade de alteração do sistema interno.

Conforme aponta Canesqui (2011) apesar da expansão positiva da atividade editorial na Saúde Coletiva e da ampliação dos meios de divulgação, verifica-se a hegemonia de alguns periódicos institucionais em detrimento de outros, não se isentando a atividade de produção e divulgação científica de relações de poder e dominação de alguns grupos institucionais sobre os outros, distantes dos centros decisórios editoriais. Tudo isso suscita correção e reflexão, e é insuficiente recusar as regras de produtividade acadêmica, mas aperfeiçoá-las é preciso. Há que abrir as ciências sociais e humanas em geral e as da saúde, especificamente para torná-las mais flexíveis ao diálogo interdisciplinar, à conquista de novos espaços institucionais junto aos diferentes níveis dos cursos formadores de profissionais de saúde, assim como no alcance do maior equilíbrio das diferentes áreas componentes da Saúde Coletiva. Essa relação de força e poder pode ser nitidamente observada na negativa do HUM à proposta do Projeto de pesquisa. O não interesse ao tema, não é um discurso duro e puro, pois vários vieses giram em torno desta decisão e uma delas é o poder do controle.

No ambiente acadêmico, muitas relações podem ser construídas, no campo as relações de poder ficaram evidentes entre o poder e o saber. As ciências da saúde diante das ciências sociais se coloca em um patamar hierárquico muito alto, onde sempre está acima. Essa análise pode ser primária, mas é de suma importância quando se trata da compreensão desta relação, o poder entre ciências. Para Foucault (2001) desde o momento em que se pode analisar o saber em termos de região, de domínio, de implantação, de deslocamento, de transferência, pode-se apreender o processo pelo qual o saber funciona, como um poder que reproduz os seus efeitos. Existe uma administração do saber, uma política do saber, relações de poder que passam pelo saber e que naturalmente, quando se quer descrevê-las, remetem àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região, território.

Assim, a partir da negativa do HUM seguimos em frente, e não desistimos de pesquisar sobre a temática. Quando decidimos que o tema seria discutido pelos caminhos das Ciências Sociais e através da Antropologia, optamos por pesquisar sobre a construção social de uma categoria por meio de narrativas. Neste momento, consegui perceber o quão único esse caminho se formou, pois ao trilhar a perspectiva de olhar o objeto sob a ótica da Antropologia me deparei com um grande desafio, mas também com grandes possibilidades para estudar o objeto a partir desta ciência.

Assim, a Antropologia, como ciência da modernidade, coloca seu aparato teórico construído no passado, com possibilidade de no presente, explicar e compreender os intensos

movimentos provocados pela globalização, sendo que de um lado estão os processos equivalentes da ordem social mundial e, de outro, contrariando tal tendência, a reivindicação das singularidades, apontando para a constituição da humanidade como única e diversa. Neste sentido, a trajetória da Antropologia tem sido a de avaliar as diferenças sociais, étnicas e outras com a finalidade de proporcionar alternativas de intervenção sobre a realidade social de modo a não negar as diferenças (GUSMÃO, 2008).

Aproximar o olhar antropológico sobre a violência obstétrica foi um grande desafio, e neste ponto, percebi o quanto era necessário exercitar as leituras para transitar no universo das Ciências Sociais. E para trilhar esse caminho, optamos por utilizar a perspectiva etnográfica sobre os relatos, seus sujeitos e contextos. Mais do que observar, receber relatos ou vivências, a perspectiva etnográfica pede que sejamos tocados pela conjuntura. A perspectiva etnográfica foi uma adoção de investigação científica para demonstrar como esta abordagem de pesquisa traz contribuições importantes ao campo das pesquisas qualitativas (MATTOS, 2011).

A perspectiva etnográfica permite analisar a natureza processual, as formas como as relações são construídas nas interações interpessoais desenvolvidas no âmbito social, e oferece a possibilidade de combinar uma análise detalhada de comportamentos, e seus significados no dia-a-dia de interação social. Na perspectiva etnográfica existe o interesse da sociedade local ou grupo estudado em descobrir e relatar o mais detalhadamente possível todos os tipos de variações que ocorrem dentro de determinado grupo (MATTOS, 2011). Nesta pesquisa o grupo estudado foi o dos profissionais da área da saúde que reconheceram a vivência da violência obstétrica, e também das mulheres que vivenciaram e reconheceram a vivência da violência durante a gestação, parto e/ou pós parto; de pessoas que presenciaram e reconheceram a vivência na vida de mulheres de seu convívio social e de relatos publicados na internet.

Considerando toda essa conjuntura, minha entrada no campo aconteceu a partir dos relatos que meu esposo trazia da sua prática profissional, aqui vale destacar que meu esposo é Ginecologista e Obstetra, então posso dizer que tenho um dos meus objetos de pesquisa em casa. De primeiro momento ao relatar ao meu esposo que iria pesquisar sobre este tema em 2015 (ano da minha primeira pesquisa), a recepção foi de estranhamento do termo “violência obstétrica” e falta de conhecimento da temática, soou como uma pesquisa que iria contra as práticas dos profissionais de saúde, tanto para meu esposo, quanto para os colegas da área da saúde.

Ao explicar do que se tratava a compreensão dos profissionais, e dado a importância do tema foi nítida, neste ponto considero importante destacar que o tema violência obstétrica não é visto no processo de formação em medicina, e também não faz parte do currículo do curso, motivo que causou estranhamento de primeiro momento nos profissionais e motivo pelo qual

nossa primeira proposta de pesquisa seria pesquisar sobre: “Abordagens sobre violência obstétrica no processo de ensino-aprendizagem”. A partir desse momento, ao discutir sobre a pesquisa com os demais profissionais da área da saúde do círculo social e profissional do meu esposo, tive acesso aos relatos dos profissionais da área da saúde, incluindo médicos e equipe de enfermagem que atuam em diferentes hospitais de cidades do Paraná.

Mas não é só das narrativas dos profissionais de saúde que o campo foi construído, mas também das mulheres que vivenciaram e reconheceram a vivência da violência durante a gestação, parto e/ou pós-parto; de pessoas que presenciaram e reconheceram a vivência na vida de mulheres de seu convívio social e de relatos publicados na internet. Até aqui temos um desenho do campo, mas como chegar até essas mulheres, com ter acesso e entrar neste tema que pode trazer a tona tantas lembranças e sentimentos? Foi neste ponto que decidimos que o campo seria construído de forma espontânea e que não necessariamente iríamos até ele de modo proposital. Sendo assim, o campo se construiu enquanto eu estava em espaços públicos falando sobre o tema, seja apresentando um artigo em um congresso, seja no ambiente de trabalho, na Universidade, na roda de amigos, ou entre familiares. Assim, as narrativas não foram um dado da realidade, mas sim um ponto de vista a partir da vivência de cada interlocutor, no qual foram narradas sob a ótica de quem vivenciou, ou presenciou, sendo que em grande parte a experiência do nascimento foi relatada como um momento traumático, causador de angústia.

De primeiro momento o estranhamento e falta de conhecimento do termo violência obstétrica também se deu entre as gestantes e pessoas que presenciaram a vivência, como com os profissionais, o termo não era familiar para a maioria das mulheres, todavia após conhecerem do que se tratava, a identificação e reconhecimento da vivência eram instantâneos. As mulheres que sabiam o que era violência obstétrica, já tinham assistido reportagens, ou realizado a leitura de algum estudo sobre.

No campo não competiu à análise e não foi objetivo do estudo avaliar se a narrativa exposta pelas mulheres ou profissionais da área da saúde, foi ou não um ato de violência obstétrica, pois o objetivo da pesquisa é compreender como gestantes e profissionais da área da saúde participam da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica, e não incumbe ao estudo “julgar” ou “investigar” se as pessoas sofreram violência obstétrica, mas ouvir, acolher e entender que para aquela mulher, ou profissional a experiência marcou sua vida de uma forma singular.

O campo mostrou a necessidade de além de aperfeiçoar e aprofundar as leituras sobre as ciências sociais, também apresentou a necessidade de realizar leituras sobre narrativas. Mas o que são narrativas? O campo, de certa maneira, já havia traçado uma parte desse percurso

metodológico, e me deparei com as formas singulares de narrativas, pois temos as narrativas de histórias de vida, de itinerários pessoais, de experiências terapêuticas, de consultas, de rituais, entre outras. Neste ponto surgiu a pergunta, qual narrativa devo utilizar? Foi neste momento em que busquei e o campo me mostrou que seria “narrativas de história de vida”, pois as mulheres vivenciaram a experiência do nascimento ao qual fez parte intrinsecamente da sua história de vida. E as narrativas dos profissionais, poderiam ser “narrativas de consultas, de rituais”, afinal o parto é um ritual, mas quando o campo me mostra que esses profissionais traçam essas experiências, a do parto de suas pacientes como parte de sua trajetória de vida, mesmo que vida profissional entendo que a melhor forma narrativa para descrever são as “narrativas de história de vida”.

Maluf (1999) ressalta que as narrativas de história de vida trazem mais fortemente a dimensão de desvendamento ou de revelação da pessoa, dando um sentido a sua experiência. As narrativas ouvidas pela interlocutora se inscrevem em um quadro social que valoriza a expressão pública, ou coletiva, das experiências íntimas e privadas das pessoas, pois as pessoas se reconhecem e se identificam com aquele contexto.

Os espaços coletivos, a partir da apresentação do tema, ou discurso sobre a temática, levavam as pessoas a falar de si, e de se reconhecerem no contexto da violência obstétrica. Maluf (1999) aborda que as narrativas pessoais que acontecem nos espaços coletivos é um momento importante de definição do ethos do grupo. Falar de si, de suas experiências pessoais, singulares e íntimas em uma esfera coletiva constitui, com efeito, um aspecto essencial da afirmação de si e da demarcação simbólica de uma identidade individual e coletiva. Nesse contexto, diferentes discursos e significados são expressos, sendo que o discurso reproduzido e confirmado mostra a adesão ao discurso do orador.

Assim, a pertinência de adotar a perspectiva etnográfica justifica-se a partir de narrativas diversas para o estudo das relações entre gênero e saúde. Como salienta Peirano (2009, pg. 53) a perspectiva etnográfica não tem início em lugar especial ou momento determinado; ela tem espaço dentro de nós, quando mobilizamos uma sensibilidade específica. Um evento do dia-a-dia transforma-se em narrativa, revelando que a perspectiva etnográfica não se define pelo meio de comunicação, mas pelo objetivo a que observação é submetida.

3.2 RELAÇÕES DE PODER

Foucault (2001) em sua obra: “A microfísica do poder”, discorre que para analisar as relações de poder só dispomos de dois modelos: o que o direito nos propõe (o poder como lei,

proibição, instituição) e o modelo guerreiro ou estratégico em termos de relações de forças. O primeiro foi utilizado e mostrou ao autor ser inadequado, pois sabe-se que o direito não descreve o poder. O outro, também é usado, mas se fica nas palavras: utilizam-se noções pré-fabricadas ou metáforas ("guerra de todos contra todos", "luta pela vida") ou ainda esquemas formais.

Neste ponto, considera-se que a negativa do HUM além do poder implícito, foi uma relação de força, não de força apenas de quem "pode" mais, mas de qual ciência detém a palavra final, deixando clara a sobreposição das ciências da saúde ao poder as possibilidades propostas por um projeto mergulhado no social discutindo um tema da saúde. Daí vem a seguinte pergunta, se o mesmo tema fosse apresentado com teorias da saúde, seria aprovado? Penso que ainda assim não, partindo do pressuposto da repercussão que os gestores temem que o tema poderia causar, mas talvez penso que sim quando o olhar volta-se para o objeto, o mantendo, mas direcionando à interesses políticos institucionais. Portanto, cabe à reflexão, tudo é possível no campo, quando os interesses caminham juntos.

Assim como já dizia Foucault (2001) as relações de poder nas sociedades atuais têm essencialmente por base uma relação de força estabelecida, em um momento historicamente determinável, na guerra e pela guerra. E, se é verdade que o poder político acaba a guerra, e tenta impor a paz na sociedade civil, não é para suspender os efeitos da guerra ou neutralizar os desequilíbrios que se manifestaram na batalha final, mas para reinscrever perpetuamente estas relações de força, através de uma espécie de guerra silenciosa, nas instituições e nas desigualdades econômicas, na linguagem e até no corpo dos indivíduos. A política é a sanção e a reprodução do desequilíbrio das forças manifestadas na guerra. As relações de poder estão talvez entre as coisas mais escondidas no corpo social.

Para Foucault (2001) o poder está em posição secundária em relação à economia, ele é sempre "finalizado" e "funcionalizado" pela economia, nesta perspectiva, podemos afirmar isso? Essencialmente como razão de ser e servir a economia, está destinado a fazê-la funcionar, a solidificar, manter e reproduzir as relações que são características dessa economia e essenciais ao seu funcionamento? O poder é modelado pela mercadoria, por algo que se possui, se adquire, sede por contrato ou por força, que se aliena ou se recupera, que circula, que herda esta ou aquela região? Ou, ao contrário, os instrumentos necessários para analisá-lo são diversos, mesmo se efetivamente as relações de poder estão profundamente intrincadas nas e com as relações econômicas e sempre constituem com elas um feixe? Neste caso, a indissociabilidade da economia e do político não seria da ordem da subordinação funcional nem do isomorfismo formal, portanto, essas indagações merecem a nossa reflexão.

3.3 RELAÇÕES DE PODER NA FORMAÇÃO E INTERAÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS COM AS CIÊNCIAS DA SAÚDE

A relação de poder entre ciências não está apenas entre as ciências sociais e da saúde. Dentro da formação em ciências sociais em saúde também existe a hierarquização do saber. Conforme destaca Canesqui (2008) a polêmica em torno do perfil dos intelectuais, praticantes das ciências sociais em saúde, se reflete nos critérios da composição da comissão, no reconhecimento de sua produção científica e identidade de seus praticantes. De um lado, incluem-se na categoria “híbrida” os não-detentores de graduação em ciências sociais e humanas, titulados nos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva ou naquelas ciências que acumularam grande experiência no ensino e pesquisa na subárea.

Assim, a introdução sobre a ciência e a modernidade é importante para mostrar como as ciências sociais e a antropologia tem permitido ver a construção da verdade e do conhecimento científico, de modo a problematizar a posição de verdade única e absoluta e de eficácia em que se coloca a biomedicina na qual se formam os estudantes. Desta forma, é grande a responsabilidade do professor, que deve auxiliar neófitos em antropologia, ainda se debatendo com suas certezas sobre a eficácia, a verdade e o poder da biomedicina e dos profissionais de saúde, que se vêem com realidades muito diversas das que conhecem. Uma mediação e uma responsável e respeitosa problematização conjunta com o grupo de estudantes apresentando seminário e seus colegas são cruciais para que esse exercício seja produtivo a todos e possa, assim, cumprir os objetivos de apresentar aos alunos a antropologia e levá-los a refletir e problematizar suas crenças e convicções (COHN, 2011).

De outro lado estão os auto designados como “puros”, cientistas sociais graduados nas ciências sociais e humanas, portadores de pós-graduação em Saúde Coletiva/ Saúde Pública ou naquelas ciências, concebidos como “verdadeiros detentores do conhecimento”, cujas relações acadêmicas no campo científico e na hierarquia de poder estabelecida em torno da autoridade científica empurram os “híbridos” para o estado liminar permanente e nas posições inferiores daquela hierarquia, muitas vezes independentemente da qualidade científica de sua produção - isto é, pela imposição de categorias classificatórias de inferioridade em relação à sua capacitação, comparada aos “puros” (CANESQUI, 2008).

Certamente os atuais critérios produtivistas de avaliação da produção acadêmica imbricam-se nessas e em outras questões mais profundas do campo do conhecimento, das estruturas decisórias de poder e de funcionamento da ciência e tecnologia. A inclusão recente dos livros e capítulos de livros nos critérios de avaliação da produção científica dos professores dos

curso de pós-graduação, pela CAPES, favoreceu um pouco as ciências sociais, faltando ainda conquistas na consolidação do seu maior status na Saúde Coletiva. Assim, o alcance do status na Saúde fica comprometido uma vez que os profissionais das ciências da saúde são resistentes com a inserção interdisciplinar das ciências sociais nas práticas profissionais e nas produções acadêmicas (CANESQUI, 2011).

A interdisciplinaridade enfrenta sérias dificuldades na construção de objetos híbridos no plano do conhecimento e na interlocução entre saberes disciplinares distintos e tensões no âmbito destas relações, de modo a não submeter um campo disciplinar a outro. A história das instituições médicas analisada nos estudos ressalta o poder disciplinador da medicina sobre a sociedade e o espaço urbano, suscitando revisões críticas por parte de outras correntes de análise histórica, ao relacionar as práticas sanitárias e os processos de urbanização como algo transposto dos países centrais para o Brasil (CANESQUI, 1998).

No entanto, as denominações disciplinares continuam a existir, institucionalizadas como formas de poder nas organizações corporativas, nos departamentos, nos programas de ensino, nos Congressos Científicos, nos periódicos e nas classificações bibliográficas, dentre outros dispositivos. E quanto ao subcampo das ciências sociais e humanas em interação com a saúde coletiva, vamos encontrar a dificuldade de delinear fronteiras como produções que podem ser encaixadas, por sua especificidade, na categorização disciplinar. Desta forma, as ciências sociais e humanas em saúde não constituíram um campo de conhecimento autônomo e, sim, um subcampo dessas áreas (MINAYO, 2013).

3.4 CORPO E GÊNERO NA ANTROPOLOGIA

As premissas para estabelecer uma antropologia do corpo são emblemáticas de algumas preocupações da época "pré-corpo". Em primeiro lugar, entende que a sociedade não é um ser nominal criado pela razão, mas um sistema de forças ativas. Não é um mero organismo singular, mas sim um fenômeno biológico, um produto do processo evolutivo, sendo a linguagem uma forma de comunicação entre outras. Em segundo lugar, todo o membro normal da espécie teria um repertório de estados somáticos e um potencial comum para alcançar estados alterados de consciência, mas também as mesmas propriedades específicas da função cognitiva. Em terceiro lugar, se a condição básica da sociedade é um estado que pode ser percebido pelas sensações de organismos individuais, as formas de interação não-verbais são fundamentais. Nesta perspectiva, a mente não pode ser separada do corpo (ALMEIDA, 2004).

Conforme destaca Almeida (2004) a elaboração de uma antropologia do corpo baseada em análises dos usos metafóricos e metonímicos dos símbolos naturais na reprodução da ordem social, resultam numa literatura sobre relações homólogas, definindo assim sistemas de classificação. Desta forma, os princípios subjacentes às teorias nativas são quase sempre vistos como exemplares dos princípios do holismo, da unidade e da inclusão. A isto se liga o clássico debate sobre a história e a diferença das noções de pessoa e indivíduo.

Ao trazer essa perspectiva para a realidade da violência obstétrica, é notório que a violência não se constitui apenas pela linguagem verbal, mas também pela corporalidade da linguagem não verbal. As sensações transmitidas, a linguagem não falada, mas corporalizada é uma das formas de ocorrência da violência. Em certo momento chegou até mim a fala de uma gestante de que quando estava conversando no momento do parto com um profissional de saúde a respeito de dúvidas que emergiram naquele momento, este profissional “virou os olhos para cima”, não disse nada e saiu. Essa linguagem não verbal a marcou, pois se sentiu ignorada ou como se fosse incabível sua pergunta.

A sociedade, embora em constante transformação, produz e reitera valores androcêntricos que reforçam a assimetria e poder das relações entre homens e mulheres, trazendo graves problemas, dentre eles a violência de gênero, referida como “qualquer ato de violência baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade na vida pública ou privada (FRANZOI, et al. 2011).

Em perspectivas estruturais, há o reconhecimento de que os sistemas classificatórios também são usados para legitimar hierarquias, diferenças e exclusões, de que pessoa e corpo não são prisioneiros de uma determinação social absoluta. E, no entanto algum determinismo social dogmático tem sido a pedra de toque das análises, o que nos tem impedido de incluir o corpo e a incorporação nas nossas agendas de investigação. Como se só houvesse duas possibilidades: ou a remissão (excludente) para o domínio do biológico, ou o mapeamento da ação das categorias sociais sobre os corpos enquanto argamassa e não-pessoas (ALMEIDA, 2004).

No contexto das hierarquias, diferenças e exclusões, a categoria gênero se faz presente. O gênero era um termo proposto por aqueles que defendiam que a pesquisa sobre mulheres transformaria fundamentalmente os paradigmas no seio de cada disciplina. As pesquisadoras feministas assinalaram cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas, como também iriam impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente. “Aprendemos”, escreviam três historiadoras feministas, “que inscrever as mulheres na história implica necessariamente na redefinição e no alargamento das noções tradicionais do que

é historicamente importante, para incluir tanto a experiência pessoal e subjetiva, quanto às atividades públicas e políticas (SCOTT, 1991).

Scott (1991) aponta que atualmente as feministas começaram a utilizar a palavra gênero seriamente, no sentido literal, como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos. No seu uso mais recente, o gênero parece ter aparecido primeiro entre as feministas americanas que queriam insistir na qualidade fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O gênero sublinhou também o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade. As que estavam mais preocupadas com o fato de que a produção dos estudos femininos centrava-se sobre as mulheres de forma estreita e isolada, utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico.

Assim, a inserção social e cultural específicas tem levado as mulheres a exercerem práticas sociais diferenciadas da dos homens, elas constroem uma memória e uma relação com a vida sexualmente diferenciadas. E, se bem que as diferenças de gênero não respondem por todas as diferenciações que marcam os processos mnemônicos de mulheres e homens, é visível que cada gênero se organiza e se inscreve socialmente a sua maneira, redesenhando e ressignificando seu próprio passado, configurando seu próprio discurso e construindo a sua própria auto-imagem (ZIMMERMANN e MEDEIROS, 2004).

E quando o ato de violência se configura pelo gênero? Na realidade da violência contra a mulher, os atos de violência se configuram neste contexto. Um estudo realizado em 14 serviços públicos de saúde no Brasil revelou que cerca de um quarto das mulheres sofreu violência grave por parceiro íntimo, incluindo socos, queimaduras ou uso de arma. Em torno de 20% afirmaram ter sido agredidas na gestação. Apesar da elevada frequência, a violência de gênero não é visível na sua totalidade, tanto pela subnotificação de casos quanto pela sua desvalorização, enquanto problema social, transgressão aos direitos das mulheres e como contexto instaurador de danos à saúde. A subnotificação das ocorrências acontece pela dificuldade de diagnosticar e registrar essa violência (FRANZOI, et al. 2011).

De acordo com Franzoi et al. (2011) profissionais de saúde afirmam que a guerra começa sempre em casa, referindo-se à violência de gênero que ocorre no espaço familiar em decorrência da falta de respeito mútuo. No entanto, esse discurso desconsidera que pode residir na iminência da perda do status quo por parte do homem, assim como na progressiva ocupação desse espaço pela mulher, desencadeando resistências. O fato de as mulheres vivenciarem anos em situações de violência afeta consideravelmente sua auto-estima e confiança, e diminui sua capacidade de reagir e de participar plenamente na sociedade. Além disso, em geral, elas não buscam apoio

para a solução do problema porque acham que suas demandas não serão acreditadas e sentem que não têm opções frente a pouca possibilidade de mudança, o que torna difícil qualquer iniciativa para enfrentar a violência.

Em sua pesquisa, Franzoi, et al. (2011) aponta que no Brasil, o SUS consolidou a Estratégia Saúde da Família - ESF como principal estratégia de reorganização da Atenção Básica. Na Estratégia, a territorialização da atenção à saúde tem possibilitado maior vínculo e proximidade entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, descortinando, dessa forma, problemas antes invisibilizados ou não reconhecidos como objeto passível de intervenção no setor saúde, como é o caso da violência de gênero. Por outro lado, a assistência é direcionada para entender assertivamente, pois seu objetivo final é responder às necessidades de saúde da coletividade. Contrariamente a essa intenção, estudos sobre a temática têm revelado que as práticas em saúde, voltadas para mulheres que vivenciam violência, têm sido desgenerificadas, de modo que a assistência prestada nem sempre considera a assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres, resultante de processos sociais mais amplos, como determinante da violência de gênero.

Com base nisso, tomou-se como objeto de investigação as concepções sobre violência de gênero dos profissionais da área da saúde. Essa compreensão pode oferecer elementos tanto para sua capacitação, como para a definição de políticas assistenciais no enfrentamento dessa violência. Além disso, pode despertar a visão crítica desses profissionais para intervir no processo saúde/doença das mulheres, de maneira articulada às suas necessidades (FRANZOI, et al. 2011).

E as relações de poder em Gênero? Acredita-se que a escolha do tema também implica em uma relação de poder, pois a memória feminina foi pouco aceita na historiografia machista e autoritária. Portanto, recuperar a memória feminina possibilita compreender como ela foi construída, podendo, assim, suscitar novas pesquisas e novos olhares para desconstruir a lógica da dominação masculina. Estas discussões são também uma proposta para descortinar outras relações de poder presentes no cotidiano, pois a história é dinâmica e não podemos retirar das mulheres seu papel de agentes históricos (ZIMMERMANN e MEDEIROS, 2004).

No entanto é sabido que as mulheres enquanto agentes históricos contribuíram para a construção de que não há sociedade que não tenha conhecimento e formas próprias de interpretar e proceder em relação aos fenômenos de saúde-doença das suas populações. Nesse sentido não é possível, portanto, desvincular o desenvolvimento das ciências da saúde do desenvolvimento das ciências sociais, tanto na história universal quanto na história recente do Brasil. Não há dúvida de que a relação entre os saberes das ciências sociais e das ciências da saúde marcou, e marca,

seguramente, o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, ainda que as ciências sociais tenham se desenvolvido, em larga medida, apartadas das questões da vida, fundamentais à compreensão dos processos de saúde-doença, uma relação que só ganhará relevância com o desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil (IANNI, et al. 2014).

3.5 NARRATIVAS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Agora vamos às narrativas dos profissionais da área da saúde. Os relatos chegaram até mim de forma espontânea após esses profissionais terem conhecimento desta pesquisa, e se reconheceram neste cenário. Após a apresentação do tema, os profissionais explanavam de forma espontânea, sem a necessidade de solicitação para tal. As narrativas que emergiram aconteciam em rodas de conversas informais seja em um jantar, em encontros de amigos, hospitais e em consulta médica. As narrativas foram transcritas na íntegra. Assim, os interlocutores desta pesquisa foram identificados como “Senhor (LETRA)” e “Senhora (LETRA)”.

As categorias profissionais que se propuseram às narrativas e que se reconheceram no cenário da violência obstétrica foram enfermeiros (as) e médicos (as) obstetras. A enfermagem é uma ciência que objetiva a implantação do tratamento de doenças e o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico. Já a medicina ginecológica e obstétrica surgiu a partir da compreensão no tratamento das doenças no aparelho reprodutor feminino, cirurgias, parto e gravidez.

A onda de novos desenvolvimentos científicos e a fomentação de novas ideologias nos fornece indícios para compreendermos o significado mais amplo da construção de uma saber específico e único sobre a mulher, retratado na ginecologia. A ginecologia veio a ser muito mais do que uma extensão da obstetrícia, ou mesmo da cirurgia, constituindo um campo de intervenção sobre a mulher, que ultrapassa o simples cuidado dos órgãos reprodutivos. A ginecologia, enquanto ciência da mulher fez parte de um sistema de classificação mais amplo, que envolvia a antropologia, e a ciência do Homem. Desta forma, a comparação entre as civilizações poderia determinar a construção de uma ginecologia etnográfica e antropológica (ROHDEN, 2002).

Para Rohden (2002) a diferença entre ginecologia e antropologia consiste principalmente em uma grande assimetria: enquanto a primeira tratava da mulher, frequentemente associada aos primitivos e às crianças, representando um homem incompleto ou incivilizado, a antropologia tratava da humanidade a partir do modelo masculino. Quanto à obstetrícia, esta é apresentada enquanto a parte da medicina que se ocupa da gravidez, parto e puerpério. Essa especialidade enfoca as manifestações da reprodução que se dão efetivamente no corpo feminino.

Várias categorias manifestaram-se no campo para a análise das narrativas dos profissionais da área da saúde, que de forma unânime, foram: Gênero e relações de poder. As relações de gênero e poder ficaram evidentes, principalmente no que se refere ao poder entre ciências e burocracias, fazendo com que a mulher não seja vista enquanto humana, mas enquanto o número de um prontuário.

A primeira narrativa foi da “Senhora F”, médica, relata:

Na madrugada de um plantão, uma gestante entra em trabalho de parto e fica prestes a dar à luz, sendo que no cenário dos nascimentos hospitalares muitos profissionais são envolvidos, dentre eles: médico obstetra, pediatra, instrumentador, equipe de enfermagem e auxiliares. Nesta madrugada, todos os profissionais envolvidos estavam à postos para o procedimento cesárea. Neste momento a gestante relata: “Estou ansiosa e na expectativa de ver o tão sonhado rostinho do meu bebê”. Ela se mostrava radiante na mesa do centro cirúrgico. [...] Alguns minutos depois, o bebê nasce e eis que a mãe ouve o choro do seu bebê e transbordada em um sorriso pleno e se emociona ao ver pela primeira vez seu bebê. Neste momento, uma integrante da equipe diz: “Vai ver o quão bom é esse choro às 3h da madrugada”... Instantaneamente todos da equipe ficaram em silêncio e perplexos com o que tinham acabado de ouvir. Mas o silêncio ficou no ar, pois felizmente a mãe não ouviu e não percebeu a fala, pois sua felicidade estava tão reluzente, que se sobressaiu e a “privou” de ouvir esse comentário desnecessário. Em silêncio, o cenário deste parto se encerrou.

Nesse relato é possível perceber que se trata de uma mulher ao relatar que a fala em “tom pejorativo” aconteceu. Valle (2017) discorre que temos, assim, uma enorme massa de mulheres mal remuneradas, desvalorizadas pela atividade que exercem exaustas de tanto trabalhar dentro e fora de casa, submetidas a rotinas intensas de trabalho, onde a última coisa que podem fazer é refletir sobre a realidade onde estão inseridas, ou seja, a mulher é desvalorizada em vários âmbitos sociais e no momento da atuação profissional muitas vezes o processo reflexivo por conta de toda a massificação que já sofreu, não acontece. Assim, trabalhadoras desvalorizadas e oprimidas pela rotina de trabalho atendem mulheres igualmente desvalorizadas na atividade reprodutiva, sendo esta uma relação permeada pelo gênero e o saber.

A próxima narrativa aconteceu a partir de uma experiência frustrante de um profissional da área da saúde. “Senhor G”, médico, explica:

É primordial ter profissionais capacitados e comprometidos na área da saúde, principalmente ágeis e eficientes para agir rapidamente quando há intercorrência”. “Senhor G” diz que no parto vaginal não existe a necessidade de ser no centro cirúrgico do hospital, mas em uma sala específica para tal finalidade. Neste dia estavam presentes na sala de parto o obstetra e a equipe de enfermagem. A gestante em meio às contrações e dilatações se esforça para que seu bebê nasça, a expressão de sua dor é evidente, mas a demonstração da expectativa de ver seu bebê também. Entre uma contração e outra, quando chegou na dilatação total, o bebê nasceu em meio a felicidade da mãe, a dor física falava mais alto, pois como o bebê era grande, houve laceração. O sangramento foi intenso, sem cessar. Ao solicitar a enfermeira que estava presente na sala os

instrumentos necessários para realizar o procedimento de contenção do sangramento e pontos na laceração, esta informa que não havia levado os instrumentos para a sala de parto e que teria que buscar... Penso, isso é incoerente, pois no cenário do nascimento todos os instrumentos devem estar à postos para uso, principalmente em intercorrências. Neste tempo de busca, iniciou uma luta contra o tempo, pois a parturiente estava com hemorragia. O clima entre profissionais ficou contido, para não “estragar” o momento singular da mãe e para ela não entrar em pânico devido ao ocorrido... No final, deu tudo certo e a parturiente ficou bem, mas poderia ter sido melhor.

Neste relato vemos as relações corporativas e de autoridade científica. Na narrativa, a questão de gênero fica evidente, pois se trata de uma mulher, a profissional que foi tida como ineficaz no seu âmbito de trabalho, mas se no âmbito hospitalar por vezes não faltam insumos para a atuação profissional, não levar os instrumentos foi um simples ato de esquecimento? Essa é uma reflexão importante. Conforme destaca Castro, et al. (2017) além da superlotação, fatores como a formação profissional dos componentes da equipe, e a estrutura física dos hospitais, que ainda mantém enfermarias com vários leitos nos quais as mulheres vivenciam o trabalho de parto, somada à falta de alguns insumos, também contribuem para a assistência insatisfatória.

Em um plantão, uma médica que passava pela sala de pré-parto no seu horário de trabalho, presenciou uma cena. “Senhora H” diz:

Ao entrar na sala percebi que a gestante presente estava a horas em jejum à espera do nascimento do seu bebê, como uma atitude de socorro essa gestante relata a enfermeira que estava na sala de que não aguentava mais de fome. A enfermeira diz: “Mãe, você tem que escolher entre comer e aguardar o nascimento do seu bebê, os dois não dá”. A gestante se mostrou chateada, pois a equipe não a orientou com precisão em que momento seria o parto, e a angústia e ansiedade em esperar por horas em jejum, ficou evidente. Após a reclamação da gestante, saímos da sala e orientei para que a enfermeira verificasse com a equipe médica quando seria o parto, para não ficar supondo quando seria e deixar a gestante com fome. Em meio ao ocorrido, a enfermeira verificou com a equipe médica quando seria o parto, que informou que seria no dia seguinte. A equipe médica logo notou o estranhamento da pergunta por parte da enfermeira, e esta disse, pergunto, pois, a paciente está em jejum desde ontem. Após a informação pontuei: É um absurdo deixar a paciente em jejum desde ontem, poderia ter entrado em hipoglicemia e o prontuário eletrônico está aqui para isso, é protocolo do hospital toda a equipe acompanhar o prontuário dos pacientes e onde você viu que não estava descrito o horário? Neste momento a enfermeira entra em silêncio e diz, eu não olhei o prontuário... a médica abre o prontuário e mostra, aqui o dia e horário descrito para realização da cesárea desta paciente. E destacou: É necessário mais atenção, pois essas coisas são sérias e não podem acontecer mais... Após o ocorrido, a gestante foi alimentada e no dia seguinte aconteceu o parto, foi tudo bem. Mas o desgaste e jejum desta gestante por horas, poderia ser evitado.

Nesse relato a relação de poder fica emergente. Mesmo que se trata de diálogos entre mulheres, não possuem uma relação profissional de “igual para igual”, onde a relação de hierarquização fica evidente. Claro que cada profissional independente de sua colocação deve realizar seu trabalho da forma mais adequada possível, principalmente na área da saúde onde

qualquer falha pode vir a ser fatal, mas o diálogo diante de equívocos profissionais são permeados pelo poder. Assim como pontua Foucault (2001) desde o momento em que se pode analisar o saber em termos de região, de domínio, de implantação, de deslocamento, de transferência, pode-se apreender o processo pelo qual o saber funciona como um poder e reproduz os seus efeitos. Existe uma administração do saber, uma política do saber, relações de poder que passam pelo saber e que naturalmente, quando se quer descrevê-las, remetem àquelas formas de dominação a que se referem noções como campo, posição, região, território.

O relato a seguir chegou até mim através de um profissional da enfermagem. “Senhor I”, diz:

Este nascimento trata-se de um parto cesárea particular/plano. Uma gestante primigesta entrou em trabalho de parto, esta optou por ter seu bebê com o obstetra que acompanhou seu pré-natal”. Ao entrar em trabalho de parto, logo seu médico foi informado de que o bebê iria nascer e este foi para o hospital. Ao chegar no hospital me deparei com toda a burocracia implícita na instituição hospitalar, pois queriam barrar o parto pelo plano, pois a gestante estava em período de carência no plano e foi informada que todos os procedimentos deveriam ser pagos por ela... Mas não havia tempo para burocracias, pois a gestante estava com a pressão alta e o parto deveria ser de emergência, e o bebê iria necessitar de uma vaga na UTI neonatal, e este hospital estava sem vaga. Foi uma corrida contra o tempo até encontrar vaga em outro hospital. Ao encontrar, o transporte deveria ser rápido de ambulância até o outro hospital, mas 20 minutos se passaram e a ambulância de prontidão estava aguardando, pois não foi autorizada a sair do hospital até concluir os trâmites de transferência. “Senhor I” entra em contato com a enfermeira chefe deste hospital para verificar com urgência essa liberação, pois trata-se de um parto de alto risco, e esta disse que estava muito corrido o plantão por isso não havia verificado antes, e por isso não havia liberado a ambulância.... “Senhor I” diz a enfermeira chefe: “A burocracia e a correria do plantão vale mais que duas vidas? ”... Imediatamente, após a fala, a ambulância foi liberada, pois o hospital iria responder caso houvesse danos à gestante e ao bebê. Ambos foram transferidos, e a parto correu tudo bem..., mas o transtorno poderia ter sido evitado, bem como a ansiedade por conta disso despertada na família.

Essa narrativa possui uma singularidade, trata-se de um profissional enfermeiro, do sexo masculino da equipe de saúde. Neste ponto, mesmo que a relação no que se refere ao quesito “hierarquia profissional” tenha sido de “igual para igual”, a questão de gênero fica evidente, uma vez que é um homem se dirigindo a uma mulher, como se nós mulheres sempre fossemos a detentoras do “erro”. Até o momento não me deparei com uma narrativa onde o homem se coloca nesta posição. Este é um dado de extrema relevância quando refletimos sobre o cenário da violência obstétrica, uma violência contra a mulher.

Essa narrativa foi enviada por um enfermeiro plantonista. “Senhor J” diz:

A gestante optou pelo parto cesárea por ser a via de parto que mais se sentia segura, todavia, além disso, havia indicação para tal. A gestante escolheu o obstetra que acompanhou seu pré-natal para realizar o parto, e também a pediatra, pois o bebê só pode ser retirado da barriga da mãe mediante a presença deste profissional, então

previamente a gestante já deixou de sobreaviso a Pediatra, pois queria que esta a acompanhasse no parto. Friso que no cenário do nascimento, muitas vezes o pediatra demora para chegar na sala de parto ou centro cirúrgico, o que causa transtorno para a equipe e gestante, pois o bebê não pode ser retirado sem a presença deste. Como a gestante havia deixado de sobreaviso tanto o obstetra, quanto a pediatra, esta ligou para o obstetra, e este foi para o hospital... estava tudo pronto para o parto, mas a gestante desejava uma pediatra específica, e não conseguiu contato com esta, mesmo a deixando de sobreaviso de que o parto poderia acontecer naquele final de semana. A pediatra estava com o celular desligado. A gestante preferiu esperar, e atrasou em alguns minutos seu parto na esperança da pediatra atender, todavia como esta não atendeu e não era possível mais esperar, o parto aconteceu com outra pediatra, o que nitidamente causou angústia na gestante. No pós-parto, mãe e bebê ficaram bem, mas sem sucesso no contato com a pediatra. Esse nascimento poderia ter sido exatamente como a gestante planejou e desejou, mas a falta de sucesso no contato com a pediatra que estava de sobreaviso causou angústia e sofrimento, que de forma visível foi exposto pela gestante.

Nesta narrativa podemos ver uma relação de sobreposição do saber científico em relação à gestante, que depositou sua confiança na pediatra ao qual havia deixado de sobreaviso naquela semana. Os vínculos gerados entre pacientes e profissionais quando quebrados geram muita frustração. Como destaca Valle (2017) é nas maternidades hospitalares que as esferas produtivas e reprodutivas se interpenetram se entrecruzam, na definição da situação do trabalho feminino, visto para além do mercado de trabalho. Com isso não se quer retirar a eventual responsabilidade individual de algum profissional da área de saúde nos casos concretos, a intenção é tentar enxergar a engrenagem que torna tão comuns e corriqueiras os atos de violência praticados no momento em que a mulher se torna mãe.

Esse relato aconteceu durante um plantão. Na ocasião eu estava aguardando atendimento no hospital e um profissional médico da área da saúde que me conhece, bem como sabe da pesquisa, chegou até mim e explanou:

Hoje o plantão está com muitas demandas, todavia uma fala em especial me chamou atenção, e para mim foi violência obstétrica tal situação. “Senhor K” relata que em meio a correria uma gestante deu entrada no hospital em trabalho de parto, essa gestante é usuária do SUS, mas desejava ter seu filho de parto cesárea. Todavia o SUS preconiza e prioriza o parto vaginal, sendo liberado a cesárea apenas quando há indicação... Essa gestante estava ansiosa e praticamente clamava pela via de parto ser cesárea, pois tinha medo do parto vaginal. Mesmo após todas as orientações, acolhimento, essa gestante permanecia ansiosa. Foi quando ao aferir sua pressão, foi constatado que estava alta, e no caso dela seria recomendado cesárea. Então, a partir desta intercorrência foi informado a gestante que sua via de parto seria cesárea. Nitidamente ela esboçou uma sensação de “alívio” e agradeceu, mas não se tratava de agradecer e sim foi uma indicação... Infelizmente o parto passa pelo processo de burocratização e essa gestante teria que abrir ficha para ser atendida, pois não havia feito isso antes do atendimento, mas como teve indicação de cesárea, teria que fazer (coisas... que só o hospital entende a necessidade para tal)... Nesse momento a gestante estava com seu esposo e duas profissionais na sala de atendimento, foi quando perguntei qual era o sistema utilizado pela gestante para abrir a ficha e logo uma das profissionais respondeu: “É sus né, óbvio”.. Essa fala foi em tom pejorativo e foi constrangedor, pois, independente se é SUS, particular ou plano, a pessoa não deixa de ser humana e merece o melhor tratamento possível... após essa fala agi como se nada tivesse acontecido e notei que a

gestante e o esposo perceberam o tom da fala da profissional, mas foi como se não tivessem ouvido, afinal o momento merecia um olhar especial e a atenção era com o nascimento. Logo conversei com o pai do bebê, perguntei qual seria o nome e disse para o pai e gestante ficarem tranquilos que iria dar tudo certo e que em poucos minutos iriam conhecer seu bebê... Se passaram alguns minutos e o bebê nasceu, o pai preocupado perguntou se estava tudo bem, pois no parto anterior sua esposa teve hemorragia... mas neste correu tudo bem, então acalmei o pai e disse: “fique tranquilo, deu tudo certo e sua esposa não teve hemorragia desta vez”, o pai ficou mais calmo, principalmente após ver que esposa e bebê passavam bem. Após esse momento o pai do bebê me procurou e agradeceu pelo atendimento e pelo acolhimento, confesso que fiquei muito feliz, afinal preconizo um atendimento de qualidade e humanizado... mas ao mesmo tempo a fala pejorativa daquela profissional ficou na minha cabeça, e senti que essa gestante foi violentada, por isso decidi narrar esse atendimento.

Conforme destaca Palharini (2017) a desigualdade é afirmada por profissionais em várias publicações, nas quais o discurso é reforçado em termos de que quem paga tem melhores chances do que quem não paga. Assim, os riscos de violência no parto, bem como a impossibilidade da escolha pela cesariana nos atendimentos públicos, são colocados como a verdadeira face da violência, decorrente dos atrasos que caracterizariam a assistência oferecida pela rede pública.

No ano de 2018, em uma consulta de rotina com meu médico que vou há anos, recebi uma abordagem um tanto quanto inusitada. Em consultas anteriores ele perguntava como estava o mestrado, o projeto de pesquisa, sabia do tema, e dizia que considerava um tema de grande relevância, mas nunca passou disso. Até que em meio a essa consulta, ele disse: “e sua pesquisa como está?” Eu disse que estava tudo bem, não entrei em maiores detalhes e ele quis prosseguir com o assunto e timidamente me disse, eu tenho um relato, vou te contar, eu surpresa, disse tudo bem. Então, “Senhor O” inicia:

Você sabe que tive uma filha há 04 anos atrás, eu disse sim e ainda expressei... “É Dr. faz tempo que consulto com o senhor”... Pois é, minha esposa sofreu violência obstétrica e hoje reconheço de que sim, foi violência. Nesses anos eu não quis acreditar, pois sou chefe da minha área de atuação no hospital em que minha esposa ganhou bebê, e nunca passou pela minha cabeça que por ser médico e chefe isso fosse acontecer comigo, mas aconteceu e me lembrar disso me dá raiva... “nisso ele ficou vermelho”... Pois bem, minha esposa passou por uma cesárea e como ela estava em recuperação eu acompanhei todos os procedimentos com minha filha no banho... entre outros... logo no banho notei algo estranho pois as enfermeiras falavam que não havia a necessidade de acompanhar, pois logo a bebê seria levada ao quarto, mas eu estava ali como pai e claro que queria acompanhar todos os passos com minha filha.. Pegaram minha filha pelas pernas, como se fosse um “frango” eu fiquei bravo, pois mesmo sabendo que não machuca, mas é minha filha... então peguem direito... se passaram algumas horas e nada de darem leite para minha filha até minha esposa voltar da anestesia, e nisso minha filha entrou em hipoglicemia e já muito bravo disse: “minha filha está com fome, chorando deem leite a ela”, e nada... tive que aumentar o tom de voz e dizer “dêem leite para minha filha agora, ela já está com hipoglicemia, querem que ela piore? Imagino que não né”... neste instante minha filha foi alimentada... essa vivência me marcou, pois a vivi enquanto pai, imagina se fosse minha esposa? Já estava frágil por conta do parto, imagina passar por isso? Enfim, te disse isso, pois me senti violentado, ou melhor senti pela minha filha... não foi exatamente no parto, mas no contexto deste, então me

reconheço no cenário da violência obstétrica e pensei... “Isso comigo, mesmo sendo médico e chefe de setor no hospital, imagina para os usuários do SUS? Deve ser desumano. Após o relato, “Senhor O” respirou fundo e disse desculpe falar aqui na sua consulta, mas precisava destacar que me reconheci no cenário da sua pesquisa e outra coisa... semanas atrás, não tem a ver com seu tema, mas fui fazer um exame para identificar se tenho alergia e fui tratado com frases irônicas e com indiretas, pois comecei a passar mal no exame e falaram debochando que nunca viram ninguém passar mal naquele exame, entre outras coisas... Ao final ele pontuou, isso porque sou médico, e se não fosse?”.

Essa narrativa entra em contraposição com a anterior, cuja gestante era usuária do SUS. Nesta narrativa, além do atendimento ser particular, também era personalizado, pois se trata da esposa de um médico que é chefe de departamento da instituição hospitalar. Então a violência, mesmo que sua majoritária ocorrência seja em torno das minorias, todos estão suscetíveis a tal. Assim como aborda Santos (2014) a violência obstétrica é um crime que pode atingir pessoas nos diversos âmbitos da sociedade, visto que ocorre tanto em hospitais públicos como particulares.

3.6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E CONTRA O OBSTETRA?

Em relação aos profissionais da saúde, um ponto que merece destaque é o posicionamento dos obstetras com relação à repercussão do fenômeno violência obstétrica no Brasil, que ocorreu a partir do reconhecimento da OMS, em 2014 que declarou a violência obstétrica como uma “violação dos direitos humanos fundamentais, e a evidenciou como um problema global e disseminado”.

A nível nacional, no mesmo ano, foi publicado no informativo SOGIMIG - Veículo Oficial da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais, uma reportagem cuja titulação é: Violência Obstétrica e Contra o Obstetra: A dor além do parto, por Dr. Carlos Henrique Mascarenhas Silva - Diretor de Comunicação, que destacou:

Recentemente tivemos grande parte da população contra nossa profissão por ocasião da implantação do programa do governo federal que trouxe médicos de outros países para aqui trabalhar. O entendimento geral era que, por corporativismo, não queríamos dividir nosso mercado de trabalho, quando na verdade a questão real era e continua sendo a absoluta falta de financiamento e de estrutura para o eficaz atendimento em saúde - e que não se resolverá apenas com mais médicos. Precisamos reforçar e divulgar isso de forma eficiente! Nós, obstetras, passamos por problemas parecidos. Somos reiteradamente responsabilizados por resultados indesejados, mas sabemos que as complicações gestacionais são muitas e grande parte delas imprevisíveis, mesmo com uma boa assistência do pré-natal e do parto. Mas nós estamos nos comunicando e nos posicionando adequadamente? Será que investimos parte de nosso tempo fazendo a adequada orientação (comunicação) ao casal grávido? Durante o parto, nós

conversamos com eles sobre como o trabalho de parto está evoluindo? Ou estamos fazendo a assistência de forma automática? (SOGIMIG, 2014, pg. 02).

Essas indagações trouxeram a reflexão pelo profissional acerca de vários pontos. Dentre eles, destaca:

Nós médicos, somos os responsáveis pela equipe que presta a assistência e por coordenar a comunicação eficaz aos pacientes, tanto na saúde pública quanto na suplementar, para que não sejamos depois acusados de violência obstétrica. Não podemos fugir dessa tarefa e precisamos ter cuidado naquilo que falamos e com as expressões que usamos. Não devemos de forma alguma fazer piadas ou brincadeiras que, devido ao duplo sentido, podem e serão mal-interpretadas. Temos de ter muito cuidado com a forma como estamos nos comunicando. Assim, é urgente termos disciplina e cuidado permanentes em nosso dia a dia. Devemos prestar uma assistência médica de qualidade, comunicando de forma clara, transparente e sem ambiguidade as decisões e condutas tomadas, para que então a grande qualidade assistencial possa ser reconhecida pela sociedade (SOGIMIG, 2014, pg. 02).

A Dr. Regina Amélia Aguiar - Ginecologista/Obstetra, pontua na entrevista do Sogimig (2014) que: “A obstetrícia continua sendo a arte e a ciência do cuidado do binômio mãe- -concepto, e não existe nenhuma contradição no desejo de agregar a melhor técnica e conhecimento científico à ternura e ao cuidado com o outro. As mulheres e a sociedade como um todo merecem essa conquista. Alcançando esses novos processos assistenciais, a unidade perinatal, poderá verdadeiramente estar apta a atender a sua missão”.

Em relação ao termo violência obstétrica, o Dr. Victor Hugo de Melo Conselheiro do CRM-MG Membro do Conselho Consultivo da SOGIMIG, aponta que A expressão violência obstétrica vem sendo utilizada mais recentemente no Brasil com o intuito de substituir o termo violência institucional no parto. A violência institucional tem sentido mais amplo, com definição legal, e se refere a homens e mulheres. A expressão violência obstétrica tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da especialidade, impregnando uma agressividade que beira a histeria (SOGIMIG, 2014, pg. 07).

Sogimig (2014) salienta que é inegável a necessidade de se mudar o modelo de atenção pré-natal, parto e puerpério no Brasil, tendo em vista os inúmeros fatores que envolvem o período gravídico puerperal, sejam eles pessoais, familiares, sociais, ambientais, culturais, econômicos, políticos, técnicos, institucionais, de gênero, entre outros. É inegável também que as diferentes formas de violência contra a mulher que ocorrem no Brasil e no mundo envolvem uma longa história de opressão e submissão do gênero feminino, e que nos remete aos tempos pré-históricos. Mulheres e homens ocuparam papéis diferentes nas diversas sociedades. As características biológicas e sexuais femininas se confundiram com as necessidades sociais e

culturais dos grupos, que impuseram às mulheres as tarefas domésticas e os cuidados das crianças, e aos homens as tarefas fora do lar. Estamos, assim, inseridos em uma discussão ampla, e que nos remete à violência de gênero, ao sistema patriarcal e à subjugação do feminino ao masculino.

Portanto, os profissionais da Sogimig, trazem à reflexão de que a violência obstétrica, é a violência institucional, que se relaciona com um amplo espectro de profissionais e personagens não apenas da área de saúde, mas também de entidades públicas e privadas, além de qualquer organização da sociedade civil. A violência na assistência ao parto faz parte deste grupo e, conceitualmente, envolve todos os profissionais que participam no processo. No meio de todo esse universo estão os obstetras, e com um grande “telhado de vidro”, que é a realização de inúmeras cesarianas desnecessárias, que ocorrem em uma instituição altamente técnica e centralizadora, sem estrutura para o atendimento personalizado: o hospital. Assim, em virtude da radicalidade do movimento em prol de incorporar novas práticas assistenciais às gestantes, o que estamos vivenciando é uma violência contra os obstetras, quando somos responsabilizados e estigmatizados por todos os procedimentos e eventos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidado.

Logo, o debate acerca da violência obstétrica é muito mais amplo e complexo do que imaginamos. Ambos os lados, tanto das gestantes, quanto dos profissionais, aqui em especial os obstetras, são violentados por um sistema falho, um sistema que oprime o cidadão em seu pleno direito, um de exercer sua profissão com qualidade, mas é podado por um sistema que não dá o suporte estrutural e negligencia o profissional enquanto humano, pois este foi condicionado a conduzir o parto como meio de produção em massa ao mesmo tempo em que se discute a questão do parto humanizado que são pontos que não conseguem se encontrar na prática devido a grande distância entre ambos. E o direito da gestante, que recebe muitas vezes o reflexo da violência do profissional em seu atendimento. A reflexão é de que, toda essa insuficiência do sistema está tornando uma “bola de neve” sem dono, mas que ao mesmo tempo tentam nomear os donos do problema “culpabilizando” os profissionais, que por vezes estão trabalhando em situações esgotantes com sobre plantões, e desta forma o macro problema opressor que é o estado, fica camuflado. E quem paga a conta de tudo isso?

4 O CORPO FEMININO: NARRATIVAS ATRAVÉS DA DOR

4.1 SOLIDARIEDADE NO SOFRIMENTO E NA DOR

Conforme exposto anteriormente, a primeira tentativa de entrada no campo foi frustrante. Após a negativa da Instituição Hospitalar, consideramos a permanência do tema com outro viés, sendo definido como objetivo geral desta pesquisa, a busca pela compreensão através dos caminhos das Ciências Sociais e por meio da Antropologia como gestantes e profissionais da área da saúde participam da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica no Estado do Paraná, no período de 2017 a 2018. Adentrar nas narrativas das mulheres que reconheceram a experiência do parto como violência obstétrica foi um desafio, sendo necessário ter um olhar humanizado e tato ao ouvir a vivência singular de cada uma, pois o relato traz à tona a vivência que trouxe marcas e lembranças que causam angústia.

O nascimento é vivido como um momento singular e único na vida da mãe e do bebê, mas também ele é coletivo, histórico, social, político e público. É um momento idealizado, esperado, imaginado, cada mulher possui sua singularidade e individualidade neste cenário, mas de alguma forma, mesmo que permeado pelo medo ou ansiedade esse momento é imaginado, e “quando chegar à hora”? Pois é, mas e quando o momento idealizado pela maioria das mulheres, (pois nem todas se reconhecem neste cenário), não acontece da forma imaginada? Quando a angústia, a tristeza, a frustração vivida neste momento chega? O que fazer? Voltar no tempo e iniciar do zero o nascimento? Não, pois esse momento não volta para ser repetido na semana que vem, ou quem sabe no próximo mês. Portanto, nesta perspectiva permito-me adentrar neste cenário tão singular, o parto.

Para inserção neste cenário, trago à construção desta análise uma pesquisa sobre o atendimento à violência na área da saúde, desenvolvida em um hospital de emergências. No qual pretende levantar questões sobre a produção da vítima no atendimento a casos de violência, a partir de considerações sobre a construção da violência como problema de saúde e de suas implicações para o desenho de políticas sociais de saúde. A pesquisa traz reflexões suscitadas, sobretudo, pelo acompanhamento de um caso durante o trabalho de campo e busca discutir o que a “produção da vítima” pode dizer de formas contemporâneas de sociabilidade. Para o objetivo desta apresentação de discutir a produção da “vítima”, resta mencionar que a entrada da questão da violência na área da saúde está associada, ainda, ao impacto no campo jurídico dos movimentos sociais de cunho identitário, a partir da noção de “direitos” (SARTI, 2008).

De acordo com Sarti (2008) ambas as esferas, do Direito e da Saúde, articulam-se e contaminam-se no processo de produção da “vítima”, fazendo com que seja a partir da construção prévia da vítima, socialmente legitimada, que se reconhece o ato de violência, e lhe é dada atenção na área da saúde. Desta forma, com a indagação sobre o que o lugar atribuído às vítimas diz da sociedade, como a “produção da vítima”, supõe a visibilidade da violência associada à cristalização de identidades particulares.

Portanto, as violações inscritas no corpo feminino (literal e figurativamente) e as formações discursivas em torno dessas violações, como vimos, tornaram visível a imaginação da nação como uma nação masculina. O que isso fez à subjetividade das mulheres? Precisamos perguntar não só como a violência étnica ou comunal foi perpetrada por atos de violação específicos de gênero, mas também como as mulheres tomaram esses signos nocivos de violação e os re-ocuparam através do trabalho de domesticação, ritualização e re-narração. As mulheres falam de suas experiências ancorando seus discursos nos gêneros do luto e da lamentação que já lhes atribuíam um lugar no trabalho cultural do luto, mas elas falam da violência e da dor tanto dentro desses gêneros como fora deles. Através de complexas transações entre corpo e linguagem, elas foram capazes de dar voz e de mostrar os prejuízos causados a elas e também de dar testemunho do dano causado ao tecido social como um todo (DAS, 2011).

Das (2011) aponta que a formação do sujeito como sujeito com gênero é moldada através de transações complexas entre a violência como momento originário e a violência que se infiltra nas relações correntes e se torna uma espécie de atmosfera que não pode ser expelida para “fora.” Sendo assim, não existe o fora, e a imagem de volta que ele oferece, como pensar de um modo humilde de usar as palavras: “O ideal, como o pensamos, é inabalável. Você nunca pode sair para fora dele; deve sempre voltar. Não há fora; fora você não pode respirar”.

Partindo desse pressuposto, o reconhecimento da vivência através do sofrimento apareceu nas narrativas de forma unânime, pois as narrativas aconteceram a partir da materialização dos interlocutores que narraram o parto ao ter conhecimento da existência do fenômeno violência obstétrica e se verem neste cenário. Assim, como discorre Das (2011) a memória da partição não pode ser entendida como uma posse direta do passado. Ela é constantemente mediada pela maneira em que o mundo está sendo habitado no presente. Mesmo quando parece que algumas mulheres tiveram uma sorte relativa porque escaparam à violência física direta, a memória corporal de “estar com os outros” faz com que o passado cerque o presente como atmosfera. Isso é, pela importância de descobrir meios de falar sobre a experiência de testemunhar: que se nossa maneira de “estar com os outros” tiver sido brutalmente estragada, então o passado entra no

presente, não apenas como memória traumática, mas também como conhecimento venenoso. Esse conhecimento pode ser enfrentado apenas pelo conhecimento através do sofrimento (DAS, 2011).

4.2 O ENCONTRO COM A PRÓPRIA SOMBRA: NARRATIVAS SOBRE O PARTO

O campo se construiu enquanto eu estava em espaços públicos falando sobre o tema, seja apresentando um artigo em um congresso, seja no ambiente de trabalho, na Universidade, na roda de amigos, ou entre familiares. As narrativas aconteceram de forma espontânea sob a ótica de quem vivenciou, ou presenciou, sendo que em grande parte a experiência do nascimento foi relatada como um momento traumático, causador de angústia. Assim, como nas narrativas dos profissionais de saúde, os interlocutores desta pesquisa foram identificados como “Senhor (LETRA)” e “Senhora (LETRA)”.

As narrativas foram transcritas na íntegra da maneira em que foram narradas, sendo assim existem narrativas mais longas e mais curtas. As narrativas foram à forma em que as pessoas puderam dar significado a uma experiência pessoal, sendo que as variações estão ligadas a maneira como a pessoa verbalmente ou de forma escrita narrou sua experiência. Toda narrativa sobre si e o outro, sobre a experiência vivida ou observada, silencia alguns aspectos. Outros são silenciados por terceiros, como os relatos retirados da internet e o relato restringido pelo jornal, que publica apenas as partes convenientes para tal. Assim, as formas do silêncio e da extensão das narrativas são singulares e narradas cada uma a sua maneira. Como destaca Orlandi (2007) “No início é silêncio, a linguagem vem depois”, ao invés de pensar o silêncio como falta, podemos, ao contrário, pensar a linguagem como excesso. O silêncio possui vários significados e a linguagem é uma forma de relê-lo, o ato de falar, é o de separar, ao contrário no silêncio sentido e sujeito se movem largamente.

A primeira narrativa foi contada a mim por uma colega no ambiente de trabalho. Desde que iniciei a pesquisa sobre violência obstétrica eu comento com as pessoas, e quando a conversa proporciona entrar neste assunto, as narrativas acontecem de forma espontânea. Foi então que um dia, eu e “Senhora A” estávamos conversando sobre parto, e relatei a “Senhora A” meu tema de pesquisa, logo ela mostrou um olhar de espanto e disse que nunca ouviu falar que isso existia, então expliquei, “pois é infelizmente grande porcentagem das mulheres que passam por uma vivência que causa angústia, tristeza no parto, se reconhecem no cenário da violência obstétrica”. Foi então que despertou na “Senhora A” o interesse de ler sobre o tema. Propus-me a enviar a ela o artigo que publiquei em 2017 sobre a temática, entre outros estudos. Passaram-se alguns meses,

e “Senhora A” me procurou para conversar e relatar o parto de sua sobrinha, de 17 anos de idade.

“Senhora A” inicia o relato dizendo:

Minha sobrinha tem 17 anos, solteira, estudante, ficou grávida de um rapaz que não era seu namorado, apenas um menino ao qual ela tinha ficado. No início foi um susto para a família, mas aos poucos fomos amadurecendo a ideia de que aos 17 anos minha sobrinha seria mãe solteira. A gestação foi tranquila, e no decorrer da gestação ela aceitou a ideia de ser mãe, então isso já ajudou muito. Quando chegou o momento de seu bebê nascer foi um momento de medo, ansiedade, mas também de muita felicidade, as contrações vinham cada vez mais intensas e minha sobrinha estava firme, afinal como “dependia” do SUS, tinha que tentar ganhar via parto vaginal, mesmo que não suportasse as dores. Em um dado momento, ela expressou sua dor e uma enfermeira disse, em voz alta: “Na hora de fazer não doeu né, mas agora está gritando de dor, tem que aguentar”, neste momento vi no olhar de minha sobrinha o quão triste ela ficou, mas continuou sua trajetória com as contrações, afinal seu bebê estava a ponto de nascer..., se passaram alguns minutos até que seu bebê nasceu. Ao nascer, foi como se aquele lugar não pertencesse a ela, sentia incômodo, vontade de ir embora logo, pois não se sentiu acolhida, e isso ficou evidente após esse comentário, mas o tempo passou e ela teve alta. Ao chegar em casa, eu pensei: “Poxa, não iria imaginar que minha sobrinha fosse passar por isso”, mas ao mesmo tempo o silêncio sobre o ocorrido imperava em casa, pois não toquei no assunto para não machucá-la outra vez, mas eu sabia que aquela fala tinha deixado minha sobrinha chateada, e não só ela, mas eu também”. Ao final do relato, “Senhora A” deu o feedback que só percebeu que aquela fala foi agressiva e desnecessária a partir do conhecimento dessa pesquisa, bem como o tema, pois caso contrário iria passar como algo “naturalizado”, como se no SUS acontecesse desta forma mesmo.

Neste relato tive a convicção do quão importante é a informação e o conhecimento. Também é possível identificar que o atendimento foi “personalizado” pelo fato de a gestante ser adolescente e usuária do SUS, fato que já foi identificado em pesquisas anteriores como precedente para a ocorrência de violência obstétrica. Assim, Santos (2014) destaca que as mulheres pobres, negras, adolescentes, sem pré-natal ou sem acompanhante, prostitutas, usuárias de drogas, vivendo em situação de rua ou encarceramento estão mais sujeitas a negligência e omissão de socorro. Sendo que a violência contra as usuárias se relaciona com estereótipos de gênero presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos serviços.

A próxima narrativa de parto foi encaminhada a partir de uma colega de trabalho que ao ouvir falar sobre essa pesquisa, reconheceu a vivência de sua irmã no parto como violência obstétrica, pois já conheciam o termo. Prontamente e espontaneamente disse que iria pedir para sua irmã encaminhar seu relato de parto, e no dia seguinte já havia me encaminhado à narrativa.

“Senhora B”, usuária da saúde suplementar¹⁷, relata que o nascimento foi de parto vaginal com analgesia e fórceps:

17 Operadora de Plano de Assistência à Saúde, definida pela Lei 9.656/1998.

Completei 40 semanas na quinta feira, 15/03/2012, o dia transcorreu tranquilo... a noite quando fui me deitar, por volta de meia-noite, tive uma sensação estranha na barriga, uma dor diferente e pensei: será que é hoje? A partir daí comecei a sentir umas "contraçõeszinhas", que foram aumentando ao longo da madrugada, nem consegui dormir nada. Quando vi já eram 2h30m e eu ainda não tinha conseguido dormir, levantei e fui fazer um chá. Umas 3h00m da manhã comecei a marcar os intervalos entre as contrações, e fiquei marcando até de manhã, vi que o tempo entre elas estava diminuindo. Não conseguia ficar deitada quando vinha a cólica, era melhor ficar em pé ou sentada. Nos intervalos entre as contrações eu deitava e tentava descansar um pouco, conseguia dar uma cochiladinha, mas logo acordava com a dor, era uma cólica que vinha das costas para a barriga, e aí eu corria para o banheiro com vontade de fazer xixi e cocô. Quando o dia estava amanhecendo a dor já tava mais forte, eu levantava, sentava na bola de pilates, e logo a contração passava. Mas o tempo entre elas estava diminuindo e a dor aumentando... Por volta das 8h00m da manhã de sexta (16/03/12) liguei para a minha GO¹⁸ porque a dor já estava forte e o intervalo entre as contrações estava + - de 4 em 4 minutos, ela perguntou se eu queria esperar minha consulta (que estava marcada para às 11:20 com ela) ou ir pro hospital pra ser avaliada, falei que preferia ir pro hospital porque estava com muita dor. Então tomei um banho bem quentinho, comi um pedaço de mamão, peguei as coisas e fui para o hospital com meu marido. Já estava nervosa nessa hora! Chegando lá, fui ao banheiro me trocar e vi que tinha um pouco de sangue na minha calcinha, acho que era o tampão saindo ou a bolsa rompendo, também começou a escorrer um pouco de sangue pela perna (um líquido rosado). A médica do plantão me examinou e eu tava com 4 cm de dilatação (isso era por volta de 9 e pouco da manhã). Ela foi ligar para minha GO para avisá-la como eu estava e pediu ao meu esposo ir fazer minha internação, e me encaminhou para fazer o exame cardiotoco¹⁹. Para fazer esse exame eu tinha que ficar deitada na maca e as contrações nessa hora estavam ficando fortíssimas. Devo ter ficado uma hora fazendo esse exame, sozinha na sala com muitas dores.... Pedi água para a enfermeira, e ela disse que não podia; perguntei pelo meu esposo, ela disse que não podia entrar porque estava tendo um parto na sala ao lado. Até que a médica do plantão apareceu, por volta das 11h00m, e fez outro exame de toque e eu já estava com 8 cm de dilatação. Fiquei feliz! Perguntei pelo meu esposo e ela disse que ele estava se trocando para entrar. Ela perguntou se eu ia querer analgesia, fez maior pressão dizendo que eu tinha que decidir agora, porque tinha uma agulha que o plano não cobria e meu esposo teria que pagar antes se eu fosse ter analgesia. Eu disse que então não iria querer, e que iria esperar minha GO chegar pra conversar com ela. Fiquei ali mais um tempo deitada e nada do meu esposo entrar... até que minha GO chegou e reclamei para ela, pedi para ela trazer meu esposo, e ela foi buscá-lo, até que enfim! Ele disse que não o deixaram entrar para ficar comigo. A GO falou para eu trocar de posição porque deitada a dor piorava, e me colocou sentada numa cadeira, apoiando num travesseiro no encosto da cadeira. Quando vinha a contração a dor era terrível, mas passava rápido e ficava tudo tranquilo novamente. A GO perguntou se eu ia querer analgesia, eu não queria mas fiquei com medo de não aguentar a dor, estava doendo muito... perguntei se ainda ia demorar para ele nascer e ela disse que ainda iria demorar + - uma hora e meia, que com a analgesia eu ia conseguir mexer as pernas mas teria que ficar só deitada... aí decidi que iria tomar analgesia, quando tomei era 11h30m, e também colocaram soro com ocitocina. Não gostei da médica anestesista, ela ficou fazendo uns comentários maldosos sobre uma outra parturiente que estava na sala ao lado e que não quis analgesia e estava gritando. Depois que tomei a analgesia deu um alívio.... Eu ainda sentia as contrações, mas não sentia dor. Aí ficamos no centro cirúrgico conversando, eu, a GO e meu esposo, estava bem tranquila nessa hora e aproveitei para tirar umas dúvidas com ela. Depois de um tempo a GO falou que eu já estava com dilatação total e que agora iríamos começar a fazer força quando viesse a contração. Aí ficamos um tempão fazendo força, e a GO

18 GO é a abreviação utilizada para se referir aos profissionais de Ginecologia e Obstetrícia.

19 O cardiotoco é o exame que avalia o bem-estar fetal, e costuma ser realizado no final da gestação. Além de verificar se o bebê está bem, a cardiotoco também serve para detectar a presença ou não de trabalho de parto. O exame monitora a frequência cardíaca fetal (também abreviada como FCF) durante um dado intervalo de tempo, normalmente por volta de 10 a 20 minutos.

dizia que estava vendo a cabecinha dele e tal... que era cabeludinho. Às vezes eu ficava de lado para fazer força, as vezes de barriga pra cima. Até aí estava tudo bem.... Até que a GO disse que meu bebê precisava fazer uma rotação para sair, pois ele estava com o rostinho olhando para cima e tinha que olhar pra baixo (tinha que olhar pro chão e não pro teto), mas ele não conseguia virar, aí a GO disse que teria que ajudar com o fórceps pra tirar ele... Isso era por volta de 13:30 e o efeito da minha analgesia já estava acabando (dura 2 horas) e eu já estava começando a sentir um pouco de dor nas contrações. Fiquei nervosa quando soube que ia precisar de fórceps, com medo. Foi necessário episiotomia por causa do fórceps. Na hora de fazer força eu não conseguia sentir ao certo para onde a força ia, mandavam fazer força embaixo, força de cocô, mas eu não sentia a força indo pra baixo, isso atrapalhou um pouco. Outro problema foi que o apoio para os pés ficava caindo o tempo todo, e por conta disso a GO ficou nervosa com as enfermeiras, pois ela precisava que minhas pernas estivessem firmes para poder usar o fórceps, e toda hora elas caíam. Quando ela puxava o fórceps a dor era horrível, parecia que ia arrancar tudo de dentro de mim. No final eu mal conseguia fazer força de tão cansada que estava, não aguentava mais, queria que ele nascesse logo... e tinha uma enfermeira muito chata do meu lado que estava me incomodando demais, dizendo que eu não estava fazendo força direito, que eu estava fazendo força só no pescoço, que desse jeito não ia dar, etc. Afff!!! Quando ele nasceu eu não senti dor e nem senti ele passando pelo canal vaginal, a única sensação que eu tive foi como se eu estivesse fazendo cocô (depois perguntei para GO se tinha feito e ela disse que não). O meu bebê nasceu às 13h57m..... Quando ele nasceu a enfermeira me disse que ele tinha nascido e eu nem acreditava, perguntei para o meu esposo se tinha nascido mesmo e ele disse que sim. Mas não consegui vê-lo, nem ouvi seu choro nem nada, a pediatra pegou ele e saiu correndo para a outra sala, meu esposo também disse que não o viu, disse que só viu minha barriga murchando de repente. Não vimos cortando o cordão, nada! Nisso eu fiquei apavorada achando que ele tinha nascido morto, eu perguntava para as enfermeiras e para o meu esposo por que não me mostraram ele, se estava tudo bem com ele, e ninguém respondia nada, nisso eu já estava chorando e me sentindo angustiada. Até que apareceu uma enfermeira na porta e chamou meu esposo para ir ver o bebê, ele não queria ir (estava assustado também, meio paralisado, não falava nada!), aí falei pra ele ir sim pra ver se estava tudo bem com ele e ele foi. Logo ele voltou e disse que estava tudo bem com o nosso bebê. A GO me mostrou a placenta e me disse que tinham levado o meu bebê rápido porque tinha mecônio no líquido amniótico, me mostrou os panos sujos de mecônio, disse que tinha espirrado por tudo (a mesa do lado dela estava toda suja). Então a pediatra trouxe o meu bebê para me mostrar, disse que estava tudo bem com ele, só a cabeça estava um pouco pontuda e marcada por causa do fórceps, mas que isso sumiria logo. Ele era lindo, mas estava com a cabecinha tão pontuda, fiquei tão triste... mas muito emocionada em vê-lo e saber que estava bem. O teste de APGAR²⁰ dele no primeiro minuto foi 6 e no quinto minuto foi 8. Após isso, levei alguns pontinhos no períneo, por causa da episiotomia, e a GO disse que tive um pouco de laceração também, por isso precisei de alguns pontos a mais que o normal. Para dar os pontos ela deu anestesia local e não senti nada, só um desconforto. Enquanto isso meu esposo foi acompanhar o bebê no banho. Depois me levaram para uma outra sala e fiquei lá um tempão, cochilei um pouco, chorei lembrando de tudo... depois perguntei para a enfermeira do meu bebê e do meu esposo, ela disse que estavam no banho do bebê e logo viriam. Depois de um tempão trouxeram o meu bebê para mim e o coloquei para sugar... tão fofo... sugou só um pouquinho e dormiu. Perguntei quando poderia ir para o quarto e a enfermeira disse que estavam esperando terminar de limpar o meu quarto porque estavam todos cheios e tinha acabado de ser desocupado, por isso demorou um pouco. Quando fui para o quarto já era fim de tarde, fiquei chateada com isso, pois queria ficar com meu esposo. A GO depois me disse que iria fazer uma reclamação contra o hospital pelo fato do apoio dos pés ficar caindo o tempo todo durante o parto, que isso atrapalhou. Odiei o atendimento desse hospital, enfermeiras e

20 Trata-se de um método simples e eficiente para medir a saúde do recém-nascido. O teste determina se o bebê precisa ou não de alguma assistência médica imediata.

médicos plantonistas, eles têm que melhorar muito para terem um atendimento mais humanizado.

Nesta narrativa vemos a importância de uma estrutura física adequada para atender a mãe e o bebê que está prestes a nascer. A humanização não consiste apenas no atendimento acolhedor e apropriado, mas também na estrutura física, o que pode evitar um momento de tensão tanto para o profissional quanto para a gestante. Assim, Castro et al. (2017) aborda que além da superlotação, fatores como a formação profissional dos componentes da equipe, e a estrutura física dos hospitais, que ainda mantém enfermarias com vários leitos nos quais as mulheres vivenciam o trabalho de parto, somada à falta de alguns insumos, também contribuem para a assistência insuficiente.

A narrativa a seguir também foi enviada por uma colega de trabalho. “Senhora C” discorre que a experiência de relatar sua vivência foi emocionante, pois foi sua primeira narrativa do ocorrido após o nascimento do bebê. Na narrativa “Senhora C” evidencia sua angústia pré-parto. “Senhora C” inicia seu relato dizendo:

Tudo aconteceu no dia 20 de outubro de 2017, onde no período da manhã fui fazer minha consulta de pré-natal para ver se estava tudo normal, sendo esta a última consulta com meu médico, pois eu decidi ganhar bebê com o médico de plantão. Quando relatei isso ao meu médico, ele já me passou todos os encaminhamentos para eu ir no hospital para ver como funcionava e quais os trâmites necessários. Como a consulta foi logo no início da manhã e a clínica do meu médico era próxima ao hospital, eu resolvi passar no hospital, mostrar os encaminhamentos e verificar como seria no dia do parto. A princípio eu queria parto vaginal, e me preparei durante a gestação para tal, por isso eu estava fazendo hidroginástica e me preparando para esse momento, tudo para eu ver se eu conseguia realizar o parto vaginal, ao qual desejava. Quando cheguei no hospital para verificar os trâmites, fui informada que havia a necessidade de passar por atendimento com o médico de plantão para uma pré-consulta, onde ele iria anotar meus dados, aferir a pressão... e a partir disto eu tive que aguardar, mas esse médico de plantão não atende só as consultas, mas também quem está no hospital para ganhar bebê, então ele sai toda hora para fazer parto. E nisso começou a demorar, eu cheguei no hospital por volta das 9h30m da manhã achando que iria ser uma coisa rápida, mas daí começou a demorar. Fui informada que também seria necessário fazer o exame cardiotoco, mas eu disse que meu médico do pré-natal tinha acabado de fazer e estava tudo certo. Mesmo assim, tive que aguardar o médico do plantão, e foi passando a hora, dando meio dia e eu com fome, meu esposo comprou um salgado para eu comer, mas eu não poderia sair dali, pois poderia ser chamada para atendimento a qualquer momento, e nisso já deu uma hora da tarde. Quando me chamaram para atendimento e que o médico foi aferir minha pressão, a minha pressão estava alta, e a partir disto o médico disse como sua pressão está alta, vou pedir pra fazer um exame de sangue para te examinar melhor e ver como estão suas plaquetas. Creio que minha pressão subiu devido a longa espera, pois fiquei ansiosa e nisto eu já estava angustiada, pois o médico disse que eu teria que aguardar para tal exame. Fiz o exame de sangue, e demora pois vai para o laboratório e tem que aguardar a volta do resultado, e nisso foi passando o plantão, veio um médico, depois veio outro e o resultado chegou no finalzinho da tarde e isso já era umas 18h00m, e eu estava morrendo de fome e reclamando, pois, eu estava angustiada e queria ir embora. Nisso veio uma médica, a terceira que me atendeu no período em que fiquei no hospital, ela olhou o resultado do exame e chamou eu e meu esposo na sala dela, passou o resultado e disse que as plaquetas estavam alteradas e que por este

motivo eu não poderia ser liberada do hospital, porque minha pressão estava alta e minhas plaquetas também e que isso era perigoso e que eu iria precisar ficar no hospital, nisso fiquei mais ansiosa, pois ela disse que devido a isso eu iria ganhar bebê naquele dia. Como eu estava a bastante tempo no hospital e fiquei lá para fazer os exames, acabou que veio o horário de janta do hospital, meu esposo disse “olha ela está com muita fome”, após a fala dele fizeram uma marmita e me deram. Mas após comer, me informaram que por este motivo eu não poderia fazer mais o parto neste dia, pois não estava mais em jejum e era necessário estar em jejum para fazer o parto cesáreo, pois eu iria necessitar fazer a cesárea devido às alterações. Pensei, mas porque não me falaram isso antes de eu comer? Queria que acabasse isso logo... Por isso eu tive que esperar, a noite toda sem tomar água, sem comer nada mais daí em diante para fazer a cirurgia. Acabou que minha cirurgia aconteceu às 11h da manhã do dia 21 de outubro... Depois que fui internada, eu não tenho muito o que reclamar, mas a demora, a falta de informação adequada com relação a alimentação e a angústia que antecedeu o parto, me marcou. Por ser um parto inesperado, foi uma correria grande, pois achávamos que o parto seria na próxima semana, tanto que na sexta-feira eu tinha acabado de completar 39 semanas, então ganhei bebê com 39 semanas e eu não tinha nada preparado, não tinha levado nada para o hospital, roupa, nada... Daí meu esposo no dia 20 a noite voltou para casa, buscou as coisas e avisou a família e eu fiquei no hospital. Após ganhar bebê no dia 21, deu tudo certo, o bebê nasceu super saudável, mas eu tive que ficar mais um dia no hospital, pois fizeram o exame de sangue novamente para ver minhas plaquetas e deu um pouco alterado, mas depois deu tudo certo. Então o que me causou angústia, ansiedade foi que eu não fui ao hospital para ganhar bebê, mas por conta de tudo que aconteceu, eu acabei ganhando. E claro que queria que tivesse sido diferente, ter saído de casa preparada para ganhar bebê, com minhas coisas e tals.

A falta de informação adequada gera ansiedade e desconfortos, principalmente quando a mulher está vivenciando um momento tão singular como a gestação e o parto. Nesta narrativa, a ansiedade causada devido a falta de orientação adequada, foi evidente. Por isso a necessidade de profissionais preparados para o atendimento de forma apropriada. Assim como destaca o item 5 da OMS referente às medidas que devem ser tomadas no combate à violência obstétrica “Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência, eliminar o desrespeito e as práticas abusivas. E incluir sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais” (OMS, 2014, s/p). Portanto, é de extrema relevância a melhora na qualidade da assistência ao parto.

A narrativa a seguir foi retirada do site “Reclame aqui”, com o título: “Violência Obstétrica”. “Senhora D” relata:

Minha bebê nasceu linda, de uma gestação saudável, parto natural e espontâneo em casa, às 4:28 da manhã. Enfim, após o nascimento fui para o hospital muito bem, já com ela nos braços, acompanhada do meu marido, apenas para pesar, saber se minha filha estava bem, fazer os exames necessários, ouvidinho, pezinho, coisas que precisariam ser lá, infelizmente. Ao chegar, duas enfermeiras me levaram para uma sala onde meu marido não pode entrar comigo. Quiseram me colocar um soro com ocitocina sintética, eu quase tive que armar um escândalo repetindo mil vezes que tomo Arthrotec, um remédio que não pode ser misturado a ocitocina sintética e disse outras mil que eu não precisava de soro, que estava muito bem, havia tomado bastante água durante o trabalho de parto e comido bem também; afinal eu cheguei lá andando falando, consciente, ou seja, completamente bem! Mas elas disseram pelo menos uma bolsa de

soro comum, e eu aceitei. Uma das enfermeiras tomou minha filha dos meus braços e levou ela SEM identificação, não faço ideia para onde. Eu falei para a outra enfermeira que queria ficar com a minha filha e que queria meu marido, ela disse que ia ver e saiu. Quando a enfermeira que levou minha filha voltou, começou a falar que eu precisaria ficar internada e que um ginecologista ia vir para fazer um exame de toque. Eu respondi a ela que eu não iria ficar internada, pois não me sentia nada mal e que não passo com outros ginecologistas sem ser a minha, além de saber que exames de toque pós-parto são desnecessários, inclusive não recomendados. Para ouvir um: “você não tem outra opção”! Meu sangue ferveu. Eu perguntei como eu não tinha opção e ela respondeu a mesma coisa de novo. Se eu fosse um desenho animado nesse momento teria saído fumaça das minhas orelhas. Eu retirei a agulha com o soro do meu braço, me levantei sai andando e disse para ela que não poderia me prender ali e que caso tentasse eu chamaria a polícia. Sai fazendo o mesmo caminho que entrei, encontrei meu marido sentado com cara de preocupado na recepção porque falaram para ele que precisaríamos ficar internadas. Falei para ele que foi um mal-entendido e que eu não ia ficar internada, mas que não sabia da nossa filha, por que haviam levado ela e não tinham me dito mais nada. Pedi meus documentos na recepção que haviam ficado lá quando entrei e se recusaram a me dar. Uma enfermeira veio histérica falando alto me mandando voltar para sala naquele momento. Eu disse que não e que se me obrigassem eu chamaria a polícia. Ela ficou mais histérica ainda e disse que ela mesma chamaria a polícia. E chamou. Depois de explicar tudo para um dos policiais que chegou lá, apesar de extremamente grosso e arrogante, o policial me arrancou a primeira risada da madrugada quando disse: “Está achando que a gente tá de brincadeira? Está achando que não temos mais nada para fazer? Se ela não quer ficar internada manda ela ir embora e saiu todo bravo resmungando que ia levar todo mundo preso”. Nisso eu quis sair dali para fumar um cigarro, porque estava estressada, e essa mulher chamou dois seguranças para não me deixarem sair do hospital. Quando a enfermeira voltou para a recepção, voltou com o ginecologista, e ele mesmo disse que caso eu não quisesse fazer o exame tudo bem, e saiu. A enfermeira teve a brilhante ideia de ligar para o Conselho Tutelar. Começou a falar em alto e bom tom que eles iam investigar a minha vida, que iam ver que o parto foi em casa, que eu era demente de expor minha filha a esses riscos, que iam arrancar minha filha de mim e mandar ela para um orfanato e que eu nunca mais ia ver ela porque procuram meninas recém-nascidas brancas com olhos claros. (Podem fazer isso apenas pelo parto ter sido em casa?). Eu comecei a rir da cara dela e perguntei Nossa, tudo isso por que não quero fazer um exame que não é necessário? E complementei: Você sabe que enfiar alguma coisa na vagina de uma mulher, mesmo que sejam os dedos, contra a vontade dela é estupro, né? E com essa frase eu consegui a segunda enfermeira surtada da noite. Saiu gritando ofensas, falando que ia me processar por calúnia, que eu estava chamando um médico de estuprador, que tinha dó da minha filha por ter isso como mãe. Depois de mais algumas horas com os seguranças me encarando, onde ninguém me deixava sair para fumar ou comer ou sequer tomar um copo de água, para minha salvação, já de manhã, veio a assistente social. Voaram em cima dela para contar o que estava acontecendo, creio eu que na esperança de que ela pudesse me obrigar a ficar ali. Pacientemente ela sentou do meu lado e disse que queria me ouvir, eu contei tudo desabando em choro pela primeira vez. Felizmente, ao contrário das enfermeiras desse “inferno” que chamam de maternidade, ela é racional e nos entregou o termo de responsabilidade, que eu e meu marido assinamos para que eu pudesse ir embora, e nossos documentos. Porém a bebê teria que ficar até fazerem o teste do pezinho, mas que eu poderia visitá-la e alimentá-la todos esses três dias. Quem disse que depois que ela foi embora as enfermeiras me deixaram entrar para amamentar? Só uma, quando estava lá me deixava entrar. As outras enfermeiras só me mostravam minha filha, não me deixavam nem chegar perto, por que só as mães que estão internadas lá podem entrar para amamentar os bebês, mereço? Sem contar com o Conselho Tutelar que foi em casa e eu tive que repetir toda a história de novo, e felizmente ouvir que o pátrio poder é da mãe, que o único jeito deles levarem minha filha de mim era se eu dissesse que não queria ficar com ela - mas foi meio constrangedor explicar para o porteiro e para os vizinhos por que o Conselho Tutelar estava me procurando. Resultado que fizeram tudo que eu não queria, e tinha isso tudo por escrito no plano de parto. Aspiraram minha filha, aplicaram nitrato de prata, deram o primeiro banho e deram NAN - e eu com os seios ingurgitados de tanto leite que

ficou! No dia de finalmente buscar minha filha daquele lugar algumas coisas me chamaram atenção: no papel que me deram constava que ela havia nascido no hospital e não em casa e que o sangue dela era O+. Eu questionei pelo sangue do meu marido ser AB e o meu A+. Revisaram porcosamente colocando um A sobre o O, e escrevendo um adendo no final da página dizendo que ela nasceu em casa. E se recusaram a me dar o DNV (Declaração de Nascido Vivo) da minha filha, apesar dela ter nascido dia 3/7, só foi registrada no dia 13/7 quando finalmente conseguimos pegar esse documento. E também constam Apgar de 1 e 5 minutos de vida, sendo que estávamos em casa ainda nesse tempo. Eu cheguei a registrar uma queixa na ouvidoria do hospital, assim como meu marido, mas até agora não tivemos retorno.

Nesta narrativa o tratamento abusivo dada à puérpera foi marcadamente um processo doloroso. Aqui acende mais uma luz acerca do parto domiciliar, pois até este momento o parto havia sido vivenciado de forma plena pela mulher, mas ao chegar à Instituição Hospitalar o cenário muda. A OMS declarou nota referente a questão dos atendimentos realizados nas Instituições Hospitalares, onde diz: No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, e tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso [...]. Portanto, é importante refletirmos acerca da humanização do atendimento, que ainda não acontece na prática em saúde.

A narrativa a seguir foi publicada no Jornal “Gazeta do Povo” e traz uma reportagem de mulheres que protestaram contra um Hospital do Paraná, pois relatam ter sofrido violência obstétrica. No relato “Senhora E” diz:

Médico furou minha bolsa com a unha há 15 anos. Após a repercussão do atendimento dado à jovem, dezenas de mulheres da cidade se identificaram com o caso e relataram que sofreram os mesmos maus tratos. É o caso de uma delas, não identificada pois sua filha é menor de idade. Há 15 anos eu sofri uma violência semelhante pelo mesmo médico. Ele furou a minha bolsa com a unha e não quis realizar o parto porque não havia dilatação suficiente. Fiquei quatro dias no hospital sofrendo e sendo humilhada, contou. Segundo ela, o desrespeito às mulheres ultrapassa gerações, pois sua filha sofreu maus tratos nas mãos do mesmo profissional. A adolescente sofre de deficiência auditiva e disse que, na hora de seu parto, o médico gritava. Ele achava que eu não o entendia. E dizia para as enfermeiras: mande essa surdinha de nada tirar a roupa. Me tratou como um animal”, afirmou. No passado, fui eu. Ontem, foi minha filha. Hoje, foi essa menina... Quero evitar que minha neta sofra isso, disse a mãe.

As consequências da violência obstétrica perpassam gerações, fato que pode ser constatado no relato acima e isso marca não só a vivência da gestante, mas das gerações futuras. Assim como no caso deste relato e também no relato de minha mãe que deixou marcas em mim e foi um dos motivos impulsionadores para a realização desta pesquisa, neste relato além da gestante ser adolescente, também é deficiente auditiva, dados que conforme já exposto anteriormente são precedentes para a ocorrência de violência obstétrica.

O relato a seguir foi publicado no Jornal Folha de Londrina. Neste relato não foi informado as características da nativa. O Jornal expõe que as duas histórias foram vivenciadas em diferentes hospitais públicos e privadas da região de Londrina, e apontam uma realidade que está em discussão no Congresso Nacional, a violência obstétrica.

“Senhora L” foi vítima de uma cesárea precipitada, pois seu desejo a princípio era o parto vaginal... não teve direito à presença do marido durante o parto, o que é garantido por lei e ficou amarrada durante a cirurgia e mal pôde ter contato com o bebê após o nascimento. Foi deixada sozinha por duas horas na sala de recuperação, ouvia o bebê chorar, mas não podia fazer nada”. A presença do acompanhante é garantida por lei, portanto é ato de violência a privação do direito da presença do acompanhante, garantido pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que assegura às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato [Dados da pesquisa *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Fundação Perseu Abramo e Sesc, 2013].

A próxima narrativa foi em um hospital de outra região da cidade de Londrina. “Senhora M”:

Relatou que peregrinou por três hospitais diferentes, até finalmente conseguir um lugar para realizar o parto do seu bebê, o motivo para a dificuldade em encontrar o hospital que lhe concedesse atendimento não foi relatado. “Senhora M” diz que sangrou após ser submetida a seis exames consecutivos de toque (quando o profissional introduz o dedo na vagina para observar a dilatação do útero), e ao expor seu incômodo por tantos exames de toque, foi xingada e humilhada pelos profissionais de saúde do estabelecimento hospitalar.

Muitos exames de toque, principalmente da rede pública de saúde são realizados com fins de aprendizado, desta forma Hotimsky (2009) discorre que no contexto brasileiro de crescente cirurgificação do parto, onde a prática do aprendizado para a cirurgia cesárea e demais procedimentos no corpo da mulher tornou-se uma tradição na formação médica, tende a ser expectativa dos internos realizar os procedimentos.

Em 2017 ao apresentar o painel no X EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica, com o trabalho intitulado: “Violência Obstétrica: Uma revisão integrativa sobre o processo de formação dos acadêmicos de medicina”, uma mulher parou para ler o painel e disse que havia passado por violência obstétrica e espontaneamente relatou sua vivência no parto: “Senhora N”, diz:

Bom, me lembro como se fosse hoje, meu bebê foi muito esperado, pois tive uma gestação complicada e após quase um ano de tentativas, o que previamente já me causou ansiedade até a chegada do parto... em 2017. Eu queria muito o parto vaginal e decidí tentar... No dia do nascimento do meu bebê eu me sentia fraca e não conseguia fazer a tal força necessária para o parto vaginal, e o médico falava que se eu não fizesse força meu bebê não iria nascer de parto vaginal, que eu precisava fazer força,

colaborar..., e teve momentos em que ele aumentou o tom de voz e disse: “se você não colaborar será impossível prosseguir”,... mas eu estava dando o meu máximo, mas não estava conseguindo... me senti impotente neste momento.. Continuei tentando e quando pensei que fosse desmaiar de tanta dor e fraqueza, meu bebê nasceu. E detalhe, eu estava com os pés amarrados e na posição deitada, não queria ter meu bebê deitada, pois já ouvia falar que essa posição dói mais e também não queria ser amarrada, mas fui informada que era para os meus pés não saírem do apoio nos movimentos de força.... Bom... me falaram que tinha que ser assim... mas será que tinha mesmo? Penso que passei por tudo isso porque sou negra. Me pergunto até hoje... Ao final, “Senhora N” diz que ao ver o tema da pesquisa no painel, passou um filme pela sua cabeça e ela se reconheceu neste cenário e se sentiu violentada..., mas apesar das lembranças, disse que seu bebê passa bem e que deseja ter outros filhos, mas não no mesmo hospital.

Essa narrativa deixa evidente as teorias que retratam que as mulheres negras tem uma seletividade no atendimento em saúde. Assim como diz Minayo (2013) o esforço irrealizável, a dor intolerável, o prazer e o aborrecimento ocorrem por meio das particularidades individuais, mas, sobretudo, por meio de critérios sancionados pela aprovação ou desaprovação coletiva [...] Em face das concepções racistas que querem ver no homem o produto de seu corpo, ao contrário, é o homem, sempre e em toda parte, que faz de seu corpo um produto de suas técnicas e de suas representações.

A narrativa a seguir chegou até mim através de uma amiga ao saber desta pesquisa. “Senhora P” inicia o relato dizendo:

Vivi momentos de angústia, medo e tristeza nos meus dois partos, todavia após anos me deparo com o que vivi novamente e me identifico ao saber que essa vivência tem um nome. Na minha primeira gestação eu tinha apenas 16 anos, então eu tinha muito medo. Quando minha bolsa estourou e comecei a sentir contrações parecia que todo aquele sentimento de medo se concentrou naquela noite, pois fiquei a noite toda com dor e com medo de ir ao hospital, e fui apenas pela manhã. Ao chegar no hospital, aplicaram ocitocina para estimular ainda mais as contrações, nisso a dor aumentou. Quando o médico chegou na sala onde eu estava, veio gritando e disse: Como você pode ficar a noite toda em casa sem vir ao hospital? Agora está aqui e mesmo com ocitocina dilatou apenas 2 cm, deveria ter vindo antes, agora vamos fazer cesárea”. Eu disse a ele: “ eu não vim antes pois estava com medo, mas ao falar isso o tom de voz aumentava, me lembro deste momento, e é como se vivenciasse aquele medo novamente. Fui para cesárea, e deu tudo certo, graças a Deus... No quarto onde fiquei no hospital, havia também uma moça da mesma idade que eu na época, 16 anos e me lembro que ela ficou a noite toda gemendo e gritando de dor e as enfermeiras passavam pela porta do quarto e falavam: Na hora de fazer tenho certeza que não gritou desse jeito”... Pensei, poxa isso é coisa que se fale? Não basta eu ter passado por aquela rispidez e agora vejo outra pessoa ser violentada.... Para mim foi muito marcante. Na minha segunda gestação, no dia do parto tive hemorragia e senti muita dor, eu falava para a equipe do hospital que não estava mais aguentando de dor e nada... Veio uma, duas, três pessoas diferentes fazer o exame de toque em mim, e ao fazer esse exame eu pensava que não iria aguentar, pois além de doer muito, estava sangrando demais... Quando veio a quarta pessoa fazer o toque eu disse: “Você não vai colocar a mão em mim, chama o médico agora”, meu instinto falou mais alto naquele momento, pois eu não estava aguentando mais e além disso pessoas diferentes vir fazer o toque? E ainda não ouviam minha queixa de dor e além disso, parece que fecharam os olhos para minha hemorragia.... Sim era muito sangue. Após minha fala, o médico veio me examinou e já me levou para fazer a cesárea. Após a cesárea pensei... poxa passar por isso duas vezes, foi difícil... e

“quando soube do tema do seu trabalho eu me vi neste cenário na hora, pois sofri violência nos meus dois partos e ainda presenciei violência em um... triste.

Esse relato fica evidente a solidariedade no sofrimento e na dor, pois além de passar por violência obstétrica nos seus dois partos, ainda identificou que sua colega de quarto também sofreu violência. Identificar a própria dor ou violência para muitas mulheres é um processo difícil, mas nesta narrativa podemos perceber o quão sensível foi o olhar desta mãe que mesmo em meio ao seu sofrimento, se solidarizou com a dor do próximo. Lembro-me desta narrativa como se fosse hoje, pois a emoção da nativa ao narrar seus dois partos foi impactante.

4.3 ENTRE O SUBJETIVO E O COLETIVO: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA SINGULAR DA MULHER

O casamento, a gestação atualmente tornou-se uma escolha e não um mero cumprimento de um protocolo social. A mulher moderna busca pela sua independência financeira, investe nos estudos, na carreira profissional e se pensa em ser mãe, geralmente isso acontece depois dos 30 anos de idade. Mas nem todas as mulheres pensam assim, existem aquelas que sonham em ser mãe e prioriza esse desejo, independente da estabilidade emocional e/ou financeira.

A maternidade é uma situação social da mulher, e existem mulheres que idealizam o parto como o momento mais sublime de suas vidas, e por vezes não é, principalmente quando é permeado pela violência obstétrica. Mas daí vem a pergunta? Será que muita idealização gera a frustração? Para esta pergunta, podemos pensar que sim, pois se qualquer acontecimento sai fora do planejado pela mulher, já pode ser motivo de o mundo desabar.

Refletindo sob essa perspectiva, a idealização do parto faz com que os atos de violência no parto sejam sentidos pelas mulheres de forma mais intensa, ou até mesmo a idealização pode proporcionar a identificação da violência, pois nada será corriqueiro ou habitual para esta mãe, pois seu parto já aconteceu em sua mente, pensamentos e sonhos. No processo de idealização do parto, podemos pensar que a vida habitualmente é apenas uma condição da existência. Na gestação ela se apresenta como criadora, mas é uma estranha criação que se realiza na contingência e na facticidade. A mulher não se vê mais como um objeto submetido a um sujeito, o corpo é enfim dela, posto que é do filho que lhe pertence.

O significado da gestação atualmente vai além da reprodução, a mulher sente como se parte de si tivesse se completado ao viver a sonhada e idealizada maternidade, todavia nem todas as mulheres possuem esse desejo em forma de sonho, algumas vivem em forma de desconforto

quando a gestação é indesejada, ou fruto de um relacionamento conturbado, por exemplo. Mas para as mulheres que idealizam a gestação, o momento do nascimento é imaginado como sublime e perfeito, todavia nem sempre é, principalmente quando este é permeado pela marca angustiante e traumática causada pela violência obstétrica, como podemos ver na narrativa da “Senhora O”: “Vivi momentos de angústia, medo e tristeza nos meus dois partos, todavia após anos me deparo com o que vivi novamente e me identifico ao saber que essa vivência tem um nome”. E na narrativa do “Senhor J”: “Esse nascimento poderia ter sido exatamente como a gestante planejou e desejou, mas a falta de sucesso no contato com a pediatra que estava de sobreaviso causou angústia e sofrimento, que de forma visível foi exposto pela gestante”.

A assistência ao parto contemporâneo foi denominada pelo pensamento funcional com um único objetivo: extrair o bebê relativamente saudável, não importa como, nem a que preço emocional, que lhe é invisível. O parto deveria ser revelador, no sentido de que cada mulher deveria ter a possibilidade de parir da maneira mais próxima daquilo que ela é em essência, mas são poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabam de atravessar. Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental (GUTMAN, 2014).

A invisibilidade das emoções e desejo da mulher no parto é uma ocorrência corriqueira. A narrativa da “Senhora M”, permitiu fazer tal reflexão. “Senhora M” diz: “Eu queria muito o parto vaginal e decidi tentar... No dia do nascimento do meu bebê eu me sentia fraca e não conseguia fazer a tal força necessária para o parto vaginal, e o médico falava que se eu não fizesse força meu bebê não iria nascer de parto vaginal, que eu precisava fazer força, colaborar..., e teve momentos em que ele aumentou o tom de voz e disse: “se você não colaborar será impossível prosseguir”, ... mas eu estava dando o meu máximo, mas não estava conseguindo... me senti impotente neste momento”.. A impressão sentida pela “Senhora M” neste momento, é de que existe algo de errado com ela, e não com o sistema de saúde que a oprime e causa angústia. Gutman (2014) já dizia, “o sofrimento é padecido quando a mulher se sente só, desprotegida, desamparada, humilhada ou acha que não está fazendo o correto”. Quando lhe dão o ultimato: “Se em meia hora você não terminar a dilatação, vamos para cesariana”.

Na maioria dos partos, Gutman (2014) destaca que as mulheres recebem um atendimento massificado, e isto pressupõe que os partos tendem a ser parecidos, em relação à duração, à dor e aos resultados. Quase todas as decisões são tomadas em função do objetivo de terminar o mais rápido possível, pois o rápido se converteu em melhor. Quando uma mulher atravessa um parto em pouco tempo, o considera um “bom parto”, quando dura 24h ou mais, acredita que foi um fracasso. O parto para a maioria das mulheres é vivido como um mistério, pois em grande parte os procedimentos não são explicados e não conseguem interpretar os códigos profissionais.

Torna-se um sofrimento quando a única coisa que a mulher anseia é acabar com o pesadelo do parto, quando lhe proibem de ter a companhia de um familiar próximo, quando se sente uma porcaria, sem identidade, sem história, sem vida. Quando é chamada de “a gordinha do quarto oito”, ou “a bolsa rompida que foi internada a meia noite”. Isso é tudo o que a mulher é, com os pés e mãos amarrados, sofrendo câimbras na cadeira obstétrica, com a genitália descoberta, enquanto assiste a troca de turnos dos profissionais de saúde e o tempo corre a favor dos demais (GUTMAN, 2014).

A violência obstétrica está atrelada a violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias, exercida pelos serviços de saúde, e se caracteriza por negligência e maus-tratos dos profissionais com as usuárias, incluindo a violação dos direitos reprodutivos, a peregrinação por diversos serviços até receber atendimento e aceleração do parto para liberar leitos, entre outros. Por isso, a frase “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” falada pela equipe de profissionais, se converte em parte do discurso institucional, relacionando a dor com o preço que devem pagar pelo prazer do ato sexual e levando a uma banalização dos atos desrespeitosos e à invisibilidade da violência (ZANARDO, et al. 2017). Assim, podemos constatar esse discurso na narrativa da “Senhora A”: “Na hora de fazer não doeu né, mas agora está gritando de dor, tem que aguentar”,... “neste momento vi no olhar de minha sobrinha o quão triste ela ficou, mas continuou sua trajetória com as contrações, afinal seu bebê estava a ponto de nascer”.

O atendimento desumanizado é degradante às gestantes no processo de parto, passam por uma experiência traumática e negativa. Algumas mulheres levam a marca desse trauma por um longo período de sua vida, seja por uma depressão pós parto, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), Transtorno de ansiedade generalizada (TAG), em especial na relação mãe-bebê, na amamentação e na saúde mental materna de forma geral, o que compromete totalmente a vivência plena e saudável da maternidade. Expõem sentimentos de indignação, acompanhados do medo de ter outro filho, o que marca os traumas deixados nessas mulheres que necessitam por vezes de tratamentos psicológicos. Percebe-se ainda que traumas repercutem no íntimo das mulheres, onde o medo de uma outra experiência traumática impede de querer uma nova gestação (SILVA, et al. 2017).

Todavia, existem mulheres que sofreram violência obstétrica, identificam e legitimam a vivência a partir do conhecimento do fenômeno, narram à experiência, mas não levam traumas ou marcas negativas da vivência para suas vidas. Lembram-se do parto, apesar de reconhecer que houve violência, como uma ocorrência natural, sem maiores implicações, como angústia e/ou

sofrimento. Portanto, até na elaboração da vivência, cada mulher possui sua singularidade, e esta deve ser respeitada.

Pude constatar essa singularidade da vivência da mulher ao passar pela violência obstétrica, ao apresentar um artigo que abordava sobre violência obstétrica no processo de ensino-aprendizado. No momento do debate uma das participantes explicou que sofreu violência obstétrica no nascimento de sua filha. Ela destacou que se lembra do cerceamento em relação ao seu desejo de ter parto vaginal e da negação por parte dos profissionais, sendo realizado cesárea e negligenciado seu desejo sem explicação ou indicação para tal. Sem entrar em maiores detalhes sobre o relato de parto, a participante encerra dizendo que apesar de ter vivido a violência obstétrica e reconhecer que essa prática foi um fenômeno presente no seu parto, não leva marcas negativas ou traumas desta vivência, informou que falar sobre o ocorrido não causa angústia, e sim a convicção de que no seu próximo parto tudo será diferente, pois não irá se calar diante da violência.

4.3.1 SER AFETADO: VIVÊNCIAS ENTRE A VIDA E A MORTE

Após transcrever as narrativas das mulheres e profissionais da área da saúde, refleti acerca da seguinte pergunta: Será que os interlocutores do campo relatariam a vivência da violência no parto da mesma forma se não soubessem do que se tratava ou o que é considerado violência obstétrica? Penso que é possível ter essa percepção a partir da subjetividade das narrativas. A exemplo, na narrativa da minha mãe, ela vivenciou a angústia momentos antes do parto e no parto, mas só após muitos anos conseguiu legitimar essa vivência a partir do conhecimento do termo violência obstétrica. Sinto que é como se passasse a ter um significado diferente, um “rótulo” coletivo para o que ela passou, a materialização da vivência, como se algo a dissesse “poxa” não aconteceu apenas comigo, outras mulheres passaram e passam pela mesma angústia ao qual senti aquele dia”.

Toda experiência composta através do campo me propiciou ser afetada pelas trocas construídas com os interlocutores, e isso foi espontâneo, assim como a coleta das narrativas. Cada história narrada me permitia rememorar por vezes a experiência daquela pessoa, como ela sonhou em ser mãe, se sonhou, se desejou aquela gestação, e como administrou um momento de angústia e frustração. Pensar na categoria maternidade por um momento específico de minha trajetória me afastou do campo, mas ficou a plena convicção de o quanto o campo me afetou de um modo positivo, e porque não dizer terapêutico.

Assim como Favret-Saada (2005) penso que com a hipótese de que a eficácia terapêutica, quando ela se dá, resulta do trabalho realizado sobre o afeto não representado. Ao contrário do que os autores de forma geral pensam, Favret-Saada destaca que a partir da sua experiência no campo, levou a pôr em questão o tratamento paradoxal do afeto na antropologia em geral, pois os autores ignoram ou negam seu lugar na experiência humana, e quando o reconhecem, ou é para demonstrar que os afetos são o mero produto de uma construção cultural, e que não têm nenhuma consistência fora dessa construção, como manifesta uma abundante literatura anglo-saxã; ou é para votar o afeto ao desaparecimento, atribuindo-lhe como único destino possível o de passar para o registro da representação.

Aceitar ser afetado supõe que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada. Mas se acontece alguma coisa e se o projeto de conhecimento não se perde em meio a uma aventura, então uma perspectiva etnográfica é possível. Assim, conforme o momento, ele faz justiça àquilo que nele é afetado, maleável, modificado pela experiência de campo, ou então àquilo que nele quer registrar essa experiência, quer compreendê-la e fazer dela um objeto de ciência. As operações de conhecimento acham-se estendidas no tempo e separadas umas das outras: no momento em que somos mais afetados, não podemos narrar a experiência; no momento em que a narramos não podemos compreendê-la. O tempo da análise virá mais tarde (FAVRET-SAADA, 2005).

O convívio e as relações com os profissionais de saúde e às gestantes me levaram, a partir da construção do campo e das narrativas, as seguintes categorias: troca, idealização; frustração; protagonismo e relações de poder. Essas categorias surgiram após o conhecimento dos interlocutores sobre o tema, em suas narrativas. A categoria troca foi a primeira a se apresentar no campo, pois antes mesmo das narrativas acontecerem, as trocas a nível simbólico já aconteciam, as pessoas que narraram e se reconheceram no cenário da violência obstétrica, vivenciou a troca simbólica antes mesmo da materialização através da narrativa.

No campo, as trocas eram recíprocas, pois ao apresentar o tema recebia uma narrativa ou um feedback acerca do exposto. Cada indivíduo tinha seu lugar de fala, e não apenas as mulheres traziam narrativas, mas os homens também se sensibilizaram pela violência obstétrica. Osório (2015) destaca em seu estudo “Mães de gato” que homens e mulheres se identificam enquanto mãe, ou seja, as pessoas de forma geral, independente do gênero se solidarizaram frente a violência obstétrica.

A categoria troca surgiu no campo desde o primeiro contato com os interlocutores, pois ao apresentar o tema, seja onde for, alguém se manifestava com um relato a partir da identificação. Era uma troca recíproca e imediata, “disparava a informação e recebia simultaneamente outra, a

narrativa”. Nessas condições, Mauss (2016) aponta que estamos lidando com técnicas do corpo, pois o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo. Ou seja, a linguagem no campo iniciava-se a partir da corporeidade, seja pela simples identificação com o fenômeno ou por reconhecer a objetificação do corpo feminino no momento do parto.

A relação de troca foi visível na narrativa da “Senhora A”, pois desde que iniciei a pesquisa sobre violência obstétrica, a apresento para as pessoas, e quando a conversa proporciona entrar neste assunto, as narrativas acontecem de forma espontânea. Foi então que um dia, eu e “Senhora A” estávamos conversando sobre parto, que relatei a “Senhora A” meu tema de pesquisa, logo ela mostrou-se com olhar de espanto e disse que nunca ouviu falar que isso existia, e eu disse, pois é infelizmente grande porcentagem das mulheres que passam por uma vivência que causa angústia, tristeza no parto, se reconhecem no cenário da violência obstétrica. Logo após, “Senhora A” trouxe sua narrativa. Já a narrativa da “Senhora O” mostra que mesmo vivenciando momentos de angústia, medo e tristeza no parto, o reconhecimento do ocorrido com ela há anos caiu em esquecimento, mas quando soube do fenômeno violência obstétrica, de forma automática se identificou com o termo e legitimou sua vivência a partir da sua identificação.

Mauss (2016) ao abordar a questão das técnicas do corpo, discorre sobre as técnicas do nascimento e da obstetrícia, que fazem parte das técnicas do corpo. O autor destaca que as formas da obstetrícia são muito variáveis. Por exemplo, no nascimento do menino Buda, sua mãe, Maya, agarrou-se a um galho de árvore, ela deu à luz em pé. Uma boa parte das mulheres da Índia ainda fazem assim. Coisas que acreditamos normais, como o parto na posição deitada de costas, não são mais normais que as outras, por exemplo a posição de quatro. Há técnicas do parto, seja por parte da mãe, seja por parte de seus auxiliares, do modo de pegar a criança, da ligadura e corte do cordão umbilical e dos cuidados com a mãe e com a criança, cada uma possui sua singularidade.

Essas são questões expressivas, todavia atualmente é considerado ao que se refere a técnica obstétrica, e não ao desejo da mãe no momento do nascimento. Podemos constatar o prevaletimento da técnica e não do desejo da mãe no momento do parto, na narrativa da “Senhora L”, que foi vítima de uma cesárea precipitada, pois seu desejo a princípio era o parto vaginal. Ela não teve direito à presença do acompanhante durante o parto, o que é garantido por lei e ficou amarrada durante a cirurgia e mal pôde ter contato com o bebê após o nascimento. Foi deixada sozinha por duas horas na sala de recuperação, ouvia o bebê chorar, mas não podia fazer nada. “Senhora L” sabia qual era a melhor via de parto para si, mas foi impedida ao menos de

tentar quando foi submetida a uma cesárea indesejada sem explicação prévia, ou seja, a técnica foi realizada e ponto, e o desejo de “Senhora L” neste momento ficou em segundo plano, uma vivência que a marcou.

A categoria idealização foi percebida nas narrativas espontaneamente. Inconscientemente na maioria das mulheres já é estabelecido que a vivência do parto, o marco da maternidade será o momento mais sublime da sua vida. Mas quando as mulheres narram que imaginavam que o momento do nascimento fosse ser o mais feliz, o mais esperado de suas vidas, este chega, mas não é da forma que imaginou, a idealização do “parto perfeito” ou “momento perfeito” cai por terra.

“Senhora B” em sua narrativa relata o preparo para o acontecimento do parto neste dia, escolheu a médica que iria realizar que foi a mesma do pré-natal, pois já confiava e tinha estabelecido um vínculo, escolheu o hospital, o cenário a princípio estava adequado conforme sua escolha. ‘Senhora B’ idealizou o parto, e na sua mente, este já havia acontecido conforme o programado, só restava sair tudo conforme planejado. Todavia o contexto do parto foi diferente do imaginado, pois a partir do momento em que chegou no hospital, tudo mudou. Ela relata: “Depois me levaram para outra sala e fiquei lá um tempão, cochilei um pouco, chorei lembrando de tudo... depois perguntei para a enfermeira do meu bebê e do meu esposo, ela disse que estavam no banho do bebê e logo viriam. (...) A GO depois me disse que iria fazer uma reclamação contra o hospital pelo fato do apoio dos pés ficar caindo o tempo todo durante o parto, que isso atrapalhou muito”. No relato de “Senhora B”, fica evidente que os problemas estruturais das instituições hospitalares levam a vivência da violência obstétrica e deixam o momento idealizado pela mulher apenas em sua mente, pois a vivência foi outra.

Juntamente com a categoria idealização, a frustração é acompanhada de forma conjunta, são quase que categorias inseparáveis, pois a idealização gera a frustração. A frustração surgiu no campo e foi vivenciada pelas mulheres e profissionais da saúde, ao passo que imaginavam como o momento do parto iria acontecer ou deveria acontecer. A frustração implícita nas narrativas se deu quando os interlocutores narraram que o parto não foi como o desejado, que vivenciou uma experiência traumática em um momento que deveria ser de alegria.

É possível perceber a categoria frustração e relações de poder na narrativa de minha mãe, quando ela relata que: “Em uma das suas últimas consultas pré-natais, aquela consulta onde se agenda o parto, minha mãe sempre relatou para o médico que queria parto vaginal, mas este desde o início disse que minha mãe não poderia, nem ao menos tentar, sem maiores explicações. Neste ponto, ela narra que sentiu impotência, angústia e medo. Nesta consulta, minha mãe relata para o médico que em suas “contas” eu iria nascer no dia 04 de Fevereiro, mas ele com um tom

mais alto de voz, disse: “o médico aqui sou eu, portanto sou em quem sabe quando o bebê irá nascer”... bebê, pois naquela época o acesso a ultrassom era para poucos, e minha mãe não teve acesso a esse exame, ao menos para saber o sexo do bebê, isso seria descoberto apenas no dia do nascimento, então ela não sabia se eu era menino ou menina, seria surpresa. Após essa fala, minha mãe relata que disse ao médico que ela era a mãe, e ela sabia e sentia através do seu instinto quando eu iria nascer então mais uma vez ele disse, em tom um pouco mais alto que da última vez: “o médico aqui sou eu, portanto não questione meu saber”.

Ao relatar essa vivência, minha mãe demonstra uma forte angústia, ainda mais quando o médico disse: “seu bebê não irá nascer neste dia, pois além das suas “contas” estarem erradas, eu estarei viajando”. Neste ponto do relato, minha mãe para, respira e diz: “além de vivenciar a frustração da anulação do meu instinto materno, neste momento me senti abandonada, pois dia 04 estava chegando, e meu médico disse que não estará aqui”.

A frustração sentida por ela naquele momento foi intensa, e, além disso, o sentimento de impotência também tomava conta de si, pois não teve voz, seu desejo foi simplesmente anulado pelo saber médico. Mas até que ponto esse saber impera quando o assunto é instinto materno? Faço-me essa pergunta todos os dias. Portanto, ao ouvir a fala de minha mãe, a angústia de viver a anulação da externalização do seu instinto materno, é como o sentimento de arrancarem parte de si, do seu saber, do seu corpo. E é urgente pensar o porquê até os dias de hoje muitas mulheres ainda passam por essa anulação.

Podemos ver também na narrativa de “Senhora A”, a frustração sentida tanto pela sua sobrinha, quanto por ela enquanto tia, ao relatar que: “Quando chegou o momento do bebê nascer foi um momento de medo, ansiedade, mas também de muita felicidade, as contrações vinham cada vez mais intensas e minha sobrinha estava firme, afinal como “dependia” do SUS, tinha que tentar ganhar via parto vaginal, mesmo que não suportasse as dores. Em um dado momento, ela expressou sua dor e uma enfermeira disse, em voz alta: “Na hora de fazer não doeu né, mas agora está gritando de dor, tem que aguentar”, neste momento vi no olhar de minha sobrinha o quão triste ela ficou, mas continuou sua trajetória com as contrações, afinal seu bebê estava a ponto de nascer..., se passaram alguns minutos até que seu bebê nasceu. Ao nascer, foi como se aquele lugar não pertencesse a ela, sentia incômodo, vontade de ir embora logo, pois não se sentiu acolhida, e isso ficou evidente após esse comentário”.

A partir das categorias emergidas no campo, foi possível constatar que as categorias não são fragmentadas, elas se entrelaçam nas narrativas, e a vivência de cada interlocutor permeia pelas categorias, e não por apenas uma, como podemos ver no relato de minha mãe e “Senhora A”, que além da categoria frustração que foi reconhecida e vivenciada por elas, também emergiu

a categoria protagonismo que foi anulado no momento do parto e relação de poder, que prevaleceu em todo o processo. Portanto, as categorias aparecem de forma singular em cada narrativa, sendo que uma se destaca sobre as outras, todavia no contexto e no cenário obstétrico a partir do campo, as categorias se entrelaçam, como uma colcha de retalhos.

O protagonismo é o esperado pelas mulheres no momento do nascimento de seus filhos, afinal elas em geral, carregam nove meses, e por que não pensar que será a protagonista do parto? Isso é quase que um pensamento automático, afinal é a mulher que está dando a luz e não o profissional que irá atendê-la, todavia quando o parto é permeado por atos de violência esse contexto muda. O protagonismo da mulher não acontece, seus desejos tornam-se invisíveis e passam a exercer a função coadjuvante.

Podemos constatar no relato da “Senhora D”, como seu protagonismo no momento do parto tornou-se invisível. “Senhora D” expõe: “Uma das enfermeiras tomou minha filha dos meus braços e levou ela sem identificação, não faço ideia para onde. Eu falei para a outra enfermeira que queria ficar com a minha filha e que queria meu marido, ela disse que ia ver e saiu. Quando a enfermeira que levou minha filha voltou, começou a falar que eu precisaria ficar internada e que um ginecologista ia vir para fazer um exame de toque. Eu respondi a ela que eu não iria ficar internada, pois não me sentia nada mal e que não passo com outros ginecologistas sem ser a minha, além de saber que exames de toque pós-parto são desnecessários, inclusive não recomendados. Mas ouvi um: “você não tem outra opção!””. A autonomia de escolha, o protagonismo de “Senhora D” neste momento não estava em pauta, o que estava era cumprir os protocolos hospitalares.

E quando o desejo da mulher é totalmente negligenciado sem indicação ou explicação para a não realização de dado procedimento? Foi o que aconteceu com “Senhora L”, em sua narrativa ela destaca que foi vítima de uma cesárea precipitada, pois seu desejo a princípio era o parto vaginal... não teve direito à presença do marido durante o parto, o que é garantido por lei e ficou amarrada durante a cirurgia e mal pôde ter contato com o bebê após o nascimento. Foi deixada sozinha por duas horas na sala de recuperação, ouvia o bebê chorar, mas não podia fazer nada. Será que podemos mensurar ou imaginar a angústia de “Senhora L” neste momento, onde seu protagonismo não existiu e, além disso, seu desejo foi totalmente anulado e impedida da presença do marido em um momento ao qual necessitava ter pessoas da família por perto? Penso que não, pois é imensurável.

O desejo de “Senhora L”, era pelo parto vaginal, que é ativo e mais saudável por ser natural, tornando a parturiente protagonista no ato, o que não é percebido na cesárea, pois nele, a mulher assume a postura passiva, perdendo em partes o sentido do protagonismo para algumas

mulheres que realizaram cesárea. No estudo realizado por Nascimento et al (2015) onde entrevistou 25 puérperas internadas no Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário, os parâmetros para as entrevistas eram as puérperas que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa: “puérpera com vivência de parto vaginal ou cesárea nas últimas 12 a 72 horas”. Como resultado, o estudo evidenciou o sentimento de frustração, perda de controle e do protagonismo das mulheres que desejavam parto vaginal e tiveram que se submeter à cesárea.

Existem condições que justificam a indicação e realização da cesárea, afinal ela surgiu para salvar vidas, mas são frequentes as dificuldades impostas para as mulheres exercerem a autonomia sobre seus corpos e serem protagonistas do processo do parto. Ao se entregarem totalmente aos cuidados dos profissionais, afastam-se progressivamente das decisões sobre o processo da gestação e de sua finalização. A sensação de não ser capaz de parir é angústia frequente no momento do parto, tornando as mulheres mais vulneráveis às intervenções médicas nesse período, sem autonomia em processos de escolha ou decisão (NASCIMENTO, et al. 2015). Portanto, podemos refletir quais marcas e/ou lembranças que “Senhora L” leva do seu parto? Talvez apenas a amarga memória materializada através de uma narrativa de violência.

Para além da frustração de ter vivido uma cesárea indesejada, há questões envolvidas no processo de se qualificar negativamente a experiência da gestação, parto e nascimento que estão relacionados com a angústia e frustração das expectativas e dos planos para o parto, com relação a equipe/profissional, com o sentimento de quebra de acordo e com o acesso a informações baseadas em evidências científicas, além do rompimento do laço de confiança depositado pela mulher no profissional (SALGADO, 2015).

A categoria relações de poder caminha junto com a categoria protagonismo. O protagonismo da mulher muitas vezes é aniquilado, pois simbolicamente no momento do parto os detentores do saber são os profissionais, e não as mulheres. Os profissionais conduzem o parto, escolhem a melhor posição para a mulher e indicam quais procedimentos serão realizados, muitas vezes sem o conhecimento e consentimento da mulher. A relação de poder acontece quando a mulher torna-se invisível e tem seus direitos podados. Claro, que não deve-se deixar de considerar que quando ocorre alguma intercorrência no parto, ou quando a mulher e bebê correm risco de morte, o saber dos profissionais de saúde devem prevalecer, afinal estudaram para tal finalidade e estão a postos para dar assistência a parturiente, todavia ao contrário disso quando não possui indicações, certos procedimentos acontecem contrariando o desejo da mulher, elas se sentem angustiadas e entristecidas, afinal nesta relação o poder não é pertencente a elas.

O poder implícito na relação profissional-paciente relaciona-se não somente à frustração da expectativa do parto desejado/idealizado, como também à frustração por uma relação

profissional-paciente marcada pelo autoritarismo e paternalismo, pelo desrespeito ao protagonismo da mulher e aos acordos feitos inicialmente durante o pré-natal, bem como pelo sentimento de não ter recebido o atendimento desejado. O reflexo da vivência de violência no parto reflete no primeiro contato com o bebê, o qual fica prejudicado, e passa a ter impactos importantes no estabelecimento do vínculo mãe-bebê (SALGADO, 2012).

Deve-se considerar que a vulnerabilidade da mulher, desencadeada pelo processo de parturição, somada à detenção do conhecimento pelos profissionais de saúde, fazem com que a parturiente valorize mais a opinião do profissional em detrimento da sua, não pretendendo, porém, invadir o seu poder de decisão frente às evidências científicas, por si só, incontestáveis (NASCIMENTO, et al. 2015).

As relações de poder são implícitas nas narrativas, às vezes acontecem de forma sutil e até despercebida, mas não deixa de ser sentida. O relato da “Senhora D” mostra seu sentimento de insatisfação perante os procedimentos realizados. Ela diz: “Resultado que fizeram tudo que eu não queria, e tinha isso tudo por escrito no plano de parto. Aspiraram minha filha, aplicaram nitrato de prata, deram o primeiro banho e deram NAN - e eu com os seios ingurgitados de tanto leite que ficou! Eu cheguei a registrar uma queixa na ouvidoria do hospital, assim como meu marido, mas até hora não tivemos retorno”. Além da insatisfação, “Senhora D” ainda teve que passar pela angústia de não obter respostas.

No campo da saúde, as relações de poder geralmente são praticadas pelos profissionais que “detém o saber” sob aquela paciente, sem ao menos esta consentir com tal procedimento, afinal quem sabe conduzir é o profissional, e a mulher fica sem voz e sem vez. “Senhora E” diz: “Médico furou minha bolsa com a unha há 15 anos”. “Após a repercussão do atendimento dado à jovem, dezenas de mulheres da cidade se identificaram com o caso e relataram que sofreram os mesmos maus tratos. É o caso de uma delas, não identificada pois sua filha é menor de idade. “Há 15 anos eu sofri uma violência semelhante pelo mesmo médico. Ele furou a minha bolsa com a unha e não quis realizar o parto porque não havia dilatação suficiente. Fiquei quatro dias no hospital sofrendo e sendo humilhada”.

Outra narrativa que retrata a relação de poder é da “Senhora M” que peregrinou por três hospitais diferentes, até finalmente conseguir um lugar para realizar o parto do seu bebê, o motivo para a dificuldade em encontrar o hospital que lhe concedesse atendimento não foi relatado. “Senhora M” diz que sangrou após ser submetida a seis exames consecutivos de toque (quando o profissional introduz o dedo na vagina para observar a dilatação do útero), e ao expor seu incômodo por tantos exames de toque, foi xingada e humilhada pelos profissionais de saúde do estabelecimento hospitalar”. Portanto, podemos constatar que essas são problemáticas

permeadas por um sistema macro, o Estado, que cerceia o profissional, e este a gestante que tem seu direito violado e violentado, e vivencia o manejo de sua vida e morte.

5. POR UMA ANTROPOLOGIA SENSÍVEL

Compreender como gestantes e profissionais da área da saúde participaram da construção das narrativas a respeito da violência obstétrica, foi como mergulhar em um universo peculiar, onde cada interlocutor materializou através das narrativas, a vivência da violência obstétrica de forma individual, mas ao mesmo tempo coletiva, quando se depararam com as vivências de outras pessoas e se identificaram com suas histórias. As vivências materializadas através das narrativas me mostraram o quanto esse fenômeno necessita ser discutido.

Abordar o debate sobre violência obstétrica é importante para trazer conhecimento, reflexão e fomentar que devemos repensar sobre o modelo de assistência ao parto em nosso País. Relevância que veio de encontro com os dados abordados no Jornal Sbt Brasil, onde mostrou o relato do Ministério da Saúde sobre o aumento do número de mulheres que denunciaram a violência sofrida durante a gravidez em 2018, acarretando no crescimento de 87,5% de denúncias registradas. O objeto de pesquisa é complexo, por isso a necessidade de falar sobre esse fenômeno que está presente no cenário do nascimento. Assim, este trabalho não esgota o tema referente à violência obstétrica, no fundo apresenta suas diferentes facetas, e a pesquisa não implica em lançar uma última palavra do assunto.

O maior desafio deste trabalho foi pensar como o campo seria construído a partir da negativa recebida pelo Hospital Universitário de Maringá. Após o levantamento das possibilidades, ao mesmo tempo, de forma espontânea não precisei ir até o campo, ele veio até mim, pois a repercussão do tema fez as narrativas emergirem espontaneamente e de forma voluntária no campo que se formou. Ao falar sobre o tema em espaços públicos, familiares, no trabalho, na academia mobilizou as pessoas a materializarem suas vivências e de outras pessoas por meio de palavras, como violência obstétrica.

Outro desafio foi ao iniciar o campo sob um olhar metodológico até então desconhecido do meu processo formativo, deparei com inúmeras indagações diante das possibilidades apresentadas. Com as leituras acerca das teorias antropológicas pude perceber a necessidade do olhar sensível através da Antropologia ao objeto de pesquisa, digo isso, pois o afeto, a empatia, as emoções fizeram parte o tempo todo do campo, e a partir da sensibilidade que a Antropologia me permitia expor, tive a certeza que não poderia ter feito uma escolha mais assertiva.

Falar do sensível é falar do modo de vida, existência e perigo iminente de morte vivenciado no parto, uma vez que esse trabalho ativa memórias, afetos, relembra vivências e sentimentos. Um olhar sensível requer uma análise profunda e ao mesmo tempo atenta às singularidades do fenômeno, sendo necessário um olhar sensível ao observar o objeto de

pesquisa. Este ponto foi um marco no campo, pois a partir desse olhar foi possível perceber que as narrativas eram uma relação de troca, ou seja, “apresento o tema violência obstétrica e o interlocutor devolve com a narrativa - troca”. Conforme já dizia Mauss: “Sem reciprocidade, não há troca”.

As narrativas sensíveis constroem o outro que politiza a experiência e oferece outras possibilidades de vida diante do risco iminente de morte. O caráter politizador ativa a memória, a sensibilidade, o afeto e isso é necessário para a valorização dos esforços em construir um cenário livre de violência para a mãe e o bebê. Desta forma, as narrativas construídas no campo promovem a memória, identificação, experiência que não é só particular, mas coletiva, pois se repete em outras histórias.

O sensível tem impacto na vida das mulheres quando estão diante da vida e da morte. Pensar a violência obstétrica sob essa ótica é pensar nas narrativas que fizeram parte deste trabalho, onde as mulheres tiveram seus direitos violados e violentados pelo sistema de saúde. O cenário do nascimento é imerso em um sistema que também viola os direitos dos profissionais da área da saúde e o reflexo dessa violação é mais violação de direitos. Isso não justifica as práticas de violência, mas como “consequência” temos a postura dos profissionais, o saber e a autoridade científica no sistema de saúde que vem em contraponto com as expectativas e desejos das mulheres.

O cenário do nascimento é permeado por várias emoções, onde vida e morte estão postas, e os diversos posicionamentos ocasionam o silenciamento da voz das mulheres. As possibilidades de práticas e técnicas são correntes para o momento do nascimento, mas não são adequadas quando aplicadas sem a devida indicação. As condições de saúde são tecnológica e subjetiva, deixando a vida em iminente risco. De um lado tem a posição dos profissionais do sistema de saúde e há de outro lado o contexto da mãe e bebês que estão em situação de grande transformação, sensibilidade e de risco potencial.

Pensar como a antropologia sistematiza os debates acerca da violência obstétrica mostra que a percepção sobre saúde é ampla, a vivência da doença e das intercorrências ou situações especiais, como é o caso do parto, envolvem uma explicação pessoal fortemente influenciada pela cultura, que interfere nas escolhas e no itinerário percorrido em busca de cuidados. Por outro lado, existe a influência dos serviços de saúde, em especial das crenças e conhecimentos dos profissionais no curso dos cuidados durante o período grávido-puerperal e na escolha do tipo de parto. Refletir a violência obstétrica via antropologia, implica enfrentar um dos grandes desafios da sócio-antropologia contemporânea, ou seja, a compreensão das dimensões cognitivas

e sociais que são incorporadas e que se expressam nas representações individuais (PIRES, et al. 2010).

A violência obstétrica apesar de acontecer no período gestacional, pode repercutir na vida toda a partir dos traumas que a violência deixa na vida das mulheres e/ou dos bebês. Então materializar a própria vivência e/ou de outrem é construir com o outro uma narrativa sensível, e pensar a narrativa enquanto sensível politiza a experiência e oferece outras possibilidades de vida em meio ao risco iminente de morte. A narrativa acontece como uma função terapêutica, subjetiva e transformadora, mais também coletiva, por isso a necessidade de olhar o objeto através de uma Antropologia sensível. Portanto, devemos lutar por momentos no cenário do nascimento marcados pelo protagonismo, empatia e amor, assim deixo a consideração de que o trabalho começa quando a leitura desta pesquisa termina.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO GOVERNO DO ESTADO. **Paraná reduz índices de mortalidade materna e infantil.** (2017). Disponível em: <<http://www.aen.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=96454&tit=Parana-reduz-indices-de-mortalidade-materna-e-infantil>>. Acesso em 19 fev 2018.

ALMEIDA, Miguel Vale de. **O Corpo na Teoria Antropológica.** Revista de Comunicação e Linguagens, 33: 49-66, 2004.

ARRETCHE, Marta. **Trajetórias das desigualdades: Como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos.** Ed. Unesp. 1º edição. São Paulo, 2015.

BELÉN, Castrillo. **Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica.** Rev. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana ISSN 1984-6487 / n. 24 - dic. / dez. / dec. [online] 2016 - pp.43-68.

CASTRO, Cláudia Medeiros de, et al. **Entre o ideal e o possível: experiências iniciais das obstetizes no Sistema Único de Saúde de São Paulo.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.312-323, [online] 2017.

CONSULTOR JURÍDICO - CONJUR. **Estado tem o dever de prevenir e punir a violência obstétrica.** (2015). Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-dez-07/mp-debate-estado-dever-dever-prevenir-punir-violencia-obstetrica>>. Acesso em 21 fev 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília,DF, out 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em 22 out 2018.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três Décadas de Ensino e Pesquisa.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol. III, [online] 1998.

CANESQUI, Ana Maria. **As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [2]: 215-250, [online] 2008.

CANESQUI, Ana Maria. **Sobre a Presença das Ciências Sociais e Humanas na Saúde Pública.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.16-21, [online] 2011.

COHN, Clarice. **O Ensino de Antropologia da Saúde na Graduação: uma experiência.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.41-49, [online] 2011.

DAS, Veena. **O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade.** cadernos pagu (37), julho-dezembro de [online] 2011:9-41.

DINIZ, Simone Grilo, et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção.** São Paulo. *Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano.*

Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2015.

FARIAS, Kamila Gadelha. **Quando a lente muda o retrato. Um olhar sobre a violência obstétrica.** Universidade Federal de Campina Grande XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades, 2014.

FOLHA DE LONDRINA. O Jornal do Paraná. **Violência obstétrica - maus tratos na hora do parto.** Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/reportagem/violencia-obstetrica-maus-tratos-na-hora-do-parto-943540.html>>. Acesso em 08 fev 2018.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder.** ed.16ª. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO e SESC. **Violência no parto: Na hora de fazer não gritou.** (2013). Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>>. Acesso em 08 fev 2018.

FRANZOI, Neusa Maria, et al. **Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem maio-jun [online] 2011;19(3):[09].

FAVRET-SAADA, Jeanne. **“Ser afetado”.** cadernos de campo n.13: 155-161, [online] 2005.

GAZETA DO POVO. (2014). **Mulheres protestam contra violência obstétrica em Paranaguá.** Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/mulheres-protestam-contraviolencia-obstetrica-em-paranagua-egiu252pdfrx00gc50dftzivi>>. [Acesso em 16 fev 2018].

GOES, Emanuelle. **Violência obstétrica e o viés racial.** (2016). Disponível em: <<https://cientistasfeministas.wordpress.com/2016/08/17/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>>. Acesso em 15 fev 2018.

GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de. **Antropologia, Estudos Culturais e Educação: desafios da modernidade.** Pro-Posições, v. 19, n. 3 (57) - set./dez. 2008.

GUTMAN, Laura. **A maternidade e o encontro com a própria sombra.** Rio de Janeiro. BestSeller, 2014.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **Violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia.** Trabalho proposto para apresentação no I ENADIR – Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo, 2009.

IANNI, Aurea Maria Zöllner, et al. **Os Congressos Brasileiros de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco: um campo científico em disputa.** Ciência & Saúde Coletiva, 20(2):503-513, [online] 2015.

JORNAL SBT BRASIL. **Cresce o número de mulheres que relatam violência obstétrica.** Disponível em: <<http://programasdosbt.com.br/cresce-o-numero-de-mulheres-que-relatam-violencia-obstetrica-sbt-brasil-210119/>>. Acesso em 23 jan 2019.

LANGDON, Esther Jean. **Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19(4):1019-1029, [online] 2014.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MALUF, Sônia Weidner. **Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MAUSS, Marcel. **Antropologia e Sociologia**. São Paulo: CosacNaify, 2016.

MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães de. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. In MATTOS, CLG., and CASTRO, PA., org. Etnografia e educação: conceitos e usos [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011, pp. 49-83. ISBN 978-85-7879-190-2. Available from SciELO Books.

MELO, Marcos André. **As sete vidas da agenda pública Brasileira**. In: RICCO, M.E. Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 1998, pg. 126 – 154.

MENDES, Karla Losse. **Violência obstétrica: A dor desnecessária**. Revista Contato. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Ed. 108, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, [online] 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A Produção de Conhecimentos na Interface entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Coletiva**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.21-31, [online] 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [MSD]. (2016). **Cresce em 50% o número de gestantes acompanhadas no Bolsa Família**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25756-cresce-em-50-o-numero-de-gestantes-acompanhadas-no-bolsa-familia>>. Acesso em 30 jun 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [MSD]. (2017). **Sistema Único de Saúde – SUS**. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/ist/story/9159-sus-apresenta-crescimento-no-numero-de-partos-normais-realizados-no-brasil>>. Acesso em 14 fev 2018.

NASCER NO BRASIL. **Inquérito Nacional sobre parto e nascimento**. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz. Brasil, 2014.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do, et al. **Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas**. Rev Gaúcha Enferm. 36(esp):119-26, 2015.

NARCHI, Nádia Zanon, et al. Contexto, **Desafios e Perspectivas na Formação de Obstetrias no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.510-519, [online] 2012.

NETO, Edson Theodoro dos Santos, et al. **Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil**. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

OLIVEIRA, Cristiano Claudino, et al. **Violência e Saúde: Concepções de Profissionais de uma Unidade Básica de Saúde**. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA.35 (3) : 412-420; [online] 2011.

OBSERVATÓRIO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL. **Violência Obstétrica**. (2016). Disponível em: <<https://www.observatoriovobrasil.com.br/blank>>. Acesso em 08 fev 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. (2014). Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 08 fev 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. (2016). Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>>. Acesso em 28 fev 2018.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio no movimento dos sentidos**. Campinas, SP. Editora da Unicamp, 2007.

OSÓRIO, Andréa. **Mãe de gato? Reflexões sobre o parentesco entre humanos e animais de estimação**. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2015.

PAES, Fabiana Dal'Mas Rocha. **Violência obstétrica: um novo termo para uma prática antiga?** (2014). Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/direitos-sexuais-e-reprodutivos/violencia-obstetrica-um-novo-termo-para-uma-pratica-antiga-por-fabiana-dalmas-rocha-paes/>>. Acesso em 08 fev 2018.

PALHARINI, Luciana Aparecida Palharini. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil**. cadernos pagu (49), 174907 - ISSN 1809-4449 [online] 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**. Dossiê para CPMI da Violência contra as Mulheres. Brasil, 2012.

PEIRANO, Mariza. **O paradoxo dos documentos de identidade: Relato de uma experiência nos Estados Unidos**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 53-80, jul./dez. 2009.

PINTO, Céli Regina Jardim. **Feminismo, História e Poder**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun. [online] 2010.

PIRES, Denise, et al. **A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (2): 191-197 abr. / jun., 2010.

PORTAL BEM PARANÁ. (2017). **Aumentam as denúncias de violência obstétrica**. Disponível em: <<http://www.bemparana.com.br/noticia/502120/aumentam-as-denuncias-de-violencia-obstetrica>>. Acesso em 17 fev 2018.

PORTAL COMUNITÁRIO PONTA GROSSA. (2017). **Mulheres relatam casos de violência obstétrica em maternidades de Ponta Grossa.** Disponível em: <<http://www.portalcomunitario.jor.br/index.php/213-portal/geral-pg/4423-mulheres-relatam-casos-de-violencia-obstetrica-em-maternidades-de-ponta-grossa>>. Acesso em 16 fev 2018.

RECLAME AQUI. **Violência Obstétrica.** Disponível em: <https://www.reclameaqui.com.br/santa-casa-de-maringa/violencia-obstetrica_14556142/>. Acesso em 15 abr 2018.

REVISTA GUIA. (2017). **Ministério Público do Paraná lança Campanha contra Violência Obstétrica.** Disponível em: <<http://www.revistagua.com.br/noticia/15478/Ministerio+Publico+do+Parana+lanca+Campanha+contra+Violencia+Obstetrica>>. Acesso em 17 fev 2018.

ROHDEN, Fabíola. **Ginecologia, Gênero e Sexualidade na Ciência do Século XIX.** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 101-125, junho de [online] 2002.

SANTOS e SOUZA. **Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática.** Macapá. *Estação científica – UNIFAP*, 2015.

SANTOS, Keila Meireles. **Violência Obstétrica, um crime silencioso.** [Blog Blogueiras Feministas: de olho na web e no mundo. (2014). Disponível em: <<http://blogueirasfeministas.com/tag/violencia-obstetrica/>>. Acesso em 08 fev 2018.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** Universidade de São Paulo, 2012.

SARTI, Cynthia Andersen. **Corpo, dor e violência: a produção da vítima.** 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, Porto Seguro, Bahia, [online] 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Rede Mãe Paranaense.** (2012). Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>. Acesso em 19 fev 2018.

SENA, Ligia Moreiras, TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** Rev. Interface. Comunicação Saúde Educação, 2017; 21(60):209-20.

SILVA, Francisca Martins, et al. **Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro.** Rev Pre Infec e Saúde[Internet]. 2017;3(4):25-34.

SOGIMIG. **Violência Obstétrica e contra o Obstétrica: A dor além do parto.** Belo Horizonte, 2014.

SCOTT, Joan. **Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica.** SOS Corpo, 1991.

SOBRINHO, Pamela. **Violência obstétrica, um crime silencioso**. Blogueiras Feministas. Disponível em: <<https://blogueirasfeministas.com/2014/05/07/violencia-obstetrica-um-crime-silencioso/#more-18612>>. Acesso em 23 out 2018.

VALLE, Daniela. **Mercantilização da saúde e violência obstétrica. (2017)**. Disponível em: <<http://www.justificando.com/2017/07/26/mercantilizacao-da-saude-e-violencia-obstetrica/>>. Acesso em 25 out 2018.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino**. Antropologia e Saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2008.

VIEIRA, Letícia Becker, et al. **Cotidiano e Implicações da Violência contra as Mulheres: Revisão Narrativa da Produção Científica de Enfermagem**. Brasil, 1994-2008. Cienc Cuid Saúde 9(2):383-389, 2010.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho, et al. **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa**. Rev. Psicologia & Sociedade, 29: e155043, 2017.

ZIMMERMANN, Tania e MEDEIROS, Márcia. **Biografia e Gênero: repensando o feminino**. Revista de História Regional 9(1): 31-44, Verão [online] 2004.