

***Afetos em narrativas de parto: percepções da violência obstétrica***

*Affections in childbirth narratives: perceptions of obstetric violence*

Manuela Cortez da Cunha Cruz  
Universidade Federal do Paraná, Brasil  
[manuelacortez.cruz@gmail.com](mailto:manuelacortez.cruz@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4095-2984>

Jaime Santos Junior  
Universidade Federal do Paraná, Brasil  
[jaimesjr@ufpr.br](mailto:jaimesjr@ufpr.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7809-6976>

**Resumo**

O artigo trata das percepções da violência obstétrica a partir de narrativas de partos. O objetivo é coligir dados sobre partos, os procedimentos mais utilizados e esboçar as suas características êmicas nos modos de se referir e nomear situações e sujeitos. A pesquisa foi realizada na cidade de Curitiba (Brasil), tendo como casos: mães e estudantes de medicina. As entrevistas colheram diferentes configurações discursivas sobre a gravidez, o parto e os procedimentos. Os resultados sugerem que as percepções da violência obstétrica ultrapassam as práticas e procedimentos considerados violentos, incorporando a dimensão afetiva e os efeitos das disputas simbólicas pela legitimidade do saber clínico.

**Palavras-chave:** parto; maternidade; emoções; narrativas; violência obstétrica.

**Abstract**

The article analyzes the perceptions of obstetric violence from birth narratives. The main purpose is to collect data about birth, the most used procedures and outline its emic characteristics in the ways of referring and naming situations and subjects. The research was made in Curitiba (Brazil), having as cases: mothers and medical school students. The interviews enlivened many discursive configurations about pregnancy, birth and procedures. The results indicate that the obstetric violence perceptions exceed practices and procedures

considered violent, embodying an affective dimension and the effects of symbolic disputes for the legitimacy of clinical knowledge.

**Keywords:** birth; maternity; emotions; narratives; obstetric violence.

## INTRODUÇÃO

A realidade dos partos no Brasil se apresenta em um contexto aparentemente contraditório. Por um lado, nota-se um aumento expressivo de políticas de fomento do parto humanizado, sobretudo na rede pública de saúde, e de pesquisas sobre violência obstétrica, não somente nas Ciências Sociais. Por outro, é o país que apresenta elevados índices de cesarianas. O impulso em tipificar formas de violência associadas aos procedimentos de parto expõe o dado de que, hoje, a violência obstétrica atinge uma em cada quatro mulheres brasileiras<sup>1</sup>. Essa dualidade nos servirá como mote principal para arguir acerca das práticas e representações do parto entre parturientes e profissionais da saúde através da narrativa desses atores. Ainda como recurso para abrir e encaminhar a discussão, iremos contextualizar as políticas públicas que vêm sendo promovidas pelo estado brasileiro na rede pública de assistência à saúde. Doravante, a pergunta que nos guiará pode ser assim formulada: a partir da narrativa de mães e estudantes de medicina, como diferentes atores percebem e identificam as práticas do que se considera “violência obstétrica” à luz da realidade dos partos no Brasil?

## PARIR E NASCER NO BRASIL: ESTATÍSTICAS E CONCEITOS

Nesta seção inicial, temos como principal objetivo fazer um mapeamento sobre o parto no Brasil e, ao fazê-lo, esboçar as suas características, a gramática dos termos usualmente mobilizados nos modos de se referir e nomear situações e sujeitos, bem como alguns dados estatísticos que nos mostrem ocorrências e eventuais tendências. A despeito de ser tema de pesquisa para nós, sociólogos, o fenômeno do parto é antes vivido pelos sujeitos na relação que se estabelece com ele e perpassa o cotidiano de nossas vidas. Com essa exposição, não pretendo meramente fazer uma narrativa histórica, ao contrário, o esforço

---

<sup>1</sup> Estudo “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, realizado pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), em 2010.

para bem caracterizar servirá para estabelecer alguns marcos na maneira como ele se desenvolveu ao longo do tempo e, com isso, recuperar o pano de fundo das narrativas que sustentavam diferentes práticas.

Sabemos hoje, no Brasil, que a grande maioria dos partos ocorrem em hospitais ou maternidades. Todavia, não foi sempre assim. Até o século XIX, a grande maioria dos partos era realizado por “parteiras”, também chamadas de “aparadeiras”, “comadres”, “parteiras-leigas” e ocorria na casa das próprias parturientes<sup>2</sup>. É somente a partir da introdução de matérias de ginecologia e obstetrícia ou “arte obstétrica” nos currículos das faculdades de medicina, que a mulher passa a parir em ambientes hospitalares (Brenes, 1991). Entretanto havia uma enorme desconfiança por parte das mulheres de realizar o parto com médicos, que eram, nesse período, principalmente homens. Estamos falando de um contexto ainda muito marcado por uma ordem moral que prescrevia papéis às mulheres o mais das vezes associados ao recato, ao confinamento na vida privada em oposição à vida pública dos homens, encarregados do trabalho e do sustento do lar. Aos poucos, o ambiente familiar, da casa, vai cedendo lugar em favor da clínica, da maternidade. A mudança é acompanhada pela produção de um discurso clínico que versa sobre o corpo feminino e sobre a confiabilidade nos médicos. Para além de todas as consequências e mudanças clínicas no parto, esse discurso também foi costurado em conjunto com uma suposta “fragilidade” do corpo e da mente feminina.

A transição dos partos para o ambiente hospitalar trouxe ressignificações não só de como ele deveria acontecer e quais eram os novos procedimentos a serem observados, mas também da própria maternidade: ao mesmo tempo em que as mulheres continham dentro de si um suposto instinto materno, também precisavam se preparar para a maternidade com o auxílio de um médico (Rezende, 2020). Sim, porque a medicalização legitimava a autoridade da equipe médica em detrimento dos saberes antigos pertencentes às parteiras e às parturientes. Deixa de ser um momento fisiológico e das mulheres para ser um “evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, não mais exceção” (Zanardo et al., 2017, p. 3). Como um exemplo desse novo receituário, citamos uma longa descrição que está no site da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) sobre o procedimento padrão de um parto normal.

---

<sup>2</sup>Diz-se de ou designa o que ou quem se encontra em trabalho de parto ou acabou de parir (Léxico)

Logo ao entrar na maternidade em trabalho de parto, a mulher tem as veias puncionadas para a introdução de soro ou medicamentos. O soro é para hidratar e alimentar, já que a parturiente é impedida de beber ou comer. Em seguida, na triagem, é feito o exame de toque para medir a dilatação. O exame é repetido a cada hora. Se o andamento não segue de acordo com o esperado, injeta-se a ocitocina sintética (hormônio que provoca as contrações), estoura-se a bolsa amniótica manualmente e são feitas massagens de distensão do períneo. No momento do expulsivo, a mulher é colocada deitada, de costas, em posição ginecológica. É orientada a fazer força continuamente. A episiotomia (corte na região genital) é realizada. Assim que a cabeça nasce, o bebê é puxado, levado para longe da mãe para ser aspirado e limpo.

Como será apresentado a seguir, esses procedimentos, por si só, não são prejudiciais à saúde da mãe ou do bebê, entretanto devem ser utilizados apenas por indicação médica e/ou por solicitação da parturiente. Por isso, e por serem procedimentos invasivos e nem sempre necessários, a padronização e rotinização dos atendimentos abre caminho para intervenções desnecessárias que aumentam os riscos, desconfortos e complicações médicas futuras.

Antes de iniciar a descrição dos tipos de partos, é importante – a sobretudo para o leitor que não conhece a temática no Brasil – fazer um breve retrato de como é organizado o sistema de saúde no Brasil, que se divide em dois blocos: a rede pública de saúde (SUS – Sistema Único de Saúde) e a rede privada de saúde suplementar. Atendendo aproximadamente 75% dos brasileiros, o SUS é universal, gratuito e um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. A saúde suplementar é composta pelos planos de saúde privada e, mesmo que um cidadão opte pelo sistema privado de saúde, ele ainda tem direito de usar os serviços do SUS. Essa separação no sistema brasileiro também impacta diretamente nos partos e existem discrepâncias entre os nascimentos realizados no SUS e os realizados na rede particular. Utilizamos aqui os dados do estudo da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Nacer no Brasil - Inquérito Nacional Sobre Parto e Nascimento (Leal; Gama, 2014)<sup>3</sup>. O infográfico foi retirado do site oficial da pesquisa abordando de maneira ampla quem são as mulheres que usufruem desses serviços de saúde, sejam eles público, privado ou misto (privado conveniado com o SUS), nesse excerto, as cesáreas são realizadas com mais

---

<sup>3</sup>Pesquisa Nacer no Brasil - Inquérito Nacional Sobre o Parto e Nascimento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (LEAL; GAMA, 2014). Sua coleta de dados aconteceu durante 19 meses entre 2011 e 2012 e acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em 191 municípios (que incluíam capitais e outras cidades de todos os estados brasileiros). Foram visitados 266 hospitais públicos, privados e mistos e a equipe fazia: entrevistas com as puérperas em 3 momentos, 1) durante a internação hospitalar, 2) por telefone, nos primeiros seis meses de vida do bebê e 3) também por telefone entre 12 a 18 meses de idade do bebê; coleta de dados dos prontuários (materno e do recém-nascido); também foram realizadas entrevistas com os gestores locais buscando saber sobre a estrutura da unidade hospitalar; e fotografia do cartão pré-natal das mães entrevistadas. As entrevistas foram feitas com questionário, segundo apresentado na metodologia.

frequência no serviço privado e com menos frequência no SUS, independente de número de partos (Figura 1).



Fig. 1 - Taxa de cesariana por número de partos e tipo de serviço de saúde utilizado (Fonte: Nacer no Brasil, Inquérito Nacional sobre Partos e Nascimentos (Leal; Gama, 2014))

As transformações no tratamento do parto, em paralelo aos avanços científicos e tecnológicos da medicina, propiciaram um crescimento vertiginoso do número de cesáreas. Notadamente na rede privada, uma vez que no sistema público a política prioriza o parto normal. Segundo a pesquisa Nacer no Brasil (Leal; Gama, 2014), entre os anos de 1970 a 2010 o crescimento na proporção de cesarianas, passou de 14,5% em 1970 para mais de 50% em 2010. O Brasil é um dos países líderes em cesáreas no mundo, segundo dados Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera normal um percentual entre 10% e 15% de cesáreas. Entre nós brasileiros, temos a ocorrência de 88% na rede privada e 46% no SUS (Leal; Gama, 2014). A recomendação da OMS é feita a partir da consideração de que para cada cesárea há o aumento de 120% de chances do bebê nascer prematuro, o que traria novas complicações como a possibilidade de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e maior probabilidade de ter problemas respiratórios. A pesquisa Nacer no Brasil (Leal; Gama, 2014) traz, em seu sumário executivo temático, um parâmetro dos percentuais dos tipos de parto mais comuns no Brasil.

Tipos de parto

|                                 | TODAS |        | Risco obstétrico habitual (ROH) |        | Não risco obstétrico habitual (NROH) |        |
|---------------------------------|-------|--------|---------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|
|                                 | n     | %      | n                               | %      | n                                    | %      |
| Vaginal sem intervenção         | 1196  | 5,0%   | 763                             | 5,6%   | 408                                  | 4,1%   |
| Vaginal com intervenção         | 10302 | 43,1%  | 6626                            | 48,9%  | 3520                                 | 35,1%  |
| Cesariana com trabalho de parto | 4240  | 17,7%  | 2359                            | 17,4%  | 1833                                 | 18,3%  |
| Cesariana sem trabalho de parto | 8153  | 34,1%  | 3810                            | 28,1%  | 4268                                 | 42,5%  |
| Total                           | 23892 | 100,0% | 13558                           | 100,0% | 10028                                | 100,0% |

Para o total das mulheres, a proporção de cesariana foi de 52%, enquanto apenas 5% fizeram partos vaginais sem nenhuma intervenção. Na comparação entre as mulheres de alto e baixo risco, observa-se uma ligeira diminuição da proporção de cesariana, de 61% para 45%.

Tabela 1 - Tipos de parto em hospitais no Brasil<sup>4</sup>  
 (Fonte: Nascer no Brasil, Inquérito Nacional sobre Partos e Nascimentos (Sumário Executivo Temático da Pesquisa) (LEAL; GAMA, 2014))

No Brasil, a escolha do lugar de parto - no hospital, em casa ou em casas de parto - ainda é limitada a uma pequena parcela da população, segundo pesquisa “Informações de Nascidos Vivos do Brasil: banco de dados” do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Assim, pode-se afirmar que menos de 1% dos nascimentos no Brasil são partos domiciliares planejados. Pode-se atrelar o número baixo de partos domiciliares planejados ao fato do SUS não oferecer esse serviço e os preços para contratá-lo serem bastante elevados. A Equipe Quatro Apoios de Curitiba, por exemplo, oferece o parto domiciliar planejado numa faixa de preços entre R\$5700 e R\$6500<sup>5</sup>. Além disso, o parto domiciliar planejado também é restrito por exigir outros critérios relacionados às condições de saúde da mãe e do bebê.

<sup>4</sup> O “Parto vaginal sem intervenção” é também chamado de parto natural e é aquele parto por via vaginal que preza pelo processo fisiológico, ou seja, que não são feitas intervenções médicas (anestesia, analgésicos, substâncias que aceleram as contrações, incisões, etc). O “parto vaginal com intervenção” é aquela parto em que são realizadas intervenções médicas baseada em evidências ou não. “Parto de risco obstétrico habitual” é a classificação dada aos partos de uma gravidez considerada normal e sem intercorrências, assim como um trabalho de parto também sem intercorrências. “Parto de risco obstétrico não habitual” é classificação atribuída aos partos em que houve alguma comorbidade durante a gestação e/ou existe intercorrências durante o trabalho de parto.

<sup>5</sup>Dado coletado no dia 27 de maio de 2020. Uma média de €1000 (novembro de 2020).

Ainda que o SUS não forneça assistência ao parto domiciliar planejado, houve um aumento na atenção da saúde da mulher brasileira por parte do governo federal. As políticas públicas e campanhas, como a da Semana de Mobilização Nacional pela Saúde das Mulheres no SUS, que em 2018 teve como tema a redução da mortalidade materna, tem trazido resultados positivos tais como a redução da mortalidade materna em 56%, entre os anos de 1990 a 2015, que caiu de 143 para 62 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos. O número de cesáreas também apresentou uma queda em 2015, pela primeira vez houve redução dessa taxa desde o ano de 2000, passando de 57% em 2014 para 55,5%. Esses dados retirados do site do Ministério da Saúde (2018) sugerem que o aumento de investimento na atenção da saúde da mulher vem trazendo novas condutas nas maternidades.

A discussão acerca da humanização do parto veio sustentada pelas propostas de aumento e incentivo ao parto normal lançadas pela Organização Mundial da Saúde em 1985. “Estimulavam parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo” (Zanardo et al., 2017, p. 3). Em consonância com a Medicina Baseada em Evidências<sup>6</sup> emerge o discurso que prega a “humanização do parto”, para se opor, entre outras coisas, à padronização de atendimentos, cesáreas por praticidade e, principalmente, às chamadas “violências obstétricas”.

O parto humanizado preza pelo cuidado individualizado de cada parturiente, ou seja, a mulher tem suas dores, desconfortos e desejos atendidos e é livre para se mover e expressar da maneira com a qual sente seu corpo mais confortável. A pesquisa supracitada aponta que apenas 5% das parturientes têm acesso a esse modelo de parto, indo contra as recomendações da OMS e se afastando das estatísticas de outros países, como o Reino Unido em que a porcentagem de partos humanizados é de 40%.

Por parto humanizado entende-se, grosso modo, aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado (Carneiro, 2015, p. 37).

---

<sup>6</sup> “No final do século XX, também cresce o movimento da Medicina Baseada em Evidências, que busca basear os cuidados médicos em evidências científicas de eficácia e segurança dos procedimentos”. (Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F., 2017).

Sendo assim e, ao contrário do imaginário popular, um parto humanizado não necessariamente é um parto vaginal sem intervenções (parto natural). Por exemplo, vêm aumentando o debate acerca de cesáreas humanizadas e como tornar uma cirurgia menos “mecânica”<sup>7</sup>. O parto humanizado também tem relação direta com a comunicação entre os profissionais da saúde, a parturiente e a/o acompanhante.

A humanização do parto ocorre também em virtude do crescimento de relatos de negligências no atendimento, xingamentos e humilhações. O termo “violência obstétrica” começa a ser mobilizado como recurso para encampar tais procedimentos e práticas ocorridos durante um parto.

Há uma pluralidade de abordagens, estudos e definições sobre as violências obstétricas, mas aqui não nos interessa o componente meramente descritivo, normativo, de práticas e procedimentos que passam a ser considerados “violência obstétrica”. Igualmente não está no raio do nosso interesse produzir uma definição de “violência obstétrica”, mas compreender de que maneira as diferentes concepções são mobilizadas e alteram a percepção do que se entende por “violência obstétrica” entre os diferentes atores de um parto.

## **METODOLOGIA**

Faremos agora uma breve descrição do desenho da pesquisa e das estratégias que recorreremos. Consideramos aqui duas categorias principais de atores do parto: as mães e os(as) estudantes de medicina. Esta eleição é um recurso metodológico no suposto de que, variando a relação que se estabelece com o parto, variam também os discursos sobre o mesmo. Mas, sabemos que as situações empíricas podem ser diversas. Os estudantes entraram na amostra dos casos para sondar como o tema emerge nos anos de formação.

Foram selecionadas três mães para a realização das entrevistas com experiências distintas de parto. A estratégia foi colher diferentes configurações discursivas sobre o fenômeno variando a idade (geração), o tipo de parto e o local do parto. As entrevistas fornecem subsídios para captar a compreensão das diferentes percepções acerca da violência

---

<sup>7</sup> Termo utilizado entre aspas por ter sido descoberto através de uma das entrevistadas da pesquisa (Luiza, 29 anos)

obstétrica, evitando um enquadramento conceitual prévio, postigo, para dar privilégio as maneiras nativas dos modos de se referir e nomear situações vividas.

Em vista disso, para a categoria das mães, seguindo a pista deixada por Rezende (2020), o relato de um parto é diferente do parto em si, pois, além do processo de edição dessas lembranças pelo ato de lembrar, o relato de uma experiência de parto é adaptado através das “formas de expressão socialmente construídas, com unidades organizadas de significados que são acionadas em situações específicas” (Rezende, 2020, p. 202). Também houve uma atenção especial à maneira em que as mães construíram a sua narrativa durante a entrevista, principalmente em relação às passagens de violência.

| MÃES        |       |                          |           |                            |                           |                    |                                       |
|-------------|-------|--------------------------|-----------|----------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| NOME*       | IDADE | ESCOLARIDADE             | PROFISSÃO | GRAVIDEZ                   | NOME DOS FILHOS*          | ANO DO(S) PARTO(S) | LOCAL DO PARTO                        |
| Julia Maria | 17    | Ensino Médio incompleto  | Estudante | Não planejada              | - Matheus                 | - 2020             | - Maternidade particular              |
| Catarina    | 38    | Ensino Superior completo | Psicóloga | - Planejada<br>- Planejada | - Sebastião<br>- Maurício | - 2008<br>- 2014   | - Maternidade particular<br>- Em casa |
| Alexandra   | 54    | Ensino Superior completo | Dentista  | - Planejada<br>- Planejada | - Francisco<br>- Anna     | - 1996<br>- 1998   | Ambos em maternidade particular       |

Quadro 2 - matriz de mães entrevistadas  
(Fonte: elaboração própria. \*Os nomes fictícios)

A próxima categoria de entrevistadas são as estudantes de medicina, selecionamos duas alunas de instituições de ensino superior (IES) diferentes. Por terem que passar por práticas e estágios de Ginecologia e Obstetrícia, essas interlocutoras foram observadoras e participantes de partos durante a sua formação. Nessas entrevistas, procuramos explorar as práticas e discursos mais comuns durante as aulas, seja entre os alunos e alunas, ou entre os professores e a equipe médica.

| ESTUDANTES DE MEDICINA |       |                            |           |              |
|------------------------|-------|----------------------------|-----------|--------------|
| NOME                   | IDADE | ESCOLARIDADE               | PROFISSÃO | TIPO DA IES* |
| Cecilia                | 22    | Ensino Superior Incompleto | Estudante | Particular   |
| Luiza                  | 29    | Ensino Superior            | Médica    | Estadual     |

Quadro 3 - matriz das estudantes de medicina entrevistadas  
(Fonte: elaboração própria. \*Instituição de Ensino Superior)

Por conta da Pandemia as entrevistas ocorreram em ambiente virtual, online, via Google Hangouts. O que, reconhecemos, deve ser um elemento que nos impede de tirar partido do contato mais pessoal, em que o ouvir é complementado com a observação, o sentir, aspectos importantes do registro etnográfico. Algumas passagens dos relatos foram omitidas em razão de serem experiências muitas vezes traumáticas, que expõem a face do íntimo. Mostrou-se decisivo compreender os silêncios, pausas, expressões faciais etc.

As entrevistas aconteceram nos meses de julho e agosto de 2020. Sempre que julgamos necessário, fizemos alterações no roteiro das pesquisas, quando nos deparamos com perguntas ou provocações recorrentes que passavam a aparecer nas entrevistas anteriores. Essa estratégia foi utilizada para observar se a mesma provocação gerava reação similar em outra entrevistada.

Atentos ao que Bourdieu (2008) chamou de ilusão biográfica, submetemos a análise das entrevistas a uma discussão sobre memória. Sim, porque nos valem do que propõe Rosenthal (2014) ao estratificar metodologicamente a história de vida narrada da história de vida vivenciada. As nossas personagens narram sobre a influência do tempo presente, atribuindo sentido a acontecimentos passados, mas revelando, também por esse caminho, a pretensão de uma “narrativa de si” (Ricoeur, 2014). Portanto precisamos atentar que a narrativa é sempre diferente da vivência do fato em si, uma vez que para se narrar um acontecimento, passamos por três processos: 1) vivenciar o evento; 2) recordar o que foi vivido; e 3) narrar o fato embebido pelo próprio futuro. Esse exercício de narrar uma experiência pode gerar novas interpretações ou sentimentos, isso pode acontecer simplesmente pela ação do tempo, ou pela imposição de uma nova provocação ao pensar no tema - como as perguntas da entrevista, por exemplo.

## **O PARTO COMO EVENTO**

Como estratégia para melhor apresentar os resultados parciais, optamos por reunir as informações colhidas nas entrevistas por meio de eixos temáticos. A circunscrição desses eixos, atende a fins analíticos e não impede que outros arranjos possam ser feitos para expor os relatos colhidos. Estamos cientes, entretanto, que ao discutir as diferentes percepções de violência obstétrica, vamos enfrentar demarcações difíceis de serem analisadas. Dor, sofrimento, angústia, sentimento de abandono e de desrespeito, por exemplo, são questões difusas que nos deparamos durante as entrevistas e não será nosso papel duvidar da veracidade desses sentimentos.

## **PODER E COMUNICAÇÃO**

Como vimos, há uma tensão que se expressa nos discursos sobre o corpo, sobre a saúde, para dizer que o parto e o saber clínico que reivindica a competência para exercer os procedimentos necessários desvelam relações de poder. Por isso não resistimos ao argumento posto por Foucault (1998) em sua arqueologia do poder. Através dele, vemos como os hospitais, da maneira como conhecemos hoje, passaram por uma metamorfose no século XVIII deixando de ser um lugar em que as pessoas morriam, para se tornar um lugar em que as pessoas eram curadas. Essa inversão de significado foi essencial para a hierarquização do hospital frente a outros espaços concorrentes. Nele, o discurso médico passou a deter o poder de “cura” e a responsabilidade pelo ambiente hospitalar através da implementação de uma disciplina regida pelo doutor. O hospital também passa a ser um ambiente de formação de médicos, ou como apresenta o autor, “com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber” (Foucault, 1998, p. 111).

Essa chave de análise reacende o debate acerca das disputas por legitimidade do saber clínico frente a outros saberes, que atinge o argumento que estamos esboçando nesse texto tendo em vista que o parto, como discurso e prática, é reivindicado pelos atores diretamente envolvidos no processo. Para dizer que, no fundo, não podemos esquecer que estas esferas de competência comportam também disputas de poder. Isto será decisivo, como veremos, na apresentação dos casos. As representações sociais associadas ao parto e ao corpo estão muito

entrelaçadas nos discursos de poder dos médicos, um indício para compreensão de como este saber-poder se reproduz entre os seus pares. Ecoando o entendimento expresso por Durkheim quando afirma que as representações “traduzem a forma pela qual o grupo pensa a si próprio em suas relações com os objetos que o afetam” (Durkheim, 1967 apud Jodelet, 2018, p. 427). Veremos, doravante, como esse aparente confronto emerge nas narrativas.

Nossa primeira personagem, Catarina, 38 anos, é psicóloga, reside em Curitiba (PR) e tem dois filhos, Sebastião (12 anos) e Maurício (6 anos). Mesmo que ambos tenham nascido de parto vaginal, nota-se uma enorme diferença na forma como as experiências de partos são narradas. Sebastião nasceu no hospital e Maurício em casa. A drástica mudança entre o primeiro e o segundo parto tem relação direta com o fato de Catarina alegar ter sofrido violência obstétrica, mas, esta percepção é narrada tempos depois. O elemento narrativo, que relaciona o conteúdo do vivido à experiência da violência, emerge como resultado da primeira experiência de parto. Vejamos. Ela relatou que, um pouco antes da fase expulsiva<sup>8</sup> do trabalho de parto, foi realizada uma episiotomia<sup>9</sup>:

Elas [enfermeiras] falaram, “agora pode fazer força” [...]. Eu comecei a fazer força, só que deitada, com aquela posição de frango assado, tudo horrível. Eu lembro que ela falou: “agora vou fazer a episio[tomia]” e eu lembrava que episio era corte e daí eu falei: “eu não quero”. Daí ela: “é só para preservar o seu períneo”. Eu, “tá bom, né?” Foi e nasceu... Na experiência do Sebastião eu achava que aquilo tudo era normal, eu não entendia aquilo como violência obstétrica, entendeu? Que é o típico da violência [obstétrica], a gente não entende na hora, só depois [...] que eu me senti violentada, desrespeitada (Catarina, 38 anos).

Entendemos essa passagem como um indício de como o saber clínico se apresenta nas situações empíricas. Notem que a episiotomia surge como um procedimento dito necessário, talvez à revelia do conhecimento e aceitação da parturiente, este distante e inferior ao saber clínico. E é a partir de um sentimento de indignação de Catarina por esse assunto que entramos no segundo tema desse eixo, o da comunicação entre a equipe médica e a

---

<sup>8</sup> “Na primeira fase, acontecem as contrações que levam à dilatação do colo do útero, cujo orifício abre 10 centímetros. Depois vem a segunda fase, o expulsivo, quando você tem de fazer força. O terceiro estágio é a saída da placenta, depois que o bebê nasce.” Os estágios do Parto Normal. <https://brasil.babycenter.com/a1500800/os-estágios-do-parto-normal>. Acesso em 25/07/2020.

<sup>9</sup> “A episiotomia é uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher no momento da expulsão segundo período do parto. [...] Atualmente, dependendo do local, cerca de 90% das primigestas são cortadas. No Brasil e Argentina, por exemplo, praticamente todas as primigestas são submetidas à episiotomia. Muitas mulheres têm, anualmente, sua vulva e vagina cortadas cirurgicamente, mesmo se sabendo, hoje, que a episiotomia é um procedimento que deve ser utilizado apenas em 10/15% dos partos.” (São Bento, Santos, 2006, p. 552-559).

paciente. O relato de Catarina conta da falta de explicação de procedimentos e também da falta de comunicação entre ela e a equipe que atendeu o seu filho nos primeiros momentos.

[Anteriormente] não foi falado nada sobre episiotomia, a gente não fez um combinado. [...] O que eu fiquei mais indignada é que eles não explicaram para mim, porque você tem que ficar nessa posição, porque você tem que ficar aqui, etc. Eu também fiquei muito indignada [com] o que fizeram com o bebê. Um bebê que nasceu Apgar 10<sup>10</sup> nos dois primeiros minutos, não deixaram comigo e eu tava bem. Então isso eu fiquei bem magoada, eu fiquei muito sentida porque não vieram nem explicar porque que ele [o recém-nascido] tinha que ir para lá, deram todas as vacinas, as vitaminas, furaram, passaram aquele colírio de nitrato [...] e ninguém me perguntou se podia fazer isso, porque era isso, tava dado. E eu nem questioneei porque, sei lá, parecia que tinha que ser, mas não engoli, entendeu? (Catarina, 38 anos).

No relato de Alexandra, 54 anos, outra personagem, mãe de dois filhos, Francisco, 24 anos e Anna, 22 anos, emerge com maior acento a relação entre médico e paciente. Alexandra fez duas cesáreas por opção. Além de me contar que foi totalmente influenciada para fazer cesárea pela mãe, que era incisiva ao dizer: “parto normal jamais”. Com a justificativa de que fazer cesárea era mais moderno e que não era mais necessário sentir dor. Ela também relatou que no primeiro parto a anestesia não tinha “pegado” totalmente quando começaram a fazer o corte da cirurgia e, mesmo comunicando isso ao médico, ele parecia não aceitar:

Acho que eu também tava muito nervosa e a anestesia não pegou muito. Eu falava para o médico que eu tava sentindo ele passar o bisturi na minha barriga. Mas ele não acreditou muito, aí ele meio que conversou um pouco comigo e daí eu me acalmei. Aí [sentimento de] desespero total! Agora eu falava assim: "putz, eu não vou fazer o parto normal para não sentir dor, mas agora eu vou sentir dor do cara rasgando a minha barriga aqui, né?" (Alexandra, 54 anos).

Parece contraditória a diferença de relatos a respeito da comunicação que Catarina e Alexandra passaram e que a Cecília, aluna de medicina, relata que foi orientada durante toda a sua graduação. Ela nos conta, que foi muito enfatizado pelos professores a importância de se comunicar com a paciente desde o primeiro contato, ensinado como protocolo para todos os estudantes. Além de se apresentar, os estudantes também são preparados para explicar os procedimentos e exames que serão feitos na mãe e com o bebê:

---

<sup>10</sup> “Escala ou Índice de Apgar, criado em 1949, é uma maneira fácil e eficaz de avaliar as condições de vitalidade do recém-nascido. Consiste na avaliação de 5 sinais objetivos observados nos primeiro e quinto minutos após o nascimento, a saber: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, cor da pele e irritabilidade reflexa. Para cada um dos itens é atribuída uma nota de 0 a 2, conforme gravidade” São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. p. 21.

[A] questão de se apresentar e falar tudo o que você tá fazendo é uma coisa que é frisado desde o começo do curso, não só na G.O. [Ginecologia e Obstetrícia]. É o mínimo [esperado] que tem que ser feito, então eles [professores] sempre abordam isso. O quesito de explicar o que você tá fazendo, passo a passo, é [muito importante] dentro da G.O. Vamos supor na epísiotomia, ou fazendo um exame de toque (que é uma coisa super comum). Eles frisam MUITO, muito, muito dentro da G.O. porque querendo ou não, “pô”, a mulher tá sensível, ela tá ali num momento de vulnerabilidade dela. Então eles frisam bastante (Cecília, aluna de medicina, 22 anos).

Para Beserra et al. (2020), para que um parto seja considerado humanizado é essencial a relação de confiança entre a equipe multiprofissional e a parturiente, ou seja, a atenção às necessidades, a valorização de trajetória de vida e solicitação de informações relativas ao trabalho de parto, entre outros aspectos. Podendo ser considerado como “violência obstétrica” a imposição de procedimentos não informados ou consentidos baseados em informações parciais ou distorcidas. Para vermos como empiricamente isso não necessariamente é o que acontece, apresento então outra personagem da pesquisa, Julia Maria, 17 anos. Apesar do susto de descobrir a gravidez, teve bastante apoio de sua família e da família do seu namorado (a se tornar marido). O parto foi uma cesárea e, ao ser questionada sobre como era a sala de cirurgia em que foi feito o procedimento, a palavra usada foi “assustadora”, seguindo com o relato:

Parecia que eu tava entrando em uma dimensão perigosa, eu tava assustada e o meu acompanhante não pode entrar junto até o momento da anestesia, quando eu já estava no posicionamento. Foi muito difícil para mim estar com uma doutora desconhecida. Eu também lembro que o anestesista era uma pessoa muito bruta, então foi muito difícil ter ele tomando conta de mim. [...] Eu lembro que quando eu me deitei na maca, antes de eu ser sedada, eu senti a minha perna formigando muito, eu perguntava o que tava acontecendo, mas eles ficavam rindo de mim e falando assim "nossa, você é muito nova parece que você tem treze anos". Daí eu lembro que o anestesista falou assim "se ela tem treze o pai tem quinze". E todo mundo ficava rindo. E eu lembro que eles tavam brigando porque uma enfermeira tinha esquecido o meu prontuário lá em cima e eles tavam se xingando [...], eu tava numa situação bem difícil. [Eu sentia] a minha perna adormecida e eu não conseguia falar nada, não conseguia conversar, não conseguia perguntar e eu tava muito nervosa. E daí quando foram fazer o corte, eu senti eles pegando na minha pele ainda antes de cortar e eu falei: "tá doendo". E ela [a doutora] falou: "tá doendo ou só tá adormecido?". [mas ela] Continuava fazendo e eu ia ficando ainda mais agoniada porque eu não sabia se eu ia sentir dor (Julia Maria, 17 anos).

Para Garre e Pérez (2016) as relações entre mãe e equipe médica são entendidas como unilaterais em desfavor das mães. "Você não pode tomar nenhuma decisão, as decisões são feitas por eles, você, está em um lugar onde você tem que fazer o que eles fazem, o que eles

fazem com você"<sup>11</sup> (Garre e Pérez, p. 8 e 9). Considerando esse trecho, volto a citar outro fragmento da entrevista com a Julia Maria, uma vez que ela nos relata que foi sedada sem o conhecimento ou consentimento dela ou do acompanhante, com a justificativa posterior de que ela estava muito agitada e poderia dificultar o procedimento. O incômodo gerado por esse procedimento não autorizado é tamanho que Julia relata não se lembrar do nascimento do filho.

Eu fui dopada, fui sedada durante o parto. Eu não lembro de ter visto o Matheus nascer, só lembro por foto que daí me vem a imagem... Se não fosse a foto eu não lembraria. Eu tenho certeza. Quando eu fui sedada, não foi informado nem para o meu acompanhante e isso me incomodava demais, isso me incomoda até hoje só de pensar (Julia Maria, 17 anos).

Para concluir essa chave de análise, recorro mais uma vez ao que propõem Garre e Pérez (2016) ao vincular comunicação e poder. Os autores exploram os meandros das relações entre mães e profissionais da saúde para mostrar como as assimetrias se expressam em torno das disputas de saber. Essa relação é alimentada pela utilização de termos clínicos desconhecidos por parte das pacientes, sujeitando-as a uma posição de espectadoras do processo. Mas, não nos enganemos, as configurações empíricas podem se apresentar de modo muito diverso uma vez que as pacientes também têm agência. Há bons motivos para resistir ao enquadramento simplista de apresentar os médicos como vilões e as mães como vítimas. Não nos esqueçamos que esse longo processo de transformações do parto também comporta a vontade de uma parcela de mulheres que desejam ter o parto cesárea. Igualmente, não estamos arguindo que a “violência obstétrica” ocorre somente nas cesáreas. A humanização do parto, embora considere mais indicado o parto normal, pode ocorrer também nas cesáreas.

## **GERAÇÃO E MATERNIDADE**

Nesse eixo temático, seguimos as pistas deixadas por Rezende (2020) e Carneiro (2015) para recuperar o modo como a variável geração importa e como o fenômeno se apresentou ao longo do tempo em diferentes gerações.

---

<sup>11</sup> Tradução livre: “Decisiones tú no puedes tomar ninguna, las decisiones las toman ellos, tú, yo es que estás en un sitio que tienes que hacer lo que ellos hacen, lo que ellos te hagan”

Notamos, e a literatura já havia mostrado, que as narrativas divergem em razão do momento da geração e do momento em que o parto ocorreu no ciclo de vida das mulheres. Aqui recuperamos o entendimento de Mannheim (1982) para arguir sobre como as mães entrevistadas experienciaram de maneiras muito diferentes o processo da gravidez e do parto. Sendo assim, a escolha de três mães de grupos etários diferentes foi proposital, uma vez que se entende que “a situação etária é determinada pelo modo como certos padrões de experiência e de pensamento tendem a ser trazidos à existência pelos dados naturais da transição de uma para outra geração” (Mannheim, p. 73).

A ideia de maternidade foi construída socialmente como vínculo afetivo apenas por volta do século XVIII e é diretamente influenciada com valores culturais e históricos da relação entre mãe e filho, assim como com o papel social que se atribui ao gênero feminino (Rezende, 2020). No Brasil, essa transformação aconteceu a partir da transferência do parto para o hospital.

A maternidade é um laço de parentesco que recebe significados distintos, podendo ser entendido como baseado, por exemplo, no compartilhamento de material genético, na gestação e parto ou na criação e alimentação. Pode haver uma só mãe ou mais de uma e ser ainda escolhida pela criança. Compara-se com a paternidade, especialmente nas sociedades marcadas por papéis de gêneros demarcados (Rezende, p. 203).

Outras variáveis também exercem algum peso nas formas de representar a gravidez e o parto, tais como raça, classe social e escolaridade. O que se confirma também nos achados de Rezende (2020) quando faz uma comparação entre as narrativas de parto de nove mulheres que pariram a partir de 2015 e de sete mulheres que tiveram seus partos entre 1970 e 1980, num mesmo segmento social. A autora identifica que as diferenças geracionais alteram não só a compreensão de maternidade, mas também as formas de narrativa, a relação com o feto, etc. E em nossos casos, como isso se apresenta?

Temos Julia Maria com dezessete anos, Catarina com trinta e oito anos e Alexandra, a mais velha, com cinquenta e quatro anos. São partos que ocorreram em décadas diferentes, entre o parto de Alexandra, em 1996, e o parto de Julia Maria, em 2020, ocorreram mudanças significativas nas políticas do parto. Na década de 1990, têm o nascimento dos filhos de Alexandra (1996 e 1998); na década de 2000, nasce o primeiro filho de Catarina, em 2008; e na década de 2010, com o segundo parto de Catarina (2014) e o parto de Julia Maria (2020).

Os relatos dão provas de experiências muito diferentes, vejamos, por exemplo, como isso ocorre quando o tema é: a escolha do obstetra, local do parto e preparação pré-parto.

A escolha do obstetra e do local de parto ganha tonalidades distintas para as entrevistadas. Isso tem relação com o que Rezende (2020) apresenta como o argumento de que a maternidade e a gravidez nem sempre eram vistas como um “projeto”, que comporta negociações com os médicos e hospitais para que as expectativas do que seria o melhor parto ocorram. Nesse sentido, analisando as narrativas das três personagens da pesquisa, é possível observar que quanto mais recente foi o parto, maior foi o esmero para achar o médico ideal, a preparação pré-natal, que engloba fazer cursos, participar de rodas de gestantes e fazer pesquisas em livros, filmes ou na internet.

Para Alexandra, a mais velha, nos dois partos a escolha do obstetra não decorreu desse tipo de planejamento prévio; o médico já era o ginecologista dela antes mesmo de ser casada e, como já se sentia confortável e segura com ele, teve todo o atendimento de pré-natal e a cesárea como ele.

Eu já tinha um médico que era amigo meu esposo, que eu já consultava com ele desde a época de solteira e ele era uma pessoa assim bem conhecida aqui na cidade, um bom profissional. Então eu me sentia segura com ele e a escolha já foi respaldada por aí. E aí normalmente, o hospital que se escolhe é o hospital que o médico opera e foi [em um hospital] que é só maternidade, então é mais seguro questão de infecção essas coisas. [Sobre o hospital], eu não me preocupei muito com isso (Alexandra, 54 anos).

É importante ressaltar que a entrevistada destacou em sua fala a boa reputação do médico e um certo reconhecimento positivo em suas redes de contatos, o que não deixa de evidenciar alguma forma de agenciamento na decisão. Além disso, a escolha do hospital foi feita pelo obstetra e apenas consentida pelo casal. Assim, seguindo os indícios apresentados em outras pesquisas, entendemos que mesmo que a gravidez tenha sido de algum modo planejada, como um projeto do casal após algum tempo de casamento e de estabilidade profissional e financeira, ela não foi pensada com a densidade narrativa que há nos demais relatos, sendo apenas etapas a se cumprir e não parte essencial da experiência de maternidade. Alexandra relata que não teve uma preocupação grande em procurar saber mais sobre a gravidez e o parto para além das consultas de pré-natal, tudo foi levado com muita naturalidade, mas sem preparo prévio. Na entrevista, a instigamos a imaginar uma nova gravidez e dizer quais aspectos ela mudaria das experiências anteriores. A resposta de Alexandra, além de dizer que gostaria de “esperar o tempo do bebê” e não fazer uma cesárea

marcada, também gostaria de se ler e ouvir outras experiências de parto como forma de instrução e preparação.

Me instruir um pouco mais, que eu acho que eu não tinha esse entendimento [nas primeiras gravidezes]. Acho que ler alguns livros e até conversar com outras mulheres, né? Ouvir outras experiências, de pessoas que você confia para ver a opinião para ver e você chegar naquilo que faz sentido para você. Hoje eu tenho essa maturidade, mas na época eu acho que ficou muito forte foi a questão da minha mãe (Alexandra, 54 anos).

As duas experiências de Catarina, 38 anos, quanto aos partos de seus filhos foram bastante diferentes, como já apresentado anteriormente. A primeira gravidez, em 2008, tem várias semelhanças com as de Alexandra, tanto sobre o modo de gerir, quanto de narrativa. Ela conta que a gravidez foi “planejada e desejada” e que as consultas de pré-natal e o parto foram feitos pela obstetra que também já a acompanhava como ginecologista antes de engravidar. Assim como Alexandra, Catarina enfatiza o sentimento de segurança que já sentia com a profissional.

A minha médica era muito muito carinhosa. Ela já me acompanhava desde muito tempo, desde que eu cheguei em Curitiba, então assim, quando ela chegou [na sala de parto] eu me senti protegida, cuidada e acolhida (Catarina, 38 anos).

Após o primeiro parto, Catarina conheceu o tema da humanização do parto e decidiu que se fosse ter outro filho, o parto seria humanizado. Quando engravidou de seu segundo filho, em 2014, procurou o único grupo de parto domiciliar de Curitiba – naquela época. Note que houve uma transformação nas escolhas de Catarina: já não queria que o parto fosse no hospital, decidiu por um parto domiciliar planejado e escolheu profissionais que a apoiavam e a auxiliaram a se preparar para essa experiência.

[Quando eu conheci a humanização, eu] não sabia se ia ter em casa ou não, mas uma coisa que eu já sabia é que eu não queria [passar pela mesma experiência do primeiro parto]. E logo depois da primeira eco, eu já fiz contato com o grupo de parto domiciliar. [E eu] continuava fazendo meu pré natal com um obstetra, que daí eu escolhi um obstetra que apoiava o parto humanizado! E foi super legal, quando eu falei para ele que eu queria ter em casa, né? Ou seja "não pretendo [fazer o parto] com você" ele foi muito legal, ele falou "nossa bacana a sua escolha a equipe é muito boa, eu fico de plano B (Catarina, 38 anos).

Sobre a preparação pré-parto, Catarina conta que na primeira gravidez, assim como Alexandra, também não teve nenhuma preocupação em se instruir para além do que lhe era dito nas consultas do pré-natal. Mas, que na sua segunda gravidez, houve uma preparação

muito maior: ela e o marido frequentaram rodas de conversas de parto, inclusive dando ênfase a presença do marido nesse período.

[Na primeira gravidez, eu] não estudei, não pesquisei, não fiz nada e acabou o nascimento do Sebastião foi aquele parto de livro porque ele foi perfeito. Agora [no parto] do Maurício, o meu marido foi num modo geral muito mais participativo porque a gente ia para as rodas de conversa de parto e era muito legal! A gente fez uns três cursos e nas consultas do grupo domiciliar ele sempre estava [presente] (Catarina, 38 anos).

Por último, o relato de Julia Maria, 17 anos, aproxima-se mais ao segundo parto de Catarina do que os dois de Alexandra. Ela conta que quando engravidou chegou a trocar de obstetra por não se sentir confortável com o profissional e, por indicação de uma tia que é ginecologista e obstetra, chegou a obstetra que fez o parto de seu filho.

De médico eu passei por um especialista que a minha mãe conhecia, um obstetra muito bom. Mas a gente achou muito caro a disponibilidade dele, pelo trabalho que ele tava oferecendo e daí a gente não se sentiu muito confortável com isso. E foi (sic) atrás da outra doutora. [Sobre o hospital, a obstetra] me deu duas opções para ter o parto, que até então seria parto normal, então ela disse que ou ela poderia fazer na Maternidade 1 ou na Maternidade 2. Eu fui pesquisando e o que mais me chamou atenção é que na Maternidade 2 não tinha residente e eu não sei se eu ficaria muito confortável com residente na sala de parto. Enfim, toda aquela pressão e mais pessoas ainda, eu pensei "não, se a minha mãe não pode ir junto [por causa da pandemia do novo Coronavírus], eu só quero o meu marido! Só ele, a doutora e acabou". Foi por conta disso que eu escolhi a maternidade (Julia Maria, 17 anos).

Apesar da gravidez ter sido “uma surpresa muito grande” e Julia Maria não ter planejado, a partir do momento em que contou para a família dela e do marido que seriam pais, a gravidez virou um projeto, assim como nas gravidezes das mulheres mais jovens descritas por Rezende (2020). Julia Maria também diz que estudou bastante sobre o parto e a gravidez, inclusive dando orientações ao marido (e acompanhante durante o parto) sobre coisas que eram importantes para ela durante o parto.

Vê-se como, nos relatos, a maternidade e o parto são narrados em razão das experiências vividas em tempos distintos, o que suscita percepções distintas da “violência obstétrica”, que será discutido no próximo eixo temático.

A questão geracional também emergiu nas entrevistas com as estudantes de medicina. Elas comentaram que, em suas vivências, observaram que médicos e profissionais mais velhos tinham mais tendência a ser menos receptivos ao tema da “violência obstétrica” e às práticas de parto humanizado. É o que relata Luiza (recém-formada, 29 anos), ao utilizar

várias vezes o termo “arcaico” para se referir aos procedimentos que ela não concorda, mas realizados por outros médicos.

Eu acredito que geralmente os médicos mais antigos têm uma visão mais arcaica de algumas coisas, sabe? Eles são muito cesaristas, por exemplo. Geralmente os velhos gostam de fazer cesárea. E isso era uma tendência, eu não sei se só naquele hospital, mas os mais velhos eram os que mais faziam cesáreas. Os recém formados [em Ginecologia e Obstetrícia] já tinham outra visão completamente diferente [dos procedimentos], então eu acredito que pode ter mesmo uma questão geracional (Luiza, médica, 29 anos).

Cecília (estudante de medicina, 22 anos), também relata ter percebido essa diferença com os profissionais mais velhos,

É triste falar isso, mas é verdade. A maioria dos profissionais de mais idade ou que fazem isso a muito tempo, costumam ter a cabeça mais fechada com relação a [violência obstétrica]. Uma das cenas que eu nunca vou esquecer que eu vi nesse [estágio], porque foi uma coisa que me deixou chateada, triste mesmo. A mãe era super jovem, acho que ela tinha dezesseis anos, gravidez indesejada e ela tava parindo ali sozinha, ela tava chorando e falava "eu não quero eu não quero" porque ela tava com muita dor, né?! E aí o médico olhou e falou para ela "enquanto você gritar, essa criança não vai nascer" (pausa). Me chocou tanto. [...] Então assim, a maioria das vezes que eu vi [práticas que considera como violência obstétrica], infelizmente foram de pessoas de mais idade ou que estão na profissão há tempos (pausa). É chocante (Cecília, estudante de medicina, 22 anos).

Esses dois relatos trazem uma perspectiva diferente da geração, pois a partir deles, entende-se que não só a geração da mãe importa, mas também a geração dos profissionais de saúde que atuam em seu parto.

## **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO EVENTO**

Até aqui, fomos colhendo evidências de como a gravidez, o parto, a relação com os profissionais de saúde, as políticas públicas colocam em evidência um intenso debate sobre as expectativas do parto, os critérios dos procedimentos clínicos, o engajamento das mulheres, o que acaba por movimentar novos discursos e formas de agenciamento. De um tema que era visto como uma ocorrência normal no ciclo de vida das mulheres e famílias, temos agora um discurso que o promove enquanto “projeto”. É nesse âmbito que o tema da “violência obstétrica” emerge, mas operamos com o suposto de que para perceber uma violência é necessário antes reconhecê-la como tal. Achados como os de Tesser et al. (2015), que encontra um percentual de que apenas 40% das parturientes teriam recebido instruções no pré-natal sobre práticas benéficas durante o trabalho de parto, devem ser vistos com

alguma cautela. Por se tratar de uma tomada de posição que parte de um enquadramento normativo de violência, para encontrá-la, a seguir, nas narrativas singulares das pessoas entrevistadas.

A recém-formada Luiza, quando questionada sobre o tema da “violência obstétrica”, afirmou o seguinte.

Eu acho importante porque eu gosto muito do tema, eu gosto muito da Ginecologia e Obstetrícia e sempre foi uma matéria que eu estudei muito. Mas eu sempre acho que a gente [estudantes] têm que aprender a lidar, independente se você não for [ser] especialista. Porque a gente passa pelo estágio e é um estágio de três meses então você tem que aprender o que é certo e o que é errado. A gente sabe o que é [violência obstétrica], "nossa esse plantonista é meio arcaico demais ele fez uma manobra que a gente sabe que não é para ser feita", entendeu? (Luiza, recém formada, 29).

Cecília também respondeu à pergunta afirmando que ensinar aos estudantes de medicina sobre “violência obstétrica” é essencial, tanto para conhecimento da parturiente quanto para os médicos em formação.

Nossa, eu acho importantíssimo! Eu acho muito importante, se você não falar você não sabe. Eu acho que é um tema que tem que ser abordado definitivamente, especialmente quando a gente tá aprendendo sobre esse conteúdo sobre parto e sobre o atendimento da mulher como um todo. Eu acho que têm que ser abordado para a gente evitar porque às vezes a pessoa não percebe que ela está fazendo uma violência obstétrica. Por exemplo, a questão da episiotomia, [o profissional] pegou, foi lá e fez, mas na cabeça dela ela fez porque se não a mãe ia sofrer uma laceração. Mas “pô” [se] você não explicou para ela, você fez uma violência (Cecília, estudante de medicina, 22 anos).

Consideramos incluir essas perguntas, mais diretas, sobre o tema, para ver a reação das estudantes. O nosso interesse não era testar a veracidade das falas, mas sondar possíveis pontos de tensão sobre as percepções. Uma vez que o saber clínico está sendo, de alguma forma, questionado. Mas as falas de Luiza e Cecília sobre o tema deve parecer mais protocolares, não nos permitindo maiores inferências. Ao menos nos serve para compreender que o tema é sim tratado durante a formação, como sugere Tesser et al. (2015), de que essa prevenção quaternária também exige uma transformação na maneira com a qual os profissionais de saúde assumem as suas responsabilidades para com as mães: “para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição” (Tesser et al., 2015, p. 7).

Testamos o mesmo expediente com as mães, para sondar se conheciam o tema da “violência obstétrica” e o que sabiam. Alexandra, a mais velha, não soube explicar o que seria. Embora, ao refletir sobre as suas experiências de parto, tenha mobilizado na memória os descontentamentos com os procedimentos realizados pelo médico. Mas aqui é o efeito do ato de lembrar que, hoje, atribui significado ao que fora vivenciado no passado. Para Catarina ocorreu o mesmo. As evidências de violências da experiência vivida no seu primeiro parto, ocorrido em 2008, em hospital, só foram percebidas assim anos depois quando ela entrou em contato com o movimento de humanização do parto. Foi isso, a propósito, que a motivou a ter outro engajamento no parto do segundo filho. Na entrevista, quando questionada sobre a “violência obstétrica”, ela nos disse que, “é o desrespeito ao corpo da mulher e do bebê é uma falta de cuidado e, o que eu acho que é o mais grave, é a descrença no saber que o corpo carrega, tanto o do bebê quanto o da mãe” (Catarina, 38 anos).

Para Julia Maria, a “violência obstétrica” pode ser assim definida, “eu entendo que são situações que não é levada em consideração a mulher, que está vulnerável e sensibilizada no momento” (Julia Maria, 17 anos).

Ao contrário do roteiro de entrevista das mães, nas entrevistas com as estudantes de medicina, o termo “violência obstétrica” foi utilizado diversas vezes. É mister destacar que nas duas graduações, o conceito foi trabalhado em sala de aula e violências desse tipo foram identificadas pelas duas estudantes em práticas e estágios. Cecília desde o início da entrevista demonstrou sua preocupação acerca do tema e tem uma opinião bastante ampla do que se configura como sendo “violência obstétrica”. Destaco aqui, a atenção da entrevistada à comunicação do profissional da saúde com a parturiente,

O que eu entendo por violência obstétrica, primeiro de tudo, é o não respeito a mãe e às vontades da mãe. Aqui eu englobo a mãe e o bebê, né? Também acho, que acima de tudo, saber ouvir a mãe é a melhor maneira de você evitar a violência obstétrica. Então, eu configuro [violência obstétrica] tudo que não respeite a mãe, não respeite a vontade da mãe e que seja feito sem autorização dela, sem o aval dela. Ou que impeça ela de ter alguma coisa que ela considere essencial: seja um acompanhante, seja uma anestesia. Para mim isso tudo é violência obstétrica e acho também que o não explicar para a mãe, tem que ter certeza que ela entendeu, que ela sabe o que vai acontecer, como vai acontecer e qual a repercussão disso (Cecília, estudante de medicina, 22 anos).

A recém-formada em medicina, Luiza, disse-nos que a episiotomia foi ensinada durante a graduação, entretanto com ênfase nos casos em que o procedimento era realmente necessário. Destaco aqui que Luiza assistiu a apenas uma episiotomia sendo realizada durante

todas as práticas e estágios e, mesmo assim, acredita que nessa ocasião o procedimento foi feito desnecessariamente.

Eu acho que quando você utiliza técnicas que não é para ser utilizada que dá para você usar outras coisa, episiotomia é uma delas. Eu acho que não tem violência obstétrica só de procedimento e sim também muito psicológica, entendeu? Acho que quando você fala algo para a gestante que tá em trabalho de parto em um momento muito difícil, eu acho que isso também é uma violência obstétrica, sabe? Enfim, eu sou do tipo que não acha que é só procedimento, dependendo da equipe ela causa uma violência e um estresse psicológico tão grande (Luiza, médica, 29 anos).

Como recurso de suporte, para melhor analisar as concepções de violência obstétrica, fizemos uma nuvem de palavras com os termos que mais apareceram nas respostas das quatro entrevistadas, não incluindo Alexandra. Excluímos também os exemplos utilizados e o próprio termo “violência obstétrica”, pelo efeito de inflação que ele exerce. Também se utilizou a palavra “desrespeito” nas falas em que se tinha dito “não respeito”. Considerando a análise dos termos “mãe” e “mulher”, entendemos como se pudessem ser utilizados com o mesmo sentido, uma vez que não havia diferença aparente entre a utilização de um termo ou de outro. Por isso, na nuvem de palavras, foi utilizado o termo “mãe” contemplando tanto “mãe” quanto “mulher”.



Fig. 2 - a violência obstétrica para as entrevistadas  
(Fonte: elaboração própria)

Não nos parece à toa que o termo “desrespeito” tenha assumido proeminência nos discursos. O que parece um indício de como a dimensão dos afetos, dos sentimentos, das emoções aninha a tipificação nativa da “violência obstétrica”. A denotar como as percepções da “violência obstétrica” vão muito além de práticas e procedimentos, incorporando a dimensão afetiva da experiência vivida. A utilização de termos médicos - aqui contemplados: autorização, aval, procedimento e técnica – é muito menos utilizado pelas entrevistadas do que termos relacionados aos afetos.

Também importa apresentar um fato que ocorreu depois das entrevistas, quando mandamos por WhatsApp a transcrição da entrevista para Alexandra (mãe, 54 anos), ela me respondeu com a seguinte mensagem

Queria te contar que a entrevista quando foi feita mexeu muito comigo, foi assunto de minha sessão de terapia na semana seguinte. Rs (sic) Muitas lembrança... umas boas e outras não tão boas. Rs (sic). Até comentei com a minha filha e depois, pensando um pouco mais sobre o tema violência obstétrica acho que, embora não em alto grau, ela acabou acontecendo, não sei... (Alexandra, 54 anos)

Essa mensagem foi bastante importante para aguçar a nossa percepção quanto às repercussões da entrevista na vida da entrevistada. Por isso, me apoio no texto de Sionek et al. (2020).

A experiência de participação em uma entrevista pode ser interpretada como uma avaliação, ameaça, aborrecimento ou invasão de privacidade. Além disso, seria ingênuo pensar que a mobilização que emerge durante o relato não tenha para os participantes repercussões após a finalização da entrevista, de modo que é importante na pesquisa com certas temáticas ponderar um cenário complexo, tanto de possibilidade de reorganização dos próprios sentimentos quanto de existência de rede apoio (SIONEK et al., 2020, p.10).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste artigo, focamos em explorar as narrativas de mães e estudantes de medicina para compreender de que maneira esses atores vivenciam, identificam e entendem a “violência obstétrica”. Alguns aspectos foram essenciais para compreender as diferentes narrativas e, também, as percepções de violência. Dentre eles, a geração da mãe e dos profissionais de saúde, bem como a relação da mãe em com a gravidez e o parto.

Os desafios lançados ao começar essa pesquisa foram muito além de apenas identificar situações que ocorreram violência ou não, ou até categorizar o que é ou não

violência. Entendemos que não era o nosso papel, como pesquisadores, impor conceitos acadêmicos acima das narrativas e experiências das entrevistadas. Os resultados sugerem que as percepções da violência obstétrica vão muito além de práticas e procedimentos considerados violentos, incorporando sobretudo a dimensão afetiva e os efeitos das disputas simbólicas pela legitimidade do saber clínico na relação com o parto vivido como experiência das mães.

Vimos como o que se convencionou chamar de “maternidade ativa” é um componente discursivo que pesa sobre as trajetórias quando o assunto é parto e gravidez, mas, atenção, essa alteração é mais recente e incide desigualmente entre as gerações. O engajamento do planejamento da gravidez, do parto, para dizer, o enredo que se vende como produto em clínicas deixa entrever também outras tensões, não somente ligadas a manifestações de violências. Sim, porque como sugere Pulhez (2013) Rezende (2011), o movimento em favor da humanização do parto expõe os limites das desigualdades de gênero quando parece arguir em favor de uma naturalização do parto como fenômeno das mulheres, perigosamente tocando na fronteira da essencialização de um processo cultural, indo na contramão da liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Talvez por isso, não nos caiba meramente demonizar a ocorrência de cesárias, porque há, de fato, agência, escolha, em mães que preferem assumir os riscos desse procedimento. Isto para recuperar que não estamos operando na chave que opõe cesária (ruim) *versus* parto normal (bom). Formas de violência também podem ocorrer no parto normal. Mas isso descortina uma agenda de pesquisa que requer investimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BESERRA, Gilmar de Lucena [et al.] - Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Em linha]. Brasília. 73:5 (2020). [Consult. 27 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020000500164&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000500164&lng=en&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>>
- BRENES, Anayansi Correa - História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad. Saúde Pública* [Em linha]. Rio de Janeiro. 7:2 (1991), p. 135-149. [Consult. 27 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>>
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti - *Cenas de parto e políticas do corpo*. 22ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. ISBN 978-85-7541-458-3
- FOUCAULT, Michel - *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1998.
- HERNÁNDEZ GARRE, J. M. [et al.] - Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *Revista Internacional de Sociología*. 74 (2016), p. 3-13. DOI <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- JODELET, Denise - Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. *Revista Sociedade e Estado*. 33:2 (2018), p. 423-442. DOI [10.1590/s0102-699220183302007](https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302007)
- LEAL, M. C. - *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento Edital: MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE DECIT n. 057/2009* [Em linha]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. [Consult. 23 de julho de 2020]. Disponível em WWW: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>
- MANNHEIM, Karl - O problema sociológico das gerações. In FORACCHI, M. M. - *Mannheim*. São Paulo: Editora Ática, 1982, p. 67-95.
- PULHEZ, Mariana Marques - “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*. ISSN 1676-8965. 12:35 (2013), p. 544-564.
- REZENDE, Claudia Barcellos [et al.] - *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.
- REZENDE, Claudia Barcellos – Sentidos da Maternidade em Narrativas de Parto no Rio de Janeiro. *Sociol. Antropol.* [Em linha]. Rio de Janeiro. 10:1 (2020), p. 201-220. [Consult. 07 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-38752020000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752020000100201&lng=en&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v101>>
- RICOUER, Paul - *O si-mesmo como outro*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.

- ROSENTHAL, Gabriele - História de vida vivenciada e história de vida narrada: A interrelação entre experiência, recordar e narrar. *Civitas, Rev. Ciênc. Soc.* [Em linha]. Porto Alegre. 14:2 (2014), p. 227-249. [Consult. 7 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-60892014000200227&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-60892014000200227&lng=en&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2014.2.17116>>
- SAO BENTO, Paulo Alexandre de Souza [et al.] - Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc. Anna Nery* [Em linha]. Rio de Janeiro. 10:3 (2006), p. 552-559. [Consult. 27 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000300027&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027&lng=pt&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000300027>>
- SIONEK, Luiza [et al.] - Se eu soubesse, não teria vindo: implicações e desafios da entrevista qualitativa. *Psicol. Estud.* [Em linha]. Maringá. 25 (2020). [Consult. 3 de novembro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722020000100206&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722020000100206&lng=en&nrm=iso)> DOI <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44987>.
- TESSER; CD [et al.] - Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade.* 10:35 (2015), p. 1-12. DOI [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho [et al.] - Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.* [Em linha]. Belo Horizonte. 29 (2017). [Consult. 7 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso)>. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>

## Sites consultados

Os estágios do parto normal. Babycenter. [Consult. 27 de julho de 2020]. Disponível em WWW: <<https://brasil.babycenter.com/a1500800/os-est%C3%A1gios-do-parto-normal>>

CANAL SAÚDE. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. 2018. [Consult. 27 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <<https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna-2018-05-28>>

Ministério da Saúde do Brasil (BR). DATASUS: Sistema de Informações de Nascidos Vivos. [Consult. 23 de julho de 2020]. Disponível em WWW: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasu.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo. Manual de preenchimento da Declaração de Nascido Vivo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011. [Consult. 27 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/M anual\\_DN\\_02fev2011.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/M anual_DN_02fev2011.pdf)>.

SIGNIFICADO DE PARTURIENTE. [Consult. 07 de outubro de 2020]. Disponível em WWW: <<https://www.lexico.pt/parturiente/>>

Artigo Recebido a 16 de outubro de 2020 | Aceite a 18 de novembro de 2020