

## Entre práticas e nomeações: discursos sobre violência obstétrica e seus efeitos de sentido

Between practices and appointments: discourses on obstetric violence and its meaningful effects

**Louise Nicola**

Universidade Estadual do Centro-Oeste

**Kátia Alexandra dos Santos**

Universidade Estadual do Centro-Oeste

**Louise Nicola**

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO (2023). Durante a graduação foi contemplada com bolsa de extensão, a partir de atividades vinculadas ao NUMAPE (Núcleo Maria da Penha). <https://orcid.org/0009-0007-9525-4466>

**Kátia Alexandra dos Santos**

Professora adjunta do curso de psicologia e docente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO. Doutora em psicologia (USP-RP). Líder do grupo de pesquisa Laboratório Discursividades, Mulheres e Resistência (UNICENTRO). <https://orcid.org/0000-0003-4706-6624>

Recebido em:  
27/10/2022

Aceito em:  
26/06/2023

MAI / AGO 2023  
ISSN 2317-9945 (ON-LINE)  
ISSN 0103-6858  
P. 93-108

### RESUMO

Com o aumento expressivo do uso das redes sociais, é perceptível que esse espaço se tornou um ambiente comumente utilizado para compartilhamento de depoimentos pessoais sobre inúmeras temáticas. Tendo em vista maior visibilidade e identificação da violência obstétrica, a internet virou um recurso para expressão dos relatos de mulheres que experienciaram tal fenômeno. Desse modo, este trabalho se debruçou sobre a análise de discursos de mulheres que passaram por tais experiências, com o objetivo de analisar essas vivências a partir das suas perspectivas. Foram coletados um total de 195 relatos, entre postagens e comentários, das plataformas Instagram e Facebook, a partir da hashtag #violenciaobstetrica. A análise dos dados se deu tendo por base a Análise do Discurso de Michel Pêcheux. Os resultados exemplificam como as experiências são diretamente afetadas pela interferência dos marcadores sociais que interseccionam a vivência dessas mulheres.

### PALAVRAS-CHAVE

Violência obstétrica. Redes sociais. Discursos. Interseccionalidade

### ABSTRACT

With the significant increase in the use of social media, it is noticeable that this space has become a commonly used environment for sharing personal testimonies on numerous topics. With a view to greater visibility and identification of obstetric violence, the internet has become a resource for expressing the reports of women who have experienced this phenomenon. Thus, this work focused on the analysis of discourses of women who went through such experiences, with the objective of analyzing these experiences from their perspectives. A total of 195 reports were collected, including posts

and comments, from Instagram and Facebook platforms, using the hashtag #obstetricviolence. The data analysis was based on Michel Pêcheux's Discourse Analysis. The results exemplify how experiences are directly affected by the interference of social markers that intersect the experience of these women.

## KEYWORDS

Obstetric violence. Social media. Discourses. Intersectionality

## 1. Introdução

Na maioria das culturas, as mulheres já foram assistidas por outras mulheres durante o parto, como parteiras, parentes, amigas e, no ambiente hospitalar, por obstetras e enfermeiras. Inclusive, conforme destaca Storti (2004), até o século XVII a medicina tinha poucas informações sobre parto, de modo que as parteiras eram detentoras de grande parte do conhecimento e da assistência sobre a área. Assim, os médicos eram requisitados apenas em situações em que complicações aconteciam, sendo que as decisões e a autonomia sobre o momento permaneciam sobre a parturiente e suas acompanhantes.

A institucionalização do parto foi marcada gradativamente pelo período pós-Segunda Guerra Mundial, segundo coloca Tanaka (1994), em que os processos ocorridos em hospitais passaram a ser regra, e os procedimentos realizados em casa, exceção. A partir disso, a participação da família e da rede de apoio da parturiente nesse momento diminuiu significativamente, visto que o hospital foi planejado de modo a priorizar as necessidades dos profissionais de saúde. Obviamente, essa discursivização do parto toma como modelo a perspectiva europeia, desconsiderando outras vivências anteriores de mulheres negras e indígenas.

Dentro dessa lógica, há um novo modo de se pensar o parto, que antes era um evento íntimo e feminino. Como afirma Perrot (2007, p. 74), “o parto medicalizou-se, masculinizou-se, hospitalizou-se.” Tendo em vista esse panorama, podemos pensar em algumas possíveis consequências que essa transformação causou: a intensa medicalização sofrida no corpo feminino (BRASIL, 2001), as altas taxas de cesarianas realizadas no Brasil: 56,7% dos nascimentos no país (CONITEC, 2016) e o fato de uma em cada quatro das mulheres brasileiras afirmarem ter sofrido violência obstétrica (SENA; TESSER, 2017).

Simone Diniz (2001) afirma que a forma com que a maior parte das parturientes brasileiras são tratadas pode ser definida como humilhante, agravando-se a partir da falta de acesso aos leitos e informação e abuso de intervenções cirúrgicas. Tendo isso em vista, a autora sugere que essas situações sejam integradas como desrespeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Diniz *et al.* (2015) também argumenta que o termo “violência obstétrica” no Brasil refere-se às múltiplas formas de violência exercidas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento. Dentro do que tem sido nomeado de violência obstétrica, as práticas podem sucintamente ser classificadas em: negligência, violência física, violência verbal/psicológica/moral e violência sexual. Tesser *et al.* exemplificam algumas formas com que essas violências podem se concretizar:

abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência; detenção nos serviços (TESSER *et al.*, 2015, p. 3).

Apesar das categorizações, vale ressaltar que cada mulher tem uma experiência única, marcada por subjetividades e características pessoais. Todas as vivências são válidas, de modo que devemos olhar para cada situação e avaliar o que aquilo pode representar, sem um enfoque exclusivo para fatores técnicos e universais. Afinal, pessoas em circunstâncias e condições muitos contrastantes podem ser vítimas de situações semelhantes. Porém, as motivações que levaram a isso, a forma com que cada uma interpreta sua experiência, o olhar da sociedade para os acontecimentos, além de muitos outros fatores, podem demonstrar uma enorme pluralidade de formas de existir e de colocar-se no mundo.

O aumento do uso das redes sociais como instrumento de expressão unido à discursivização da violência obstétrica como problema a ser combatido fizeram com que depoimentos de mulheres que passaram por isso se tornassem recorrentes nas redes. Ao refletirmos sobre como a configuração do parir se modificou e a constante deslegitimação da autonomia das mulheres sobre seus corpos, torna-se bastante perceptível a necessidade de estudos que debatam a violência obstétrica a partir do ponto de vista das verdadeiras protagonistas desse momento: as mães. Nesse sentido, este trabalho pretendeu identificar os possíveis discursos que se materializam nos relatos acerca da violência obstétrica; o que é dito, quais são as formações discursivas encontradas e os efeitos de sentido decorrentes. Tendo em vista os resultados de produções anteriores, justifica-se a necessidade desta pesquisa como uma resposta ao desamparo que tantas mulheres encontram em um momento tão sensível. Muitas vezes essas violações de direitos ocorrem sem constatações ou consciência do que aconteceu. Assim, essa é também uma tentativa de questionar e problematizar violências normatizadas.

Uma das reflexões referentes à retomada ao parto natural na contemporaneidade é que devemos nos atentar para o fato de que um parto natural não é necessariamente humanizado. Afinal, corre-se o risco de entrarmos em mais armadilhas a partir da aceitação de um discurso mercadológico e muitas vezes elitizado, que põe a humanização como algo que está necessariamente atrelada ao ambiente doméstico, às doulas e a não medicalização, por exemplo. De acordo com Carneiro (2014, p. 244), podemos configurar parto humanizado não como um modelo definido que deve ser reproduzido, mas como aquele que ocorre de acordo com os interesses das mulheres. Devemos lembrar que se trata do protagonismo da parturiente e consideração sobre o que ela quer e precisa, independentemente do lugar e condições em que o parto acontecerá.

## 2. Metodologia

A pesquisa se dá a partir da Análise do Discurso de linha francesa (PÊ-

CHEUX, 2009) como perspectiva teórico-metodológica. Entendemos ser essa uma concepção que em muito contribui para a análise de dados, visto que essa perspectiva considera primordial compreender os contextos sócio-históricos e ideológicos, além dos sujeitos para que se entendam os discursos. Inclusive, Orlandi (2009) considera que quando se trabalha com linguagem não se deve partir da ideia de transmissão de informações, mas de que falamos da constituição de sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história. Portanto, esse método considera como de grande relevância o sujeito dentro de seu contexto, a fim de analisar a relação estabelecida entre a língua e seus interlocutores como constituintes das condições de produção dos discursos.

Orlandi (2009) ainda expõe que o discurso, além de objeto sócio-histórico, é um processo de significação que relaciona sujeito e sentido na língua através da história, é a palavra em movimento. Não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interrogado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido. Dentro disso, existem as condições de produção, ou seja, o contexto em que as formações discursivas acontecem. As condições de produção podem ser consideradas em um sentido estrito, a partir do contexto imediato (circunstâncias da enunciação) e em um sentido amplo (contexto sócio-histórico, ideológico). Apesar de exposta essa divisão para fins explicativos, na prática esses contextos devem ser considerados conjuntamente, jamais devem ser separados.

Já o interdiscurso pode ser definido como “todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. Para que minhas palavras tenham sentido é preciso que elas já façam sentido” (ORLANDI, 2009, p. 34). Dentro do contexto em que a pesquisa se encontra, os significados desse termo podem ser explicitados ao analisarmos um enunciado como *parto humanizado*. Contemporaneamente, esse termo passou a ser discursivizado cientificamente pela política de humanização ligada ao campo da saúde. Contudo, ao usar uma expressão como essa, comparecem sentidos relacionados a uma suposta natureza feminina, o corpo que sabe parir, mas também comparecem elementos ligados a um discurso capitalista, tais como ambiente doméstico, doula, banheira, música, fotografia etc. Para a Análise do Discurso, os efeitos de sentido se atualizam a cada enunciação, justamente por carregarem um conjunto de dizeres já materializados e que compõem nossa memória discursiva. Assim, os sentidos em torno do parto humanizado acabam por juntar formulações que se relacionam predominantemente ao parto natural, preferencialmente fora do ambiente hospitalar e envolto em uma performance que congrega contraditoriamente o *natural* e o programado para parecer natural.

A partir dessa compreensão, os sentidos não existem em si mesmos, mas se produzem a partir das posições ideológicas dentro de uma conjuntura compartilhada pelos interlocutores, sendo essas posições também chamadas de formações ideológicas. Das formações ideológicas derivam as formações discursivas. Pêcheux (1995, p. 160) chama de formação discursiva (FD) “aquilo que, numa conjuntura dada, determinada pelo estado de luta de classes, determina o que pode e deve ser dito.” Portanto, considera-se que as mesmas palavras e proposições podem mudar de sentido ao serem deslocadas de uma formação discursiva para outra. Uma exemplifica-

ção disso seria a formação discursiva médico-biológica, em que ocorre uma supervalorização do saber médico ao mesmo tempo em que são desmerecidos os saberes das parturientes. Nessa FD, fatores sociais e subjetivos são desconsiderados e propõe-se que as atitudes tomadas pelos profissionais sejam compreendidas como incontestáveis. Uma afirmação sobre nível de dor, por exemplo, passível de intervenção ou dentro dos padrões de normalidade, pode ser julgada pela parturiente como insuportável e pelo médico como aceitável. Obviamente, interferem aí outros saberes também acerca de quem é esta mulher: preta ou branca, rica ou pobre etc. A partir disso, muitas violências são praticadas dentro de uma lógica que considera absurdo e até mesmo audacioso alguém resistir ou não acreditar prontamente nas ações e concepções médicas.

A internet foi utilizada como meio de se acessar os dados neste trabalho devido à grande quantidade de pessoas que ela alcança. De acordo com Fragoso, Recuero e Amaral (2013), a internet é considerada um objeto de estudo em ampla ascensão nas mais diversas áreas. Assim, coletaram-se um total de 195 relatos, mediante as redes sociais Facebook e Instagram, de mulheres que identificaram a presença da violência obstétrica em suas experiências de parto. Essa coleta se deu a partir de postagens que traziam diretamente depoimentos ou comentários em postagens relacionadas à temática. Para chegar até esses relatos, foram feitas buscas de março até maio de 2021 a partir da hashtag “violência obstétrica” e selecionados os depoimentos publicados no período de janeiro de 2020 até maio de 2021. Foram descartados comentários muito breves e com poucas informações, como os que traziam apenas curtas afirmações como “eu passei por isso” e “eu sofri V.O.”. Os relatos serão apresentados sem identificação das mulheres, sendo diferenciados a partir da numeração dos depoimentos.

Todas as informações usadas trata-se de dados de domínio público, pois foram coletadas em páginas abertas, por meio de busca nas próprias plataformas mencionadas. Assim, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, utilizando-se das prerrogativas da Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde. Porém, como já mencionado, as identidades de todas as mulheres foram preservadas. Um número grande de relatos foi selecionado, possibilitando que divergências e pontos de vistas diversos fossem detectados. Além disso, muitas similaridades e recorrências foram percebidas dentro dos depoimentos, mesmo em uma amostra ampla e com mulheres de diferentes perfis. É isso que pretendemos demonstrar no tópico a seguir.

### 3. Resultados e Discussões

Algumas regularidades foram sendo observadas como efeito do discurso materializado nos relatos coletados. O formato relaciona-se ao gênero comentário em redes sociais, que traz essas características, embora com algumas variações. Observamos que a maioria são depoimentos diretos, logo em seu início já relatam quais foram os tipos de violência sofridas e exemplos de como isso se deu. Dentro da diversidade de experiências encontradas, houve predomínio das violências física e psicológica/verbal/moral. Além

disso, é perceptível a prevalência da discursivização de sentimentos como tristeza e revolta ao recordar o que aconteceu, de forma que a subjetividade se fez bastante presente nas escritas. Algo bastante recorrente foi a desinformação na época dos acontecimentos de que o que estava acontecendo era violência obstétrica, ou até mesmo de que não é normal sentir tanta dor e sofrimento no parto. Poucos casos trouxeram detalhes sobre possíveis providências tomadas, como processos ou denúncias.

Como a maioria dos relatos são comentários em postagens relacionadas à violência obstétrica ou respostas a outros depoimentos, percebeu-se a identificação entre os perfis que estavam interagindo como algo bastante presente, sendo expresso mediante enunciados como “também passei por isso”<sup>1</sup> e “comigo foi parecido”. Entre as postagens que ocasionaram os depoimentos, são bastante recorrentes conteúdos de teor informativo, como “o que é violência obstétrica” e como ela pode acontecer; os direitos da parturiente durante o parto; que medidas tomar quando identificada a violência; além de problematizações envolvendo cesariana, medicação excessiva e episiotomia. Desse modo, o conteúdo das postagens interfere no conteúdo dos depoimentos. Exemplo disso são as publicações que trazem maiores dimensões críticas. Ou seja, nos casos em que opressões sociais foram citadas ou relacionadas à violência obstétrica, na rede discursiva que foi sendo tecida, colocou-se possibilidade de discursos que afirmavam que essas violências não estavam relacionadas apenas ao despreparo profissional ou negligência institucional, mas também à ação de diversos fatores sociais. Nesses casos foi possível perceber maior vinculação a formações discursivas que relacionam questões de gênero a partir de uma perspectiva interseccional, o que se materializou nas postagens por meio de discussões de temas que interceptam a violência obstétrica como: gênero, raça, classe e relações de poder.

Os marcadores mais comuns e reconhecidos nas narrativas são os de gênero e classe. Vale ressaltarmos que, em função do meio usado para a coleta de dados, certas camadas não puderam ser acessadas devido ao fato de que possivelmente o acesso à internet ainda é algo pouco viabilizado para pessoas em contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica. Obviamente não trabalhamos nesta análise com características empíricas acerca da classe econômica das pessoas/perfis que comentaram as postagens, contudo é possível identificar algumas materialidades discursivas que apontam para elementos ligados a questões de classe como tipo, local e características do parto. Contribuindo para essa discussão, Rocha e Ferreira trazem alguns dados importantes para entendermos o cenário de assistência ao parto no Brasil:

De modo geral, no setor público, predominam mulheres que se declaram pardas ou negras, com baixo grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo, ao passo que, no setor suplementar e privado, predominam as mulheres brancas, com alto grau de escolaridade e alto poder aquisitivo. (...) Outros trabalhos mostram que as mulhe-

---

1 Os relatos retirados das postagens foram reproduzidos tais como foram escritos e postados, inclusive com possíveis erros gramaticais ou de digitação. Nesses casos, colocamos a expressão “sic” ao lado das palavras. A numeração que identifica os enunciados que constituíram o *corpus* da pesquisa seguiu um critério cronológico. Optamos por deixar os relatos em itálico para que eles ficassem em evidência no texto.

res mais pobres do setor público não são empoderadas no pré-natal, não recebem informação necessária e têm medo de interpelar os profissionais de saúde sobre o parto. Todavia, são elas que sofrem menos intervenção cesariana, mas, por outro lado, sofrem mais procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica (ROCHA; FERREIRA, 2020, p. 560).

Em vários depoimentos podemos perceber discursos bastante característicos referentes a uma posição ideológica que desconsidera as mulheres como detentoras de direitos sexuais e reprodutivos: *“O médico fez a retirada completa das minhas trompas, trouxe pra mim numa bandeira (sic) durante o parto e disse: (...) Pode brincar sem se preocupar”*; *“A médica me falava agora é sofrimento né, na hora de fazer tava gostosinho”* (relato 1); *“Alegavam cesárea de um bebê já encaixado para parto normal”* (relato 4). Os depoimentos citados demonstram diversas violações ao seguir uma lógica que coloca a mulher que usufrui de sua sexualidade como indecente e até mesmo hipócrita por sentir dor ou pedir respeito. Há muitos princípios conservadores e misóginos dentro desse discurso, que coloca a dor como consequência de uma prática depravada e o sofrimento como uma espécie de punição para a mulher que exerce sua sexualidade. Discursos como esses só são possíveis pela vinculação a uma formação ideológica de base cristã, que localiza na mulher o pecado. Como sabemos, historicamente, a mulher foi sendo identificada à figura de Eva, ou seja, aquela que, ao incitar o homem a se abrir para o conhecimento, ou seja, aquilo que era proibido, relegou a humanidade ao pecado. Essa narrativa que alia a mulher ao pecado funciona discursivamente para sustentar práticas de violência, entendidas como punição.

Além disso, prevalece a ideia do corpo feminino como público, uma vez que esse corpo é exposto sem o consentimento da parturiente a procedimentos que visam à facilidade do parto para os profissionais. No caso da episiotomia, também intenciona o prazer sexual masculino dos parceiros, sendo manifestado pelos médicos como se fosse uma benesse, com uso de termos que objetificam mais ainda esses atos, como é possível observar no seguinte fragmento: *“(...) sobri (sic) a episiotomia sem anestesia e sem aviso algum, senti a pele rasgar e gritei, me falaram que não podia gritar ou o bebê subia”* (relato 102). Ou seja, opera uma lógica contraditória que, ao mesmo tempo em que expressa que as mulheres são imorais por exercerem sua sexualidade, incentiva e normaliza o prazer masculino: *“Na consulta pós-parto ele disse que ia liberar o parquinho para o meu marido”* (relato 11). Os efeitos de falas como essa parecem manter uma lógica patriarcal: para as mulheres, violência. Para seus companheiros, deferência.

Feita essa descrição geral, passamos à discussão de alguns elementos do gesto de análise que fizemos a partir do *corpus* da pesquisa.

### 3.1 Interseccionalidade em questão

Principalmente por se tratar de uma amostra grande como a que apresentamos neste trabalho, precisamos considerar de que lugar parte a fala dessas mulheres. A única característica em comum, talvez, seja o fato de se identificarem como mulheres e terem acesso à internet e às redes sociais. Devemos lembrar a inexistência de uma mulher universal, uma vez que somos

atravessados por marcadores como raça, gênero e classe, como denunciou Sojourner (2014), em sua clássica enunciação: “E eu não sou uma mulher?”. De acordo com Carla Akotirene (2019, p. 19), “a interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado.” Assim, buscamos articular esse conceito aos pressupostos da Análise do Discurso, uma vez que se trata de uma área que também considera os efeitos que o contexto e as condições de produção trazem para a produção dos sentidos.

É possível compreender a noção de interseccionalidade por meio dos dados coletados, inúmeros exemplos materializam os marcadores sociais na relação com a experiência da violência obstétrica. Tratando-se do marcador classe social, foi possível identificar classes sociais mais privilegiadas pela referência ao auxílio de doulas e assistência em hospitais. Porém, vale lembrar que isso não impediu que essas mulheres sofressem diversas formas de violência, o que demonstra que não há uma garantia de que isso não possa acontecer em contextos com melhores condições materiais. “Perdi meu bebê de 4 pra 5 meses no vaso e a enfermeira deu descarga. Hospital particular que parecia um hotel” (relato 125); “Com base nisso, apenas decidi q (sic) não retorno nunca mais no consultório dele, que não quero nunca mais vê-lo, muito menos que faça o meu parto” (relato 136).

Esse último relato refere-se ao caso de uma mãe que sofreu violência obstétrica no pré-natal e trocou de médico antes do parto. Apesar de isso demonstrar uma redução de danos, podemos pensar nos privilégios que essa mãe teve, algo não acessível a todas. Primeiramente, em relação às informações que fizeram com que ela percebesse que algo de errado estava acontecendo. E, depois, ao se considerar que houve a possibilidade de trocar de médico, algo que muitas mulheres não teriam condições de fazer.

Por outro lado, há vários enunciados que se apoiam em um discurso que alia bom tratamento ao serviço de saúde privado, produzindo-se o efeito de que a presença de recursos materiais e o próprio serviço particular por si só é capaz de evitar violências e garantir um bom atendimento: “Com o forcepís (sic) aprendi uma lição não arrumo filho sem ter condição financeira sou uma pessoa tão revoltada com a vidaaaa” (relato 138).

Apenas quatro depoimentos trouxeram o marcador de raça como destaque. Isso pode nos dar pistas sobre o ambiente de coleta. Apesar de a internet trazer uma ampla gama de possibilidades, podemos pensar nas relações do recorte da pesquisa e no porquê de poucos relatos de mulheres negras terem sido encontrados. Uma das hipóteses diz respeito ao acesso à internet e às redes sociais. Conforme afirma Silva (2015, p. 162), “o acesso à Internet no Brasil está massificada neste momento (ou seja, é disponível para um grande número de pessoas), mas não está universalizada (não chega a todo e qualquer cidadão)”. Uma das mulheres narra o racismo que sofreu e traz em seu relato: “por sermos pretas já sabemos o que esperamos” (relato 183). Isso expressa algo de muito particular na experiência de mulheres negras, que já estão acostumadas a passar diariamente por inúmeras violências, ao ponto em que já há uma constante desconfiança e expectativa de que situações racistas possam acontecer. Destaca-se nesse enunciado o uso do pronome na primeira pessoa do plural, o que marca linguisticamente uma característica coletiva, inerente à experiência de mulheres pretas e não de



uma mulher em específico.

Uma situação que também materializa o quanto o marcador raça pode ser preditor de violência refere-se a uma mãe negra, diabética e grávida de 38 semanas, que estava internada no mesmo quarto que uma mãe branca, também diabética. Segundo o relato, para essa outra mulher foi oferecida a possibilidade de fazer uma cesariana com data marcada, o que não aconteceu com ela, mesmo implorando pelo mesmo procedimento. Por fim, ela teve um parto normal e o bebê acabou não resistindo. Conforme desabafa, a outra mãe “*está comemorando o aniversário de 1 aninho do filho dela hj (sic)*” (relato 81). Esse caso exemplifica o racismo interligado à negligência, práticas que se ancoram em pressupostos de que a mulher preta é mais forte e resistente. Essa mesma lógica é responsável pelo fato de que, no Brasil, as parturientes negras e pardas recebem menos anestesia no parto (LEAL *et al.*, 2017), além de serem as que mais morrem em decorrência do trabalho de parto ou complicações na gravidez (MARTINS, 2006).

Algo que se observou também no *corpus* da pesquisa refere-se à ausência de relatos de mulheres lésbicas ou homens trans. Isso pode ser interpretado como uma invisibilidade para a diversidade de orientações sexuais e identidades de gênero, visto que muitas vezes tudo que foge do padrão heterocisnormativo sequer é lembrado. Inclusive, essa é uma questão que deve ser reforçada e mais discutida para que transformações e mudanças na prática também ocorram, inclusive dentro do movimento feminista. Afinal, conforme explica Cláudia Pons Cardoso (2019, p. 11), “feminismo é um compromisso ético, político, teórico e prático com a transformação da sociedade a partir de uma perspectiva antirracista, antissexista, antilebobofóbica, anti-homofóbica, antitransfóbica, anticapitalista.” A Análise do Discurso explora reflexões não apenas sobre o dito, mas também do não dito, de modo que podemos fazer um exercício importante ao pensarmos nos motivos pelos quais algumas vivências são menos discursivizadas do que as outras. Hipotetizamos que esses ambientes de descrição de episódios de violência obstétrica são mais procurados por mulheres que ocupam um lugar de fala cisheteronormativo, sendo que possivelmente mães lésbicas ou homens trans que geraram filhos tenham usufruído de outros espaços para compartilhar suas vivências; espaços discursivos com os quais se sentem mais identificados.

Pensando ainda em outros elementos que permeiam a experiência da violência obstétrica, temos a discussão sobre a gordofobia. Para Rangel (2018, p. 19), a gordofobia “é utilizada para denominar o preconceito, estigmatização e aversão englobados por meio de uma opressão estrutural na sociedade que atinge as pessoas gordas.” Algo bastante significativo foi o fato muitos depoimentos citarem a gordofobia como presente em suas experiências. Isso demonstra uma identificação dessa forma de discriminação, além de sua nomeação; essencial para que haja reconhecimento e mudança sobre os fenômenos. Nesses relatos, foi muito presente a culpabilização que essas mães sentem por seus corpos, além dos impactos psicológicos que a violência obstétrica verbal trouxe: “*Saí de lá, entrei no carro e chorei muito, coloquei a mão na barriga e pedi desculpas ao meu filho por ser obesa*” (relato 112); “*A plantonista que fez a ultrassom me falou coisas horríveis por causa da gordura da minha barriga, disse que a médica dificilmente ia conseguir ouvir o*

coração” (relato 115).

A ridicularização dos corpos também foi muito significativa: “O médico perguntou se tinha certeza que tinha um bebê na minha barriga pois era impossível ver com tanta gordura” (relato 111); “O médico falando que não achava o bebê no meio de tanta gordura e tals. Humilhante” (relato 114). Esses discursos também exemplificam o estigma que há sobre essas pessoas, que as coloca como incapazes, fracassadas, preguiçosas e potencialmente doentes e/ou nocivas para os bebês que gestam.

Nesse sentido, muitos depoimentos ilustram a questão do corpo gordo sempre ser visto como doente. Mesmo sem exames e constatações, os profissionais já presumiram que os bebês estavam em risco e que as mães não eram saudáveis. Inclusive, isso em muito ajuda a desvalidar as opressões sofridas por essas pessoas, já que os gordofóbicos usam do discurso pró-saúde para justificar seus pontos de vista preconceituosos. Mas será que esses médicos tratariam mulheres magras (e possivelmente não saudáveis) da mesma forma? Conforme afirmam Paim e Kovaleski (2020, p. 5), “a inquestionabilidade da saúde das pessoas magras é um exemplo de gordofobia, pois estas acabam vivendo em situação de privilégio e, mesmo que de forma involuntária e inconsciente, se beneficiam dessa opressão”.

Os dados coletados constataram que mulheres mais jovens comumente sofrem violência obstétrica, tendo as suas idades como fator justificativo. Nos depoimentos, foi notável um teor moralista por parte dos profissionais, que objetivam o sofrimento dessas mulheres como forma de “lição”, discurso que se ancora em uma formação ideológica cristã, como mencionamos anteriormente. Tal formação ideológica, além de relacionada ao pecado, conduz a um controle da sexualidade feminina que legitima práticas violentas como as descritas pelas parturientes. Uma dessas mulheres relatou: “*Em alguns momentos cheguei a ouvir algo como: ‘se pra abrir as pernas não pensou em ser menor de idade, por que agora pensa?’*” (relato 172). A expressão “abrir as pernas” para retratar o ato sexual materializa o tom pejorativo, moralista e que coloca em julgamento o exercício da sexualidade por parte da mulher. A partir disso, podemos refletir sobre a existência de um controle social que dita a forma aceitável de ser mãe por meio de regras que determinam as situações ideais: a idade, condição econômica, número de filhos, entre outros. Porém, vale ressaltar que estar dentro desses moldes não garante uma proteção no que diz respeito a esse moralismo, tão usado para atacar e subjugar mães. Exemplo disso é a imensa quantidade de perfis de mulheres que, aparentemente, encaixavam-se nesses modelos e mesmo assim relataram sofrer violência obstétrica. O fator gênero, portanto, é o que congrega todas as formas de violência obstétrica.

Apesar de compartilhar experiências pelo fato de serem mulheres, dentro do interdiscurso sobre a maternidade e o parto, há diferentes modos de se posicionar discursivamente. Um exemplo são os discursos acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), que trazem o marcador classe como determinante para os efeitos de sentido que se produzem. Em um comentário, a mulher defende o sistema público, apesar de suas falhas: “*Quem tem condições financeiras, provavelmente não passa por isso e nem vivencia a dor dos que passam (...) Defendemos o SUS, mas que seja mais humano!!!*” (relato 183). Em contrapartida, temos o seguinte depoimento: “*(...) odeio o sus por isso nao*

*arrumo filho mais e vou trabalha muito na vida pr minha filha ter tudo e quando ele ter filho eu paga tudo particular (sic)*” (relato 138). Nesse relato, além de muita indignação com o sistema público de saúde, vinculação a um lugar inferior e imutável, há a afirmação do sistema privado como o contrário disso, evidência que se coloca a partir de uma formação ideológica capitalista, segundo a qual quanto mais se paga, mais se tem em termos de qualidade de produtos e serviços.

Esses efeitos são possíveis a partir de uma lógica mercadológica que promete humanização e cuidados dignos como garantidos quando em contextos com mais recursos materiais e em hospitais particulares, por exemplo. Inclusive, esse é um ponto que precisa ser muito bem exposto, para que “parto humanizado” não se torne algo elitizado e genérico, como se houvesse regras de como deve ser e sem considerar as condições de cada gestante/bebê.

Os discursos em torno do parto humanizado produzem diversos efeitos de sentido; a propósito, equívocos em relação ao próprio conceito, como podemos visualizar no relato a seguir: *“Tudo que eu queria era um PH, mais (sic) como era pelo SUS, disseram que eles não faziam esse procedimento”* (relato 5). No excerto anterior, considera-se o parto humanizado um procedimento, procedimento elitizado e, portanto, não realizado no Sistema Único de Saúde. Esses sentidos contrastam com a definição de humanização discutida anteriormente, mas indicam que é o que tem circulado no senso comum.

Além disso, é importante salientar que os partos naturais, mesmo com pouca medicalização e com acompanhamento de doulas, serem comumente mais humanizados e aprovados pelas parturientes, também são situações que podem ser violentas. Conforme narrado por uma das mulheres: *“(…) fui convencida a fazer parto normal (humanizado) por um grupo de doulas que eu estava. (...) me traumatizou em querer ser mãe novamente... então hj (sic) eu faria 1000 cesáreas e não um parto normal”* (relato 96). No fragmento, destaca-se a relação sinonímia entre “parto normal” e “humanizado”, o que parece ser produzido por um discurso corrente e atual que dicotomiza parto natural e cesáreo.

## **3.2 As mulheres sabem parir e os bebês sabem nascer:**

### **saber médico e informação em tempos de internet**

O deslocamento do protagonismo para os profissionais da medicina no parto foi algo imposto e naturalizado, de modo que esse lugar de “saber incontestável” foi rapidamente aceito e segue normalizado, com poucos deslocamentos que vêm se colocando atualmente. Paralelamente a esse processo de medicalização do parto, foi-se produzindo, sem justificativas coerentes, um afastamento do feminino e da autonomia das mulheres como detentoras de um saber na cena do parto. Conforme explicam Ehrenreich e English:

A exclusão das mulheres do trabalho de cura não tem nenhuma justificativa historicamente coerente. As bruxas foram acusadas de pragmáticas, empíricas e imorais. Mas, no século XIX, a retórica se inverteu: as mulheres passaram a ser demasiado não científicas, delicadas e sentimentais. Os estereótipos foram variando de acordo

com as convenções masculinas, e não nós (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 52).

Os efeitos desse processo histórico puderam ser visualizados nas experiências e formações discursivas atualizadas no discurso das parturientes. Muitos depoimentos exemplificam esse olhar do saber como exclusivo e pertencente apenas ao médico. Uma das narrativas é o caso de uma mãe que ouviu dos médicos que a hemorragia que a acometeu e a dificuldade de a filha nascer se devia ao fato de ela querer parto normal. Além disso, conforme a descrição: “(...) a pediatra confirmou que isso só aconteceu porque eu queria saber de coisas que só os médicos sabem” (relato 93).

Além disso, percebemos em muitos casos uma comum irritação e desprezo com aquelas que chegam preparadas com de planos de parto, informações sobre o parto e seus direitos, ou com a companhia de doulas. Isso pode ser exemplificado por alguns fragmentos: “(...) pedi analgesia de novo para poder descansar e aguentar e ela me disse: ‘não tem isso de analgesia. É coisa que doula inventa. O que podemos fazer é uma cesárea e te dar anestesia’” (relato 65); “Aqui no hospital não existe doula não. (...) olha a doula achando que pode alguma coisa” (relato 177). Reações como essas são possíveis a partir de uma formação discursiva médico-biológica que produz uma formação de profissionais ainda alicerçada em práticas desumanizadas, de caráter apenas técnico, sem nenhum tipo de atravessamento de discussões de gênero. Um dos depoimentos ilustra essa percepção: os estudantes são chamados de “aprendizes de carneiros” (relato 79). Em outra narrativa, declara-se: “fui usada como objeto numa aula com vários alunos. (...) Eu tive o azar de estar ali. A professora explicava aos alunos o que estava fazendo” (relato 101). Esses relatos colocam o aprendizado da técnica antes do direito das mulheres na cena do parto.

Partindo da materialização desses discursos, podemos afirmar que a informação vem se mostrando como um recurso poderoso para prevenção da violência obstétrica, apesar de não ser uma garantia. Inclusive, a internet vem tendo um papel ativo e bastante importante nesse processo. A própria nomeação do que se foi experienciado como “violência obstétrica” é um exemplo disso. Essa designação, além de trazer identificação entre quem passou por isso, foi vista por muitas como algo que trouxe certo conforto, seja por saber que existe um nome para o que aconteceu ou por finalmente não precisarem interpretar como normal as violências vividas. Conforme declarado em um dos comentários coletados na pesquisa: “Por um lado fiquei aliviada em saber que essa prática acontece e tem nome” (relato 90).

Desse modo, ao mesmo tempo em que a Internet funciona como espaço de informação e compartilhamento de experiências, muitas vezes, é criticada pelos profissionais, que veem o uso desse espaço apenas como responsável por desinformação e orientações equivocadas. Um dos depoimentos revela esse aspecto: “Eu disse que não queria de jeito nenhum episiotomia, ele disse que eu estava vendo muita internet” (relato 11).

Muitas mulheres se responsabilizam pelo que viveram por não terem conhecimentos sobre essa violência e seus direitos na época dos acontecimentos: “(...) aconteceu por pura falta de informação minha” (relato 71). Esse é um ponto muito importante para ser pensado. Afinal, a divulgação de informações e a compreensão dessa temática, apesar de instrumento capaz

de prevenir muitas situações de violência, nem sempre será uma garantia de que as parturientes estarão incólumes a contexto de expressiva vulnerabilidade. É preciso entender as limitações existentes dentro deste recurso. Nos próprios relatos apareceram várias situações de mulheres muito bem-informadas que não puderam evitar que se tornassem vítimas. Porém, nos dados da própria pesquisa, foi visualizada a importância desse conhecimento para muitas mulheres, além do papel que isso tem no gradual resgate do lugar de saber das mulheres no momento do parto.

## 4. Considerações finais

Os dados coletados e as análises permitiram entender os efeitos que a masculinização do parto trouxe. O controle exercido sobre os corpos das mulheres e a incontestabilidade do saber médico são apenas alguns dos exemplos de como isso funciona na prática. Também devemos lembrar que essas opressões não se materializam nos mesmos efeitos para todas as mulheres, afinal existem diversos fatores e marcadores sociais que influenciam e produzem diferentes formas de opressão. Tendo isso em vista, esta pesquisa contemplou uma análise discursiva de relatos de violência obstétrica divulgados em redes sociais na internet, utilizando como operador teórico-metodológico o conceito de interseccionalidade. Nos depoimentos encontrados, os marcadores sociais que pareceram ter relevância na vivência da violência obstétrica foram o de gênero, obviamente, mas também de classe, raça, idade e, ainda, destacou-se a gordofobia. Não tivemos depoimentos de mulheres lésbicas ou de homens trans, o que sinaliza a possibilidade dessas pessoas não se identificarem com essa discussão, talvez pelo fato de que já sofrem opressões de diversas ordens que são discutidas entre pares e não em um ambiente virtual em que a maioria dos depoimentos referem-se à vivência de mulheres cis e heterossexuais.

Além disso, foi possível observar o papel que o interdiscurso, ou seja, o conjunto de discursos que possibilita o dizer, tem nas práticas e sentidos em torno do parto e da violência obstétrica. Foi perceptível, mediante alguns relatos, a importância da nomeação dessas práticas violentas na identificação e no enfrentamento. Desse modo, visualizamos, ainda que aos poucos, que o parto vem se colocando novamente como um processo de protagonismo feminino. Reflexo disso são as mães que cada vez mais têm conhecimento dos seus direitos e necessidades nesse momento, expressando isso pela presença de doulas, elaboração de planos de parto, questionamentos sobre medicalização e cesariana, entre inúmeras outras questões. Contudo, essa possibilidade de acesso ao conhecimento não pode ser visualizada sem um recorte que contemple os diversos marcadores sociais.

Por fim, a pesquisa conseguiu levantar um conjunto de discursos acerca do parto e do papel da internet e das mulheres nessa cena. Trata-se de um recorte, visto que não foi possível abarcar o que pensam aquelas que não têm acesso à internet ou não se engajaram em discussões acerca do tema em redes sociais. Ainda, é preciso atentar para discursos e práticas que instauram um modelo do que seria um parto ideal, pois isso é cair em outros universalismos e imposições que podem se configurar também em

práticas violentas.

## Referências

AKOTIRENE, Carla. **Interseccionalidade**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Etnografias em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014.

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CURI, P. L.; RIBEIRO, M. T.; MARRA, C. B. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, n. spe, p. 156-169, 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grillo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. 2001. Tese (Doutorado em Medicina), Universidade de São Paulo, 2001.

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. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 abr. 2021.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Bruxas, Parteiras e Enfermeiras - Uma história de mulheres curandeiras**. Editora Subta, 2017.

FRAGOSO, S.; RECUERO, R.; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

HOOKS, Bell. **Teoria feminista: da margem ao centro**. São Paulo: Perspectiva, 2019.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 22 jul. 2021.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2473-2479, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100022>. Acesso em: 22 jul. 2021.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios & procedimentos. Campinas: Pontes, 2009.

PAIM, M. B.; KOVALESKI, D. F. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190227, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>. Acesso em: 22 jul. 2021.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Campinas: Editora da UNICAMP, 1995.

SILVA, Sivaldo Pereira. Políticas de acesso à Internet no Brasil: indicadores, características e obstáculos. **Cadernos Adenauer XVI**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 151-171, 2015.

PERROT, Michele. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. **O ativismo gordo em campo**: política, identidade e construção de significados. 2018. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política), Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 556-568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 209-220, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>. Acesso em 22 jul. 2021.

SOJOURNER, Truth. **E não sou uma mulher?**. Géledes, 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-eu-uma-mulher-sojourner-truth/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

STORTI, Juliana de Paula Louro. **O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto**: expectativas e vivências do casal. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 2004.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Maternidade**: dilema entre nascimento

# Leitura

Nº 77 Ano 2023

e morte. Tese (Livre Docência), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>. Acesso em 12 abr. 2021.