



**Artigo original**

## **RELAÇÕES DE PODER E EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE PARTO NA CIDADE DE MAPUTO**

**Edson Mugabe e Esmeralda Mariano**

*Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane (UEM),  
Moçambique*

**RESUMO:** Preocupada em analisar as experiências de mulheres em relação ao parto na Cidade de Maputo, a pesquisa foi feita num contexto em que o Governo de Moçambique vem adoptando estratégias para a humanização dos serviços de saúde, e mostra como as práticas biomédicas nos serviços de parto intercedem as questões de violência, as hierarquias entre mulheres profissionais e utentes e, as diversas formas de agenciamento dos corpos femininos. Orientada pela fenomenologia, como um referencial teórico, articulada ao método etnográfico, a pesquisa providencia evidências de desencontros e lutas nas interações entre mulheres usuárias dos serviços de maternidade e parteiras. Para além de argumentar que estas interações tornam a maternidade como um espaço de regulação biomédica e controlo emocional das parturientes, este artigo problematiza a visão política pela qual a noção de humanização do parto foi concebida, ao mesmo tempo que lança desafios na análise e compreensão das relações de poder nos serviços de maternidade.

**Palavras-chave:** Maternidade, Parto, Poder, Violência.

## **POWER RELATIONS AND EXPERIENCES OF VIOLENCE IN CHILDBIRTH SERVICES IN MAPUTO CITY**

**ABSTRACT:** Concerned with the analysis of women's experiences in relations with childbirth in the Maputo City, the research was taken in a context in which the Government of Mozambique has been adopting strategies for the humanization of health services, this article shows how biomedical practices in childbirth services intertwine violence, hierarchies between professional women and users, and the various forms of agency of the female bodies. Guided by phenomenology, as a theoretical framework, articulated with the ethnographic method, the research provides evidence of mismatches and struggles in the interactions between women users of maternity services and the midwives. In addition to arguing that these interactions make maternity a space of biomedical regulation and emotional control of parturient, this article discusses the political view on which the notion of humanization of childbirth was conceived, while at the same time posing challenges in the analysis and understanding of power relations in maternity services.

**Keywords:** Maternity, Childbirth, Power, Violence.

---

Correspondência para: (correspondence to:) [mugabeedson@gmail.com](mailto:mugabeedson@gmail.com)

### **INTRODUÇÃO**

Este artigo reflete sobre as “experiências das mulheres no parto na Cidade de Maputo”, tomando em conta os relatos de múltiplas interações estabelecidas entre usuárias (parturientes) e parteiras, cujo foco principal incide na análise e compreensão das narrativas das usuárias sobre as intervenções e discursos das parteiras. Estas

interações ocorrem num campo de divergências, lutas e práticas de violência entre as mulheres, umas representadas como usuárias e outras como profissionais.

Com base em relatos de experiências de maus-tratos e desrespeito narrados por mulheres com experiência de parto vaginal e cesário, este artigo reflete sobre como as experiências das mulheres no parto, bem

como as experiências das parteiras ao lidar com as gestantes no pré-nascimento, durante e pós-parto, sugerem uma profunda chamada de atenção à análise do espaço como um elemento crucial que influencia as relações estabelecidas entre estas nos serviços de maternidade.

A aprovação, pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), do Programa Integrado Nacional de Saúde Materna (MOÇAMBIQUE. MISAU, 1978), elaborado no âmbito da Política de Saúde de 1976, marca o primeiro passo político em relação à preocupação com a situação das mulheres no contexto da maternidade (MISAU, 1984). A partir de 1990, com a influência da CIPD<sup>i</sup> (Patriota, 1994) e QCMM<sup>ii</sup> (ONU, 1995), inicia uma série de programas, regionais e nacionais, que chamam atenção a questão dos direitos sobre a saúde materna e infantil, dos quais destaca-se o Programa Estratégico da Saúde Reprodutiva do Adolescente (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2001), a Parceria Global para a Iniciativa de Saúde Materna, Neonatal e Infantil lançada em 2009 (SADC<sup>iii</sup>, 2009), a Campanha de Redução da Mortalidade Africana em 2005 (SADC, 2005), a promoção da maternidade, parceria de saúde infantil e neonatal em Moçambique em 2010 (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2010).

Em 2011 veio a ser aprovada a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (PNSDSR), que institui que as mulheres têm direito sobre todas as experiências sexuais (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011b). Esta política abriu espaço para a aprovação do manual técnico de assistência ao parto em 2011, que veio a dar ênfase ao pressuposto de que as mulheres têm o direito de controlar o tempo, as condições da gravidez e ter uma gravidez saudável, parto e benefícios para a saúde delas e do recém-nascido (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011a).

Numa reunião realizada, em 2007, pela a Direcção Nacional de Saúde Pública

(DNSP) sobre humanização de serviços de maternidade em Maputo, foram lançadas as bases para a criação de programas de humanização dos serviços de saúde aquando do seu reconhecimento sobre a fraca qualidade na prestação de cuidados de saúde (REIS, 2009). Resultado deste reconhecimento, em 2009 realizou-se um Comité Nacional sobre Qualidade e Humanização de Cuidados de Saúde (CNQHCS), e foram lançadas as bases para a implementação de uma Iniciativa Maternidade Modelo (IMM) no mesmo ano.

Ao procurar promover a humanização dos cuidados de saúde no Sistema Nacional de Saúde (SNS), a IMM visa garantir i) uma gestão humanizada nas instituições de saúde; ii) o atendimento humanizado aos utentes dos serviços de saúde; iii) e a humanização das condições de trabalho nos serviços de saúde. Esta iniciativa toma em conta o significado do parto, como uma experiência pessoal e familiar reconhecendo que pode revelar alegria ou trauma e, declara o reconhecimento dos direitos das mães, recém-nascidos e familiares (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2009).

Na perspectiva da IMM, estes direitos incluem i) o respeito pelas crenças, tradições e cultura; ii) direito à informação e à privacidade; iii) direito à escolha do acompanhante durante o parto; iv) direito à assistência de boa qualidade técnica para a mãe e o recém-nascido; v) garantia do apoio emocional e social; vi) protecção contra abuso e negligência. A humanização, a partir desta iniciativa é orientada numa perspectiva relacional entre os sujeitos envolvidos (médicos e parturientes), e não das tecnologias reprodutivas (THINKWELL, 2016; REIS, 2009).

Mesmo com esses esforços, o sector da saúde continua a enfrentar desafios em relação à qualidade dos serviços de saúde. Um relatório publicado em 2013 pela WLSA Moçambique<sup>iv</sup> (*Women and Law in*

*Southern Africa*), mostra que, persistem as práticas institucionalizadas de violência contra gestantes. Por seu turno, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou, na declaração de 2014, que “muitas mulheres em todo o mundo são vítimas de abuso, desrespeito e maus-tratos durante as instituições de parto” (OMS, 2014: 1).

Alguns estudos sobre as experiências de mulheres em relação ao parto apontam para a necessidade de olhar para a violência obstétrica como um problema global (JARDIM e MODENA, 2018; OOSTHUIZEN *et al.*, 2017). Concordamos com a generalização da violência obstétrica como um problema global, mas chamamos atenção à necessidade de reconhecer que a forma como ela se processa e é significada varia de contexto para contexto, havendo a necessidade de compreendê-la e explicá-la tendo em conta as configurações específicas do contexto onde ela ocorre.

A literatura científica sobre questões relacionadas à violência obstétrica tem apontado para uma crítica acadêmica desenvolvida em torno da noção de humanização do parto<sup>v</sup> (COUTINHO e SARAIVA, 2008). Tal crítica foi e continua a ser feita por indivíduos provenientes de diferentes áreas do conhecimento, denunciando práticas de abuso e desrespeito experimentadas pelos profissionais de saúde nos serviços de maternidade (WLSA MOÇAMBIQUE, 2013).

Esta crítica coloca no centro da noção de humanização<sup>vi</sup>, a luta contra as intervenções tecnológicas durante o parto pelo facto de estas serem consideradas práticas evasivas ao corpo feminino (SANABRIA, 2013; CARNEIRO, 2011). Como argumentam Costa *et al.* (2006) e Martin (2006), as tecnologias reprodutivas, especificamente a cesariana<sup>vii</sup>, são colocadas como uma espécie de maquinaria de poder na qual as pessoas e seus corpos são alienados e controlados.

Na mesma linha de abordagem, autores

como, Young (2005) criticaram as intervenções biotecnológicas e consideraram que, elas manipulam e transformam as mulheres em objectos, desmoralizando e alienando suas experiências como mulheres no parto. Por seu turno, Sanabria (2013) considerou que o paradigma biomédico, por meio da tecnologia, tende a reduzir as experiências das mulheres em relação a seus corpos e são evasivas demais para os corpos femininos.

A crítica à intervenção biomédica não deve ser vista como algo novo. No processo de formulação da antropologia médica crítica, foi desenvolvida uma crítica à biomedicina (PEREIRA, 2015). Essa crítica foi influenciada pela formulação de Michel Foucault, na qual o hospital era visto como um instrumento de poder e controle social usado pelo sistema capitalista (MARTINEZ, 1996).

A noção de humanização é usada de maneiras diferentes de acordo com aquilo que são as prioridades de cada país. Em alguns países desenvolvidos, como Canadá, Brasil e EUA, a humanização está relacionada tanto com relações interpessoais entre médico e usuários, quanto como oposição às intervenções biotecnológicas.

A literatura disponível sugere que, no actual contexto moçambicano, a humanização é politicamente assumida. Esta assunção não é feita, necessariamente em oposição ao uso (excessivo ou não) contra as biotecnologias, como é noutros países desenvolvidos listados acima, mas em termos de relações interpessoais entre profissionais de saúde e usuários (THINKWELL, 2016; REIS, 2009).

Alguns estudos feitos no contexto sul africano (OOSTHUIZEN *et al.*, 2017) e tanzaniano (KRUK *et al.*, 2014) mostram que, pese embora os países africanos façam esforços para uma prestação de serviços de saúde humanizados, persistem desafios relativos ao domínio de uma comunicação efectiva, respeitosa e cuidadosa durante o

parto. Estudos feitos na Nigéria (BOHEREN *et al.*, 2017) e no Quênia (ABUYA *et al.*, 2015) trazem resultados similares na descrição de práticas abusivas nos serviços de maternidade, caracterizadas pela demora na assistência, cuidado negligente, desrespeito à privacidade, e agressões físicas, verbais e psicológicas.

As políticas de saúde em Moçambique são forjadas numa visão monolítica de humanização dos cuidados. Talvez esteja associada a um registo ineficiente e à (in) disponibilidade de dados a nível nacional sobre a cesariana realizada e, também, com a falta de interesse acadêmico e estudos que problematizem a intervenção médica, através de tecnologias sobre corpos humanos. Dissemos isto porque as investigações de saúde e demografia conduzidas pelo Instituto Nacional de Estatística de Moçambique (INE) e pelo MISAU não têm informação relacionada com isso.

Nossa preocupação não é necessariamente discutir o conceito de humanização dos serviços de saúde, muito menos discutir as estatísticas dos partos cesários, mas reflectir sobre como este conceito foi, e é politicamente, produzido através da Iniciativa Maternidade Modelo, e questionar o seu impacto sobre a relação entre parteiras e parturientes. Como profissionais, as parteiras são vistas em termos de códigos bioéticos e como se estivessem desconectadas de suas emoções.

Consequentemente, ao tentar criar sua própria agência, controlando os comportamentos e acções das parteiras, as parteiras reforçam a ideia do hospital como um lugar de poder e controle, conforme argumentou Foucault (1963). Ao buscar assegurar humanização do cuidado aos usuários dos serviços de saúde e a humanização das condições de trabalho nesses serviços, a IMM proporciona uma cultura obstétrica que faz da cesariana uma cultura médica.

Pese embora seja possível compreender o

que é humanizado nesta iniciativa, pensamos, na mesma linha de Carneiro (2011), que os outros conteúdos e outras lógicas associadas às tecnologias reprodutivas são deixados de lado na política reprodutiva de Moçambique, como práticas evasivas ao corpo feminino. Precisamos abordar a humanização por meio de uma pluralidade de termos, pois é nessa expressividade que a dinâmica do parto pode ser captada, como é o caso das relações de poder entre parteiras e usuárias em uma maternidade.

## **QUADRO TEÓRICO E METODOLÓGICO**

Nosso referencial teórico e metodológico, seleccionado, é a fenomenologia e a etnografia. Essa teoria e método foram uma estratégia muito importante para nós porque, permitem lidar, profundamente, com as interações sociais e seu modo de percepção. Também, permitiram a compreensão de como as pessoas experienciam suas vidas numa relação com o mundo biopolítico, onde os corpos e visões sobre o mesmo são controlados.

As contribuições teóricas de Deleuze (1997) e Merleau-Ponty (1945) foram cruciais para a elaboração da fenomenologia. Como considera Desjarlais e Throop (2011), a fenomenologia é muito útil para lidar com as experiências de vida das pessoas e como as experiências passadas continuam ditando a maneira como essas pessoas percebem e vivenciam o seu presente. Algumas publicações (MATSUNAGA, 2015; YOUNG, 2005; CSORDAS, 1997) mostram como a fenomenologia pode ser usada para ler a dimensão experiencial da vida.

Neste artigo, a fenomenologia ajudou-nos a lidar com a dimensão experiencial das mulheres. Foi útil porque compreendemos como a forma pelas quais estas experiências são narradas revelam o processo de subjectivação onde a violência (não) física é vista como uma expressão de apreço e

amor pela mulher, pela criança e pela vida, ao mesmo tempo que um exercício de poder e autoridade profissional.

Por ser recorrente ouvir experiências de violência de nossos interlocutores, articulamos a fenomenologia ao conceito de espaço social e relações de poder de Michel Foucault formulado por volta de 1963 em sua publicação sobre a *Origem da clínica*. A perspectiva foucaultiana, que analisa o hospital como um lugar de poder e controle, chamou a nossa atenção para levar em conta o conceito de violência de Bourdieu (1988) discutido em suas publicações sobre “espaço social e poder simbólico”. Por meio dessas contribuições foi possível refletir sobre como as imagens e narrativas sobre a violência no imaginário das mulheres com experiências de parto são construídas.

No sentido geral, a etnografia foi muito útil para orientar a pesquisa, pois ajudou-nos a compreender o cotidiano das pessoas com as quais interagimos ao longo da pesquisa. Conduzida durante seis meses, conversando e entrevistando mulheres com experiências de cesariana e parto vaginal, as vivências de parteiras e assistente administrativos, a etnografia permitiu-nos seguir os percursos destas mulheres, captar suas histórias de vida e o seu imaginário construído em um relacionamento às tecnologias reproductivas e nas interações estabelecidas entre si.

Dos demais interlocutores com os quais interagimos nos primeiros meses da pesquisa, realizamos entrevistas com quinze (15) pessoas. Destas quinze (15) pessoas, doze (12) são mulheres, das quais sete (7) foram mulheres parturientes, cinco (5) foram mulheres profissionais de saúde (3 parteiras e 2 assistente administrativos dos serviços da maternidade). Outras três (3) pessoas são homens (ambos são esposos de três (3) das mulheres entrevistadas com experiência de cesariana).

Das sete (7) mulheres parturientes, seis (6) têm formação em ensino superior, e a sétima (7<sup>a</sup>) tinha, até o momento da

pesquisa o nível médio geral (12<sup>a</sup> classe) do Sistema Nacional de Educação (SNE) moçambicana. O que nos fez optar por estas mulheres, parturientes, deve-se ao facto de elas terem tido a cesariana seis meses antes do início da nossa pesquisa, que é um período mínimo recomendado pelo médico para a sua recuperação pós-cesariana.

Apesar de que nós conhecíamos algumas mulheres que tiveram parto a cesariana, parte considerável de mulheres com experiência de cesariana foi-nos indicada por pessoas que fazem parte das nossas redes de relações. A técnica de bola-de-neve foi crucial para a identificação e selecção de participantes da pesquisa, onde algumas mulheres iam-nos dando contactos de outras mulheres que passaram por um parto a cesariana.

A pesquisa foi realizada fora dos hospitais por causa de barreiras bioéticas. Realizamos entrevistas com os interlocutores da pesquisa em diferentes espaços, sendo que os relatos das mulheres entrevistadas narram experiências de parto que reflectem unidades sanitárias diferentes em volta da cidade de Maputo credenciadas para a realização de partos a cesariana.

As entrevistas com as mulheres com experiências de parto foram conduzidas tanto em suas residências, outras foram realizadas em contextos de cerimónias fúnebres. Por seu turno entrevistas com mulheres parteiras foram realizadas exclusivamente em suas residências, e as conversas com homens foram também realizadas em suas residências bem como em espaços de lazer, como é o caso dos campos de futebol.

Durante o primeiro mês de pesquisa, fomos confrontados com um dilema ético que envolvia a participação livre e informada, dos interlocutores, e a questão da confidencialidade. Muitas vezes éramos questionados por mulheres com experiência de parto perguntando-nos o seguinte: “Não é o parto uma questão que diz respeito à intimidade do casal?”.

Esta questão mostra como a existência de regras, normas, crenças e valores sociais no contexto onde conduzimos a pesquisa podem influenciar, quiçá determinar, os rumos pelos quais a pesquisa deve ser realizada. Segundo Almeida e Pinto (1976), este aspecto é classificado como parte das condições sociais de produção científica do conhecimento.

A questão destas mulheres revela uma lógica normativa sobre nossa preocupação e pesquisa sobre elas e seus corpos. Por sua vez, a mesma questão mostra-se como uma fronteira simbólica que assegura as suas experiências de sofrimento, se constituindo em uma barreira para o acesso aos participantes e à informação.

A teoria e o método selecionados permitiram que reflectíssemos sobre três questões. O primeiro diz respeito à interação entre parteiras e mulheres no parto; O segundo diz respeito às representações que as parturientes constroem em relação aos discursos e acções das parteiras e assistente administrativos. Os relatos sobre as experiências tanto das parteiras quanto das parturientes, mostram como as interações entre elas acontecem num campo de acusação entre as mulheres, umas classificadas como “más, berronas, infantis e desobedientes”, como pode ser visto nas secções que se seguem.

## **RESULTADOS**

### **MATERNIDADE: espaço de poder, controle e violência**

Fui muito humilhada por todas as mulheres que participaram da minha cesariana. Fui anestesiada 11 vezes por um anestesista, mas a injeção não teve efeito até que me picou pela 12ª vez. Eles estavam fazendo piadas de mau gosto e indiretamente me chamando de gorda. Um deles até me disse depois da 11ª injeção, que eu deveria controlar a minha dieta porque a anestesia não está

tendo efeito porque estou cheia de gorduras, e da próxima vez eu não teria injeções para paralisar todo o meu corpo (Entrevistada A, Agosto 2017).

O excerto acima introduz a presente secção e espelha um conjunto de práticas e discursos dos profissionais de saúde, especificamente nos serviços de maternidade, bem como a forma como as mulheres no parto representam e pensam sobre essas práticas e discursos. O excerto reforça a discussão de Foucault (1963) e Bourdieu (1988) sobre a problemática do poder e violência, possibilitando uma reflexão sobre a maternidade como um espaço de exercício de poder, controle e violência sobre a mulher no parto.

Este excerto evidencia as relações de poder entre mulheres, cujos indicadores principais são as categorizações de profissionais (parteiras) e usuárias (parturientes). Entretanto, as interações entre estas sugerem uma crítica à Sororidade, uma abordagem feminista, que defende que as mulheres, como sujeitos do sexo feminino, podem estabelecer vínculos e relações homogêneas que lhes permitam militar em grupo contra o poder masculino.

As decisões médicas associadas à retenção de mulheres em uma maternidade e, muitas vezes, ao tipo de parto, e às relações que estas estabelecem com as parteiras e outras profissionais, fazem com que as parturientes tomem as suas opções num escrutínio de controlo e poder biomédicos. As narrativas que expressaram sentimento de tristeza sinalizado por lágrimas e a rejeição de contar suas experiências de parto denunciam uma visão de maternidade, não só como espaço de alegria pela geração de um novo membro da sociedade, mas de dor e violência.

Nessas narrativas de mulheres com experiência de parto a cesariana, as parteiras e as assistentes administrativas são representadas como responsáveis pela violência. Como contaram-nos em uma conversa, as mulheres no parto dizem que

os profissionais são representados como violentos porque gritam com elas no parto, insultam-nas e às vezes batem ou as sujeitam a partos humilhantes, mantendo a porta da sala de parto aberta durante o parto.

A maneira como as mulheres narram essas práticas violentas varia de acordo com suas experiências durante o trabalho de parto, momento de parto ou após o parto. Como exemplo, algumas mulheres relatam que durante o parto estão sob os cuidados das assistentes administrativas e são subjugadas ao seu controle e poder. Elas contam, ainda, que são as assistentes administrativas que lhes dão cuidados, que organizam e garantem a circulação dos processos clínicos, que servem a comida e limpam o recinto hospitalar.

Sob o controle das assistentes administrativas, como nos diziam em entrevistas, elas não podem, por exemplo, rejeitar a comida preparada e oferecida no hospital, especialmente a sopa, e não podem pisar no chão molhado, acabado de ser limpo pelas assistentes administrativas. Se por acaso elas pisarem ou sujarem o chão, são, imediatamente, repreendidas e às vezes insultadas pelas assistentes administrativas.

Algumas parturientes que rejeitam a sopa hospitalar são chamadas de “gingonas<sup>viii</sup>” e estão sujeitas a maus-tratos. No caso das mulheres que pagam por serviços especiais, por uma cesariana electiva<sup>ix</sup>, dificilmente são vítimas de maus-tratos pelas assistentes administrativas, até que vão ao banho, onde são agredidas verbalmente e chamadas de *patricinhas*<sup>x</sup>.

Fora do poder de controle das assistentes administrativas, na tentativa de ter um parto vaginal, as parturientes vão à sala de parto e são acompanhadas e monitoradas pelas parteiras e suas assistentes. Como disseramos as parturientes, as parteiras e suas assistentes impõem suas próprias regras forçando-as, durante o parto, a controlar as suas emoções no momento do parto. Desta vez, elas devem aprender a não expressar a dor e, também, aprender a ficar caladas para

evitar que sejam agredidas fisicamente, insultadas ou até mesmo a não serem assistidas por parteiras.

“Não é fácil não gritar durante o parto”, diz uma mulher em entrevista. Na perspectiva das parturientes, chorar ou gritar durante o parto é uma expressão de dor, muitas vezes misturada à ansiedade de ter um bebé e, ao mesmo tempo, ao medo de tudo dar errado (perder o bebé no parto). Mas, em contrapartida, na perspectiva das parteiras, chorar ou gritar durante o parto é significado como sinónimo de fragilidade e incapacidade de as mulheres conseguirem conter a dor e as suas emoções em silêncio, o que acaba fazendo com que, estas mulheres, sejam classificadas, pelas parteiras, como “selvagens”.

No momento da chegada do bebé, o controle emocional torna-se mais rigoroso, principalmente porque é o momento em que as parturientes consideram ter a sensação mais dolorosa, dando-lhes a vontade de fechar as pernas como uma forma de conter a dor física. Mas, uma vez que as parteiras são as que dão orientações, as parturientes dizem que elas são proibidas de chorar, gritar ou mesmo rejeitar abrir as pernas no momento do parto, porque, ao fazer isso, as parteiras vão abrir-lhes, agressivamente, as pernas e, se necessários vão bater nelas.

Uma mulher lembra que durante o parto vaginal, ao negar de abrir as pernas alegando a dor, foi dita num tom agressivo que, “quando fez<sup>xi</sup> fechou suas pernas?”. Um outro interlocutor durante a entrevista lembra ter visto sua mulher a ser violentada durante o parto, como se pode ver a partir do extracto de entrevista, abaixo.

Depois de levar a minha esposa a maternidade, enquanto eu esperava por qualquer informação, a porta da sala de parto estava semi-aberta. No mesmo instante vi a minha esposa a ser violentada pela parteira, com recurso a um chinelo. Fiquei chocado ao ver uma parteira fazendo coisas piores com a minha esposa,

então quando ela terminou todo o processo, falei para ela que eu vi o que ela fez e eu não gostei. Ela nem se desculpou, apenas olhou para mim e disse - *na hora do sexo ela fechou as pernas?* (Sr.P, marido da Entrevistada B, Setembro de 2017).

Se olhássemos a intervenção física e verbal da parteira, relatada pelo esposo de uma das parturientes, tendo em conta a Declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014) e a Declaração sobre os Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU, 1993), pode se afirmar que a actuação da parteira violou ambas as declarações, assim como os princípios que norteiam a Iniciativa Maternidade Modelo.

Relacionado a este aspecto, uma mulher nos contou que, depois da cesariana, foi forçada a descer da cama, na enfermaria, para limpar o chão simplesmente porque ela pisou-o acabado de ser limpo, enquanto voltava da casa-de-banho.

Práticas de violência dentro dos serviços hospitalares, perpetradas por assistentes administrativos acontecem, às vezes, defronte de enfermeiros e médicos. Uma interlocutora relatou que horas após o parto cesário, o corte feito em seu baixo-ventre deixou-a irritada, pelo que vomitou no chão da enfermaria perto de sua cama. Não levou muito tempo para aparecer uma assistente administrativa para mandá-la limpar o chão, aos insultos e berros defronte da enfermeira, sem esta, pelo menos repreender a atitude de sua colega.

Júlia, uma outra interlocutora, disse-nos que foi humilhada na presença de médicos e enfermeiros numa secção de cesariana. Ela foi submetida a 12 injeções para anestesia antes da operação, apenas a última foi efectiva.

Júlia lamentou que, em vez de ser apoiada emocionalmente, a relaxar durante a cesariana, conforme declarado nas políticas nacionais (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2009) e internacionais (OMS, 2014), os

profissionais que assistiram o seu parto murmuravam sobre a forma de seu corpo, dizendo “gorda e cheia de carne”. No momento da preparação para o corte e, antes da eficácia da anestesia, os profissionais chamaram diretamente a atenção para a necessidade de regular e controlar sua dieta, para evitar gastos com injeções e anestésicos.

A partir da experiência da Entrevistada A, podemos concordar com as constatações de alguns estudos africanos (BOHEREN *et al.*, 2017; ABUYA *et al.*, 2015) e fora de África (CARNEIRO, 2011; AMORIM, 2015) de que a violência nos serviços de saúde ocorre como uma prática institucionalizada. O abuso, a agressão verbal e a humilhação antes, durante e após o parto, vivenciados por algumas mulheres no contexto do parto, são, por vezes, legitimados por uma rede de relações profissionais, onde um servidor pode maltratar a parturiente diante de um médico ou enfermeiro, sem a menor tentativa de correção ou repreensão.

Estes relatos de práticas de violência obstétrica são consistentes com outras literaturas africanas sobre a violência obstétrica. Um estudo realizado numa população rural da Tanzania, em 2009, por Kruk *et al.*, (2014) chamou atenção em relação ao aumento de relatos de práticas de violência contra mulheres no parto. Por seu turno, um outro estudo realizado no distrito de Tshwane, na África do Sul, por Oosthuizen *et al.*, (2017) traz um conjunto de relatos de experiências de violência obstétrica, idênticas as que nós trazemos na nossa pesquisa.

Não pretendemos legitimar o ponto de vista das usuárias em relação à actuação das parteiras, de que elas são violentas. Nossa preocupação aqui é reflectir sobre como estas práticas de violência narradas pelas mulheres no parto podem ser resultado do espaço de interacção onde a violência ocorre.

Neste espaço (maternidade), a posição das parteiras, como profissionais, influencia a

interação com as parturientes e as práticas de violência ganham terreno. Como defende Bourdieu (1988), algumas destas práticas ocorrem, simplesmente, porque certas pessoas aderem às mesmas práticas, concordando com um conjunto de regras que orientam as interações entre violados e violadores.

Ao olhar a violência simbólica como uma reprodução bio-política do poder, Collazos (2009) faz uma relação entre a violência e o poder. Para o autor, “[...] a dominação é geralmente imposta pela aceitação de regras, sanções, incapacidade de conhecer as regras da lei ou da moral, práticas linguísticas” (COLLAZOS, 2009: 65).

Se partirmos do pressuposto de Collazos (2009), então a maternidade, como espaço de interação, configura-se em um campo específico de exercício não só de poder, mas também de práticas de sofrimento e violentas. Na publicação sobre o “Estado”, Bourdieu (2012) afirmou que as práticas de violência podem se manifestar através de formas de coerção baseadas em acordos inconscientes entre estruturas objectivas e estruturas mentais.

O hospital como espaço habitado torna-se área regulada e lugar de controle social. Panfletos sobre direitos e deveres do utente nas paredes são frequentemente observados em algumas unidades sanitárias (US), elaboradas à luz da Resolução nº 73/2007 (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2007), como podemos observar no exemplo a seguir:

O dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde; o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações dadas; e colaborar na higiene, limpeza e ornamentação das unidades de saúde” (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2007).

O desempenho das utentes nos serviços de maternidade sugere uma hipótese de que, normalmente, as utentes não estão, necessariamente, interessadas em panfletos,

mas no que o médico diz sobre seu problema. Levando em conta a ideia de que o utente e profissional de saúde têm prioridades, cosmologias e interesses diferentes (CARVALHO-TEIXEIRA, 1996), faz com que as mulheres que procuram pelos serviços de parto não se preocupem em ler o que está escrito nos panfletos, acabando por concordar inconscientemente com os acordos hospitalares.

Através desses dados, nossa posição é a de que o espaço social influencia o tipo de interação que os agentes sociais irão estabelecer, ao mesmo tempo que vai, também, influenciar o tipo de respostas a serem dadas. Nosso suporte está na concepção de Bourdieu (2012) e de Foucault (1963) sobre o espaço social como um elemento importante da análise de práticas de exercício de poder.

As interações entre parteiras e parturientes mostra como o espaço social define papéis, fazendo com que existam aqueles que mantêm demasiada representação de poder através de práticas institucionais (FOUCAULT, 1963). Importa-nos salientar que, as percepções de violência precisam de ser entendidas como produzidas dentro de um contexto específico de relacionamentos, onde factores como posição social, sexo, expectativas e formas de linguagem podem ser transformados como um elemento de sua definição.

Ao fornecer e legitimar o poder dos profissionais de saúde – parteiras para controlar e regular comportamentos e emoções de mulheres no parto, o espaço de interacção acaba propiciando práticas de violência. Certas intervenções violentas contra as parturientes precisam ser pensadas, não em relação ao sexo ou à própria identidade feminina, mas como reflexo das posições sócio-profissionais ocupadas pelos agentes de interação, como pode ser visto no trecho da conversa abaixo.

Elas gritam com você, insultam você, abrem as pernas

e expellem o bebê, e, se precisarem, baterão em você. O importante é que você não pode esquecer que elas estão em seu mundo, elas são as parteiras, elas são as auxiliares, elas cuidarão de você, extrairão seu bebê e, se necessário, empurrarão a maca para dentro do quarto. Não importa quão dolorosos sejam os seus insultos, elas estão em seu lugar e sempre será assim (Entrevistada C, Agosto de 2017).

A partir desse trecho da experiência da Entrevistada C, concluímos, nesta secção, que a profissão no campo da saúde confere *status* social e poder sobre outros corpos e indivíduos. Pode-se ver as hierarquias entre os profissionais de saúde e os utentes baseados na afirmação de poder e uma relação assimétrica, que são conferidos às parteiras e suas assistentes pelo hospital como seu local de jurisdição. Tal facto faz com que para além de se produzir práticas de agenciamento dos corpos femininos, se criem relações desiguais entre as mulheres – profissionais de saúde e utentes.

#### **“A mulher, no parto, é completamente desobediente e infantil”**

Muitas vezes encontramos mulheres com muitos temperamentos. Uma vez eu tive uma parturiente que quando o bebê estava saindo ela fechou as pernas, começando a sufocar o bebê contra sua vida. Aí você grita, insulta e, se necessário, bate nela, não com a intenção de violentar, mas salvar a vida do bebê (Entrevistada D, parteira, Novembro de 2017).

Como dissemos na introdução deste artigo, as interações das utentes e profissionais de saúde ocorrem em um campo de desencontros e lutas. As narrativas produzidas por esses agentes de interação giram em torno da ideia da existência de dois grupos de mulheres - parteiras e parturientes. Não estamos assumindo uma

posição antagônica que considera a existência exclusiva de duas classes, porque nós mesmos encontramos parturientes classificadas como obedientes e parteiras como boas profissionais.

Nesta secção, estamos tentando dar continuidade ao diálogo entre parteiras e parturientes. Como mostramos na secção acima, as utentes construíram um imaginário sobre as parteiras, e aqui queremos mostrar como as parteiras representam as mulheres no parto. Uma vez que as experiências narradas por mulheres com cesariana são produzidas num relacionamento com profissionais de saúde, resolvemos conversar com algumas parteiras e auxiliares administrativos.

As conversas com estas profissionais foram realizadas fora do hospital, em suas unidades residenciais, e exploraram suas experiências em lidar com pré-parto, o parto e o pós-parto. Os relatos desses profissionais apontam para a ausência de colaboração entre profissionais de saúde e parturientes.

Como as parteiras nos disseram, as mulheres no parto se comportam como infantis e quando são orientadas como devem se comportar, não cooperam com as indicações das parteiras. Além das parturientes que gritam e choram, há aquelas mulheres que fecham as pernas no momento do parto.

No entanto, as parteiras que participaram da pesquisa foram unânimes em considerar que lidar com mulheres grávidas durante e após o parto é difícil. Há momentos em que algumas parturientes choram de dor, mas sabem escutar as recomendações das parteiras, mas muitos partos são marcados por mulheres que não cooperam com parteiras, comportando-se como crianças.

Tomando em conta o trecho que introduz esta secção, é possível compreendermos como as estruturas objectivas estabelecem regras e discursos que espelham o conhecimento biomédico salvacionista,

como também constata MARTIN (2006) no estudo sobre a análise cultural da reprodução no Brasil. Com o objectivo de garantir o bem-estar dos utentes, as parteiras acabam violentando as parturientes, apesar destas práticas, consideradas, violentas passarem muitas vezes despercebidas aos olhos das parteiras.

Enquanto algumas parteiras apontam para a insubordinação das parturientes e falta de respeito pelas indicações dos profissionais de saúde, há aquelas que apontam para outras parteiras como profissionais impacientes. A impaciência das parteiras é entendida pelos gritos das parturientes em relação às suas dores, bem como no processo de abertura das pernas, o que acaba por deixar as parteiras irritadas, como podemos observar no extrato do relato a seguir:

As dores que as mulheres sentem no momento do parto causam irritação em algumas parteiras. Lembro-me de uma vez que estava trabalhando com uma parteira e ela disse à parturiente para abrir as pernas, mas a parturiente veio a fechar quando o bebê estava saindo. Ela ficou irritada e chateada, pelo que começou a gritar e a chamar a parturiente de mulher insubordinada e assassina, assim como bateu nela. Eles batem, insultam e gritam não com a intenção de violar os direitos da mulher no pré-parto, mas para salvar a vida do bebê de uma mãe que prefere fechar as pernas e sufocar o bebê como uma maneira de aliviar a dor do parto” (Entrevistada E, parteira, Novembro de 2017).

Porquê, em um contexto que se espera que sejam atenciosas e boas, as mulheres são representadas como más pelas mulheres no parto? Como as parteiras representam-se a si mesmas e, ao mesmo tempo, representam as mulheres no parto? Como Bourdieu (2012) sugere, as relações de violência entre as pessoas devem ser percebidas como

reflexo de espaço que legitimam o exercício da autoridade para aquelas mulheres que assumem a posição de autoridade sobre outras, por exemplo representadas como utentes.

Em 2 de Dezembro de 2017, presenciamos uma cena de parto na rua, por volta da noite. Uma mulher grávida, de 27 anos, que de repente começou com o trabalho de parto na rua teve o socorro acidental de uma outra mulher que, coincidentemente, era uma parteira num hospital público.

Tal mulher, que por sinal estava de férias, viu-se obrigada a ajudar a jovem a dar parto na rua. Durante o cenário a parteira tentava falar à mulher para abrir suas pernas e fazer força para que o bebê possa sair, mas ela recusava, alegando estar a sentir muita dor. A parteira fazia perguntas a ela, se era a primeira vez ela a ter parto, e se ela queria ter o bebê saudável, mas mesmo com essas tentativas de animar a ela, a jovem não abria as pernas.

“Por favor, abra suas pernas - implorou a parteira para a mulher, mas ela se recusou dizendo “estou com dor, eu não posso”. Carinhosamente, a parteira convencia a ela a abrir as pernas falando dos riscos de ela continuar com as pernas fechadas tanto para a sua saúde quanto à do bebê – finalmente ela aceitou abrir as pernas, e o bebê nasceu. Pode-se dizer aqui que, além da dor que ela sentiu, por causa de muitas pessoas que a rodeavam para ver o que acontecia, provavelmente ela estava com medo de abrir as pernas por se sentir exposta às pessoas na rua.

Este cenário permite perceber um pouco daquilo que são as lógicas das actuações das parteiras dentro do hospital. Por exemplo, o tratamento que esta mulher parteira deu à parturiente na rua sugere as múltiplas formas de representação das práticas médicas, onde as noções de heroína e violenta podem interconectarem-se em função dos múltiplos espaços de relação.

Uma das interpretações que podem ser

feitas sobre este evento, é que a actuação da parteira desta sessão de parto na rua não foi um acto, necessariamente, de profissionalismo, pois esta actuação foi guiada por outros códigos morais que ultrapassam um conjunto de códigos éticos e deontológicos que caracterizam o controle do desempenho dos profissionais nos serviços de maternidade.

O tipo de interacção que se estabelecia entre estas duas mulheres não era um relacionamento mediado por meras categorias de profissional-utente ou parteira-parturiente, mas uma relação entre mulheres. No hospital, como dizem Bourdieu (1988) e Foucault (1963), um espaço de domínio, controle e dominação, essa interacção dificilmente é pensada como mulher-mulher, mas uma relação bipolarizada, antagonica, distanciada entre parteiras e parturientes ancoradas a princípios anteriormente inscritos sobre como o profissional deve actuar e como o utente deve posicionar-se em relação à acção do profissional.

Como Carvalho-Teixeira (1996) disse, esta relação distanciada é resultante das categorizações das pessoas no hospital. Consequentemente, a avaliação que os utentes fazem sobre a qualidade dos serviços de saúde e sobre o profissional é influenciada por este processo de categorização e por suas estratégias de comunicação.

Embora essas práticas de violência revelem uma relação desigual entre parteiras e parturientes, as parteiras e auxiliares buscam salvar não apenas a vida do bebê, mas também sua posição como mulheres. Além de transmitir uma imagem de que quando as mulheres grávidas são hospitalizadas, elas devem ser capazes de conter a dor, as parteiras tentam transmitir uma mensagem de que a mulher durante o parto deve ter força para proteger a vida do bebê e seu lado emocional.

Há, também, casos em que as parteiras violentam as parturientes como uma

justificativa para salvaguardar a sua posição de profissionais. A título de exemplo, uma parteira, durante a entrevista, contou-nos que uma vez rejeitou a decisão de um médico-obstetra de que uma utente grávida devia ser submetida à cesariana, por acreditar que a referida utente estava em condições de ter o bebê pela vagina.

Como nos disse a Entrevistada E, uma das parteiras, ela administrou oxitocina<sup>xii</sup> e misoprostol<sup>xiii</sup> para acelerar o parto. A Entrevistada E lembra que massageava a barriga da parturiente, mas no momento de saída do bebê, ela teria fechado as pernas, correndo o risco de sufocar o bebê. Então Fátima disse-nos que começou a gritar com ela, ordenando que ela abrisse de imediato as pernas, mas mesmo assim a parturiente rejeitava, alegando estar a sentir dor. Por isso, a Entrevistada E conta que bateu nela e disse o seguinte: “Que mãe tola não considera o esforço de quem te salvou da cesariana e não quer a vida do bebê que carregou por nove meses?”

A Entrevistada E reconhece que sua intervenção é violência contra esta mulher, mas que é uma violência necessária, para salvar tanto a vida do bebê quanto da mulher. A necessidade de pautar pela agressividade é associada ao confronto entre parteira e obstetra que, na verdade, revela-nos um jogo contínuo das relações de poder que norteiam o campo de actuação dos enfermeiros e médicos, que pode influenciar na forma como estes profissionais vão se relacionar com os utentes.

A criança não devia morrer durante o parto, porque a Entrevistada E podia ter sido responsabilizada por negligência ao falar ao médico que a cesariana era uma prática desnecessária para aquela mulher. Então, a Entrevistada E lembra que com a ajuda da assistente na sala do parto, bateu na parturiente e forçaram-na a abrir as pernas, até que nasceu a criança.

A narrativa da Entrevistada E mostra a complexidade das práticas das parteiras,

onde algumas desrespeitam e maltratam as parturientes com recurso a um processo de regulação do seu comportamento dentro do espaço hospitalar. A mesma narrativa mostra a operacionalização de uma ideologia dominante que promove acções médicas como salvadoras da saúde dos usuários dos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que procuram salvaguardar suas posições de profissionais.

Os maus-tratos, embora justificados como garantia do bem-estar dos usuários, contradizem as recomendações internacionais sobre os direitos das mulheres, como afirma a Assembleia Geral da ONU (1948/1993). Com base em evidências sobre a violência obstétrica, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem trabalhado também em questões relacionadas aos direitos sexuais e reproductivos.

Estes eventos não devem ser tomados como exclusivos do contexto moçambicano. Países da África também enfrentam fortes desafios em relação à práticas de violência obstétrica, onde os cuidados humanizados do parto ainda permanecem deficitárias, conforme mostram os estudos de Oosthuizen *et al.* (2017) e Kruk *et al.* (2014).

Em 2014, por exemplo, a OMS lançou a Declaração Mundial da Saúde sobre os Direitos da Mulher, que promove a prevenção e eliminação de abuso, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instalações de saúde, defendendo a dignidade e o respeito como um direito inalienável. Mesmo com essa afirmação, a OMS reconheceu a dificuldade de sua implementação, ao considerar que enquanto muitos governos, sociedade civil e comunidades têm enfatizado a necessidade de abordar a violência, faltam políticas para promover cuidados obstétricos respeitosos, e mesmo aqueles adoptados não são específicos e sem acção significativa.

Da mesma forma, com o reconhecimento da falta de promoção de serviços

humanizados, algumas organizações activistas, como a WLSA<sup>xiv</sup> Moçambique (2013) e alguns órgãos de comunicação social moçambicanos, caso da *Soico Televisão* – no programa *A tarde é sua* (Abril de 2017) e *Miramar Televisão* – no programa *Contacto Directo* (Maio de 2017) foram expondo casos de violência obstétrica através de relatos de mulheres que vivenciaram práticas de maus-tratos nos serviços da maternidade. Mesmo assim, continuam a aumentar as reclamações sobre a violência, que destacam os desafios que se colocam aos princípios orientadores da IMM.

Isso faz-nos pensar que existe uma forma de sofrimento narrado pelos participantes em expressar como eles percebem a violência, gerada frequentemente pela agressão verbal. Na perspectiva da OMS (2014), essas práticas violentas representam um momento de ruptura ou quebra de confiança entre mulheres parturientes e parteiras, o que coloca em causa os argumentos da Sororidade de que as mulheres podem estabelecer bos relações colaborativas pelo vínculo de sexo que as une (SILVA, 2016).

O sentido atribuído às acções das parteiras como violentas, apresenta-se como resultado de relações que se estabelecem num espaço de lutas que, neste caso são entre mulheres. Partindo da perspectiva de Vecchioli (2001) é possível compreender como a violência se apresenta como um processo social construído e expresso no esforço de objectivar certas categorias sociais como vulneráveis.

A discussão de Barcellos *et al.* (2009) sobre vulnerabilidade, chama-nos a atenção para a compreensão da complexidade das relações (consideradas) de violência entre utentes e agentes de saúde. Por sua vez, os autores mostram que, muitas vezes, a ênfase em indicadores como nível educacional, econômico e de informação nem sempre determina a ausência de violência.

Isso faz sentido, pois em nossa própria pesquisa acompanhamos um caso de uma

médica veterinária que dera à luz sem assistência obstétrica (o parto se deu no corredor da maternidade) porque esta discordava do obstetra de que, ela não tinha condições para ter um parto vaginal.

Com base nos relatos sobre as interações entre profissionais de saúde e utentes, consideramos necessário olhar a maternidade como espaço de exercício de poder e submissão (BOURDIEU, 1988/2012; FOUCAULT, 1999/1963) das parturientes sobre o poder obstétrico. Na mesma perspectiva, Barcellos *et al.* (2009) usam o conceito de heteronímia para mostrar que as relações de poder, desenvolvidas nos serviços de maternidade, e como afirma Chapman (2013), estas relações são baseadas num processo institucionalizado de legitimação das mulheres como profissionais.

Esta legitimação ultrapassa a dimensão jurídica expressa, por exemplo, através da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2007), e torna os profissionais a serem percebidos como violentos. Um exemplo específico da readequação das regras promulgadas pelo MISAU no quotidiano dos profissionais de saúde é que elas, geralmente as assistentes administrativas, obrigam as mulheres (no pré-parto, durante e pós-parto) a acordar e a fazer banho a partir da meia-noite.

As parteiras e auxiliares têm o poder de determinar como as parturientes devem se comportar e, às vezes, acabam impondo sua vontade. Conversas com algumas mulheres com experiência de cesariana mostram-nos como as acções das parteiras e assistentes são, às vezes, legitimadas pela posição que assumem como profissionais, conforme podemos observar a partir da narrativa que se segue:

A partir do momento em que você entra no hospital, em qualquer instituição em que você não trabalha nela, você não tem mais poder. Eu fui gritada e maltratada por um auxiliar que nem tinha nível

médio de escolaridade. As parteiras fazem o que querem e o melhor é não discutir porque elas se dão bem com os médicos (Entrevistada C, Setembro de 2017).

Estas regras revelam como o espaço hospitalar adopta seus funcionários a controlar e reprimir os comportamentos considerados desregrados. Isso significa, também, que, no imaginário social dos usuários, os serviços de saúde são responsáveis pela intensificação do sofrimento. Como afirmam Caprara e Rodrigues (2004), essa percepção resulta da relação assimétrica responsável por influenciar como as parturientes representam os serviços de saúde em termos de qualidade.

Refletindo sobre o surgimento da clínica, Foucault (1963) mostra como o hospital emerge como um espaço organizacional que, ao estabelecer novos códigos de conhecimento (e de ser), os profissionais de saúde são apoiados e justificados pela instituição e, dados poder de intervenção, regulamentação e controlo. Nesta perspectiva, é possível entendermos como o hospital fornece aos usuários uma passividade em relação às práticas de violência, pois se sentem incapazes de se posicionar contra as mesmas.

As parturientes se sentem incapazes de reagir a maus-tratos porque o espaço de interação influencia, e pode legitimar, o tipo de respostas entre elas e parteiras ou assistentes. Durante a entrevista, um homem lembra que fora, verbalmente, agredido por uma assistente administrativa da maternidade de um hospital quando ia visitar sua esposa na enfermaria de cesarianas, depois de ele ter perguntado a profissional de saúde da localização da cama onde sua esposa estava, agressivamente ela respondeu: “Senhor, não me aborreça com suas perguntas, procure primeiro, se não encontrar pode vir me perguntar onde é” (Sr.T., Fevereiro de 2018).

Este e outros relatos são uma evidência de que a violência surge ancorada a um conjunto de imagens, ideias e representações, tornando-a em uma construção social. Como também mostrou Sarti (2011), em uma etnografia de atendimento em um hospital de emergência no Brasil, os processos de vitimização dos sujeitos devem ser compreendidos como uma construção social baseada no corte social por sexo e idade.

Se a violência é o resultado de um processo de imaginação, representação e ideias sobre as ações e práticas das parteiras e auxiliares em interação com as parturientes, ela pode ser entendida em múltiplas dimensões, das quais as narrativas fazem parte. Com base nos relatos das participantes desta pesquisa, é possível reflectirmos sobre a violência institucional como uma linguagem emocional que conta histórias de pessoas sobre eventos específicos e reivindica direitos específicos, onde, segundo a OMS (2014), todas

[...] as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde possível, incluindo o direito a um cuidado digno e respeitoso durante a gravidez e o parto, bem como o direito de estar livre de violência e discriminação (OMS, 2014: 1-2).

Além disso, a OMS (*Opcit*) insiste que os maus-tratos, negligência e desrespeito durante o parto são equivalentes a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres. Esses relatos inscrevem o sofrimento subjectivo e social em uma performance que afirma “publicamente” a condição de penúria e miséria, como argumentou Lemões (2014).

Relacionado a isto, o estudo etnográfico sobre sexualidade e reprodução humana, publicado em *The Oriental Anthropologist* pela antropóloga moçambicana Esmeralda Mariano em 2016, mostra como, a partir dos

discursos das mulheres sobre o *kutsamiwa*, as suas vidas se colocam numa posição de sofrimento. Do ponto de vista desta antropóloga, esta posição é sentida pelo facto de reflectir a incapacidade (de ter filhos) de responder a um conjunto de práticas de valor social.

Neste sentido, a violência narrada e compartilhada em termos de significados pelas participantes da pesquisa, deve ser pensada como parte dos sistemas de representação. Por essa razão, é necessário compreender os diferentes contextos de sofrimento social e explicar as dinâmicas particulares em sua volta, como sugeriu Víctora e Ruas-Neto (2011).

Partindo da proposta da humanização da saúde, centrada na iniciativa maternidade modelo, as parteiras são vistas como desprovidas de emoções e posicionadas como objectos de acção ética. A título de exemplo, numa conversa com algumas parteiras, houve momentos em que algumas parteiras apontavam para outras parteiras como frágeis, incapazes de controlar suas emoções como mulheres, facilmente irritáveis.

Assim, embora nas imagens das parteiras possam ser classificadas como violentas à luz das exigências legais (OMS, 2014; MISAU, 2009), elas reconhecem suas ações como violentas à integridade das mulheres no parto. Mas, elas dizem que batem nas parturientes, gritam com elas e insultam-nas, não com a intenção de violar os seus direitos, mas para salvar a vida do bebê num contexto em que as parturientes arriscam as vidas dos recém-nascidos como uma forma de aliviar a dor do parto. A lógica dessas práticas se baseia numa ideia de que as mulheres no parto devem ser obedientes às recomendações das parteiras, mas também devem ser fortes e aprender a expressar os sentimentos de dor ou não em silêncio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

**“parteiras e parturientes são mulheres, mas não são iguais”:**

[...] é preciso entender que além das loucuras que as mulheres no parto, a inveja e o ciúme entre elas é marcante, mas uma relação homem-mulher é carinhosa e boa”. Como você pode ver, em muitos casos de parto, onde um profissional obstétrico do sexo masculino está ajudando mulheres no parto na cesariana ou no parto vaginal, elas têm um relacionamento maravilhoso e bom (Entrevistada F, Novembro de 2017).

O trecho acima retoma ao debate sobre a relação entre profissionais de saúde e usuários, especificamente nos serviços de maternidade públicos. Diferentes estudos sobre esta questão (KEMP, 2012; CAPRARA e RODRIGUES, 2004; CAPRARA e FRANCO, 1999), na literatura antropológica, criaram uma espécie de essencialismo cultural (DELAMATER e HYDE, 1998) em que a relação entre esses dois grupos reflectem questões de autoridade e relações de gênero entre médicos do sexo masculino e usuários do sexo feminino (GINSBURG e RAPP, 1991).

Essa visão chegou a influenciar o debate feminista, fora e dentro da Antropologia, onde a perspectiva da Sororidade foi crucialmente caracterizada pela naturalização da relação entre homem e mulher. Como mostra Silva (2016), a Sororidade é baseada na ideia de que num contexto em que as mulheres são subjugadas a uma estrutura patriarcal, elas devem e podem se unir e lutar contra este sistema, porque elas estão conectadas através de vínculos de sexo feminino.

Que olhares alternativos esses dados nos oferecem para a análise e compreensão das relações de poder entre mulheres no contexto do parto? O sexo, como categoria

biológica é, por si só, uma categoria determinante na criação dos vínculos entre as mulheres?

O estudo etnográfico realizado entre os Arapesh, pela antropóloga Margaret Mead (1963) é um bom exemplo que pode ajudar-nos a dar conta destas questões, mesmo que não sejam explicações fechadas e conclusivas. Na perspectiva de Mead (*Opcit*) existe uma ideia de que as mulheres são educadas a não ter relações empáticas umas com as outras, mas sim com os homens.

O processo de socialização que as mulheres e os homens Aapesh têm, desde crianças torna-se num dos principais factores responsável por moldar a forma como as mulheres vão se relacionar umas com as outras, bem como os homens uns com os outros, pois elas, as mulheres e os homens são “[...] treinadas para serem cooperativos, não agressivo, responsivo às necessidades e exigências dos outros” (MEAD, 1963: 220). Talvez este exemplo de socialização das mulheres e os homens possa explicar porquê, as nossas interlocutoras, diziam ao longo das entrevistas, que os profissionais de saúde do sexo masculino são carinhosos com elas e prestam bons serviços do que as parteiras.

As representações que estas mulheres (parturientes e parteiras com suas assistentes) criam sobre si, como más, desobedientes e crianças no parto, apoiam a discussão teórica trazida por DeLamater e Hyde (1998) sobre o essencialismo cultural e a crítica de Bourdieu (2011) à vertente feminista denominada Sororidade. O sexo como categoria biológica não pode ser assumido como um factor determinante nas relações que as mulheres estabelecem entre si, pois suas relações nem sempre é boa e amigável do que entre mulheres e homens, conforme afirma Silva (2016).

As interações entre as parteiras e parturientes, narradas pelos sujeitos desta pesquisa, problematizam a perspectiva da Sororidade, que promove o vínculo entre as

mulheres, considerando suas relações e práticas passíveis de homogeneidade. A própria OMS, na declaração de 2014 reproduz a essencialização da relação entre mulheres, ao considerar que os desrespeitos e agressões nos serviços de maternidade revelam uma quebra de vínculos entre estas.

A visão da OMS sob estas práticas, que é teoricamente sustentada pela Sororidade, perde de vista a ideia de que nem todas as mulheres são oprimidas pelo sistema patriarcal, pois no contexto do parto os relatos indicam a existência de práticas não-colaborativas entre mulheres.

O discurso feminista tende a construir as mulheres, não apenas como sujeitos capazes de resistir à ideia de que o sujeito é apenas o homem (SILVA, 2016), mas também como um objecto de militância capaz de estabelecer vínculos com outras mulheres e não com homens, como propõe a Sororidade. Concordando com Bourdieu (2011), acho que devemos reconhecer que, nem todas as mulheres são mais fortes juntas.

Com essa crítica, Bourdieu (2011) considera que as mulheres não são fortes juntas porque elas podem experienciar a sua condição feminina de forma diferente. Consequentemente, estas diferenças em relação às experiências da condição da feminidade podem fazê-las separar umas das outras, algumas como parteiras e outras como parturientes.

A generalização da ideia de rivalidade e competição defendida pela Sororidade (SILVA, 2016) é questionada por relatos recorrentes de que quando algumas mulheres lidam com outras, são classificadas como “más, agressivas e berronas” (Entrevistada G, Setembro de 2017). Tal facto faz com que as mulheres não compartilhem os mesmos problemas, tornando-as diferentes umas das outras e estabelecendo relações de rivalidade entre si e não necessariamente com os homens.

Os resultados de nossa pesquisa trazem um

conjunto de narrativas como evidências de ausência ou presença de colaboração entre profissionais de saúde de sexo feminino e parturientes, indicada por relatos de práticas obstétricas abusivas. Na perspectiva de Oosthuizen *et al.* (2017), estas práticas não-colaborativas entre parteiras e parturientes são uma evidência de falta de uma comunicação efectiva e humanizada entre profissionais e utentes nos serviços de saúde reprodutiva.

Embora essas práticas de violência revelem uma relação desigual entre parteiras e parturientes, as parteiras e assistentes buscam salvaguardar não apenas a vida do bebé, mas também sua posição como mulheres. Além de transmitir uma imagem de que, quando as mulheres grávidas são hospitalizadas, elas devem ser capazes de conter a dor, as parteiras tentam transmitir uma mensagem de que a mulher durante o parto deve ter força para proteger a vida do bebé e seu lado emocional.

Isto fez-nos tomar a afirmação de uma das parteiras que aparece como um título desta secção conclusiva: “*parteiras e parturientes são mulheres, mas não são iguais*” porque suas relações, como dissemos na segunda secção, não são um mero reflexo da identidade feminina, mas mediadas por códigos éticos e deontológicos que determinam como as parteiras devem agir, como ajudar as parturientes e, como estas mulheres utentes devem comportar-se no parto.

Ao mostrarmos algumas narrativas que dão conta de que as relações entre parturientes e parteiras ocorrem em um campo de acusação, concluimos que as práticas de violência perpetradas por parteiras e assistentes operam num campo de manifestação de um discurso salvacionista. Esse discurso faz da agressão uma expressão de apreço e amor pela mulher, pela criança e pela vida, ao mesmo tempo que espaço de exercício de poder e autoridade profissional.

Em geral, os discursos salvacionistas

disseminados pelas políticas reprodutivas acabam por abrir espaço para que as acções dos profissionais de saúde sejam percebidas como violentas. Isso está associado ao facto de violentarem os direitos das mulheres durante o parto, contra os instrumentos legais, como a Iniciativa Maternidade Modelo e a Declaração da OMS (2014), que preconizam o cuidado humanizado.

É importante entendermos aqui, que mesmo que essas práticas possam ser classificadas como violentas pela OMS (2014) e MISAU (2009), as parteiras criam sua própria agência na qual reconhecem códigos éticos que orientam suas acções. Elas recriam as regras e se adaptam de acordo com suas emoções como mulheres categorizadas como parteiras.

Estas regras “para-legais”, criadas por elas, estão associadas às lógicas específicas em que as parteiras dizem que seu trabalho lhes permite bater, gritar e insultar as mulheres no parto. Elas dizem que não o fazem com a intenção de violar os direitos das mulheres, mas salvar a vida do bebê num contexto em que as mulheres arriscam a vida dos recém-nascidos como forma de aliviar-se da dor do parto.

## REFERÊNCIAS

- ABUYA, T. *et al.* Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. **PLoS One**, v.10, n.4, p.1–13. 2015.
- ALMEIDA, J.; FERREIRA DE; PINTO, J.M. **A Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Presença. 1976.
- AMORIM, M.C. Experiências de parto e violência na assistência obstétrica. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Curso de Direitos Humanos, Universidade Federal de Goiânia. 2015.
- ONU. ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de Pequim adoptada pela Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres:** acção para Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Pequim. 1995.
- BARCELLOS, L.G. *et al.* Cesário: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v.17, n.3, p.497–510. 2009.
- BOHREN, M.A. *et al.* Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. **Reproductive Health**, v14. N9. pp.1–13. 2017. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0265-2>.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 2011.
- BOURDIEU, P. **Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literário**. 3ª Ed. Barcelona: Anagrama, 2012,
- BOURDIEU, P. **Espacio social y poder simbólico, en Pierre Bourdieu**. Cosas dichas, Buenos Aires: Gedisa, 1988.
- CAPRARA, A.; FRANCO, LSA. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.3, pp.647-654, 1999.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica medico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Colectiva**, v.9, n.1, pp.139-146, 2004.
- CARNEIRO, R.G. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. Campinas. Tese (Doutoramento em Ciências Sociais) – Curso de Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. 2011.
- CARVALHO-TEIXEIRA, J.A. Comunicação e cuidados de saúde: desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, v.14, n.1, p.135-139, 1996.
- CHAPMAN, R.R. **Family secrets: risking reproduction in Central Mozambique**. 3ª ed Nashville: Vanderbilt University Press, 2013.

- COLLAZOS, W.P. La violência simbólica como reprodução biopolítica del poder. **Bioética**, v.9, n.2, pp.62-75, 2009.
- COSTA, T, E.N. *et al.* Naturalization and Medicalization of the Female Body: Social Control through Reproduction. **Interface**, v.10, n.20. pp.363-380. 2006.
- COUTINHO, M.P.L DE.; SARAIVA, E.R.DE. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e Pesquisas Em Psicologia**, v.8, n.3, p.759-773, 2008.
- CSORDAS, T. "Embodiment and Cultural Phenomenology. In Weiss, G and Haber, H.F. **Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture**, pp.143-62. New York: Routledge, 1997.
- DELAMATER, J.D.; e HYDE, J.S. Essentialism vs. social constructionism in the study of human sexuality. **The Journal of Sex Research**, v.35, n.1, pp.10-18, 1998.
- DELEUZE, G. **Essays: critical and clinical**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997.
- DESJARLAIS, R; e THROOP, C.J. Phenomenological Approaches in Anthropology. **Annual Reviews of Anthropology**, v.40, n.10, pp.87-102. 2011.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária (1980), 1963,
- GINSBURG, F.; RAPP, R. The politics of reproduction. **Annual Reviews of Anthropology**, v.20, n.2, pp.311-443, 1991.
- JARDIM, D.; MODENA, C. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.26, n. 3069, pp. 1-12, 2018.
- KEMP, K. A relação saúde-doença. In: Guerriero, S. (Org.). **Antropos e Psique: o outro e sua subjectividade**. São Paulo: Olho d'água, 2012. pp.115-129.
- KRUK, M; HERMOSILLA, S; GODFREY, M. Bypassing primary clinics for childbirth in rural parts of the United Republic of Tanzania: a cross-sectional study of deliveries in Pwani region. **Bull World Health Organ.**; v.92, n.4, pp:246-253. 2014
- LEMÕES, T. **A corporificação do sofrimento e o trânsito entre vítima e algoz: novas reflexões a partir de etnografias com população em situações de rua**. Cadernos de LEPAARQ, v. XI, n.21, pp. 45-61, 2014.
- MARIANO, E. The "unsaying" of reproductive affliction in Mozambique witchcraft and local reproductive knowledge. **The Oriental Anthropologist**, v.16, n.2, p.216-278, 2016.
- MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MARTÍNEZ, H.A. Antropología de la salud: una aproximación genealógica. In: PRAT, J.; MARTÍNEZ, A. (Ed.). **Ensayos de antropología cultural: Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat**. Barcelona: Ariel. 1996. pp. 369-381.
- MEAD, M. **Sex and Temperament in Three Primitive Societies**. 3ª Ed. New York: William Morrow & Company, Inc. 1963.
- MERLEAU-PONTY, M. **La phénoménologie de la perception**. Paris: Gallimand. 1945.
- MIRAMAR TELEVISÃO. **Parto normal e cesário**. Maputo: Contacto Directo. 2017.
- MATSUNAGA, L. Bodies in Question: Narrating the Body in Contemporary Japan. **Contemporary Japan**, v.27, n.1, pp.1-11. 2015.

- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Manual técnico sobre assistência ao parto, ao recém-nascido e às principais complicações obstétricas e neonatais.** Maputo, 2011a.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.** Maputo. 2011b.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Parceria Nacional Para a Promoção da Saúde Materna, Neonatal e Infantil em Moçambique.** Maputo, 2010
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Iniciativa Maternidade Modelo.** Maputo, 2009.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Programa Estratégico de Saúde Reprodutiva do Adolescente.** Maputo, 2001.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.** In Resolução nº 73/2007. Maputo, 2007.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Programa de Assistência à Saúde Materno-Infantil.** Maputo, 1984.
- MOÇAMBIQUE. MISAU. **Programa de Protecção Materno-Infantil (PPMI).** Maputo, 1978.
- OOSTHUIZEN, SJ. *Et al.* It does matter where you come from: mothers 'experiences of childbirth units, Tshwane, South Africa. **Reproductive Health**, v.14, n.151, pp.1-11, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** 2014.
- PATRIOTA, T. **Relatório de CIPD: Plataforma de Cairo, Egipto.** Brasília: UNFPA Brasil. 1994.
- PEREIRA, P. Antropologia da saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à saúde e doença. **Revista de Antropologia Experimental**, v.15, n.3, pp.23-46. 2015.
- REIS, V. **Humanização dos cuidados de saúde: Iniciativa Maternidade Modelo.** Maputo. 2009.
- SANABRIA, E. The body inside out: menstruation management and gynaecological practice in Brasil. **Berghahn Journals**, v.55, n.11, pp.94-112. 2013.
- SARTI, C. A vítima como figura contemporânea. **Caderno CRH**, v. 24, n.61, p.51-61. 2011.
- SOICO TELEVISÃO. **Parto cesário: factores que influenciam a sua escolha.** Maputo: **A tarde é sua.** 2017.
- COMUNIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DA ÁFRICA AUSTRAL (SADC). **Parceira Mundial Para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil.** SADC, 2009.
- COMUNIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DA ÁFRICA AUSTRAL (SADC). **Campanha para a Redução da Mortalidade Materna em África.** SADC, 2005.
- SILVA, I.C.S.D. **Sororidade e rivalidade feminina nos filmes de princesa da Disney.** Monografia (Bacharelato em Comunicação Social) – Curso de Jornalismo, Universidade de Brasília. 2016.
- THINKWELL. **Quality of care in performance-based incentives programs: Mozambique case study.** Maputo: USAID. 2016.
- VECHIOLI, V. Políticas de la memoria y formas de clasificación social: Quem son las víctimas del terrorismo de Estado en la Argentina? In Groppo, B.; Flier, P. (Org.). **La imposibilidad del olvido: recorridos de la memoria en Argentina, Chile y uruguay.** La Plata (Argentina): Al Margen, pp. 83-102. 2001.
- VÍCTORAS, C.; RUAS-NETO, A. **Quem matar os últimos charruas: sofrimento social e luta dos indígenas.** **Revista Antropológicas**, v.22, n.1. pp. 37-59. 2011.

ONU. UNITED NATIONS GENERAL ASSAMBLY. **Declaration on the elimination of violence against women.** UN General Assambly. 1993.

ONU. UNITED NATIONS GENERAL ASSAMBLY.. Universal declaration of human rights. UN General Assambly. 1948.

WLSA MOÇAMBIQUE. **Violência obstétrica: maus-tratos e crueldade nas maternidades.** Maputo. 2013.

YOUNG, I.M. **On female body experience: throwing like a girl and other essays.** Oxford: Oxford University Press.

---

## NOTAS

<sup>i</sup> Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

<sup>ii</sup> Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres

<sup>iii</sup> Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral

<sup>iv</sup> É uma organização não-governamental empenhada na investigação e activismo sobre a situação da mulher em Moçambique.

<sup>v</sup> A noção de humanização do parto tem sido promovida como um direito humano da mulher, e busca-se, através dela, garantir o acesso aos cuidados de saúde e tratamento respeitoso à mulher e ao bebé durante a gravidez, no parto e no pós-parto (AMORIM, 2015). Esta noção apresenta-se, por um lado, como uma contraposição às tecnologias reprodutivas associadas ao facto de as mulheres optarem por partos cesários do que vaginais (Carneiro, 2011), e por outro lado, como contraposição a práticas de desrespeito e violência dos direitos de mulheres nos serviços de maternidade (OMS, 2014).

<sup>vi</sup> É uma atenção que parte do reconhecimento e respeito aos direitos fundamentais das mães, recém-nascidos e familiares (MOÇAMBIQUE.MISAU, 2009)

<sup>vii</sup> É um procedimento cirúrgico de retirada do feto

<sup>viii</sup> Esta expressão foi usada para classificar aquelas parturientes que dizem que não comem comida do hospital.

<sup>ix</sup> As cesarianas electivas são aquelas que ocorrem sem nenhuma indicação médica, e elas se dão quando a mãe faz a escolha pela cirurgia cesariana sem necessidade prévia, como riscos para o bebé ou para a gestante e possíveis complicações na gestação e no parto”. Geralmente, estes tipos de cesarianos, considerados desnecessários pela OMS (2014), são realizados mediante o pagamento de valores monetários que variam entre 9 mil meticais a 10 mil meticais, dependendo das unidades hospitalares a serem realizadas, segundo relatam algumas participantes da pesquisa.

<sup>x</sup> Este termo foi usado pelas mulheres cesariadas (refiro-me a mulheres que passaram pela experiência de cesariana) durante as conversas. O mesmo foi atribuído aquelas mulheres que fazem a cesariana electiva, usado como sinónimo de mulheres com dinheiro e mimadas que precisam de cuidados especiais nos serviços de saúde.

<sup>xi</sup> Referindo-se a prática sexual

<sup>xii</sup> A Oxitocina é o uterotómico de eleição para o Manejo Activo do 3º Período do Trabalho de Parto, seguido da ergometrina (na ausência de PE-Eclâmpsia ou hipertensão arterial) (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011a).

<sup>xiii</sup> É um análogo da prostaglandina administrada para estimular o útero para iniciar o trabalho, aumentar a frequência, duração e força das contracções (MOÇAMBIQUE. MISAU, 2011b).