

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

SÍLVIA ELAINE DA SILVA

ATENDIMENTO ÀS DENÚNCIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PONTA
GROSSA/PR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE
UMA REDE INTERSETORIAL

PONTA GROSSA
2022

SÍLVIA ELAINE DA SILVA

ATENDIMENTO ÀS DENÚNCIAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM PONTA
GROSSA/PR: DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE
UMA REDE INTERSETORIAL

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: História, Cultura e Cidadania.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Simão Pontes.
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Édina Schimanski.

PONTA GROSSA

2022

S586 Silva, Sílvia Elaine da
Atendimento às denúncias de violência obstétrica em Ponta Grossa/PR: desafios e possibilidades para a implementação de uma rede intersetorial / Sílvia Elaine da Silva. Ponta Grossa, 2022.
230 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Simão Pontes.
Coorientadora: Profa. Dra. Édina Schimanski.

1. Violência obstétrica. 2. Canais de denúncia. 3. Rede intersetorial. 4. Ponta Grossa/PR. 5. Teoria fundamentada em dados. I. Pontes, Felipe Simão. II. Schimanski, Édina. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. IV.T.

CDD: 362.1

TERMO DE APROVAÇÃO

SILVIA ELAINE DA SILVA

“Atendimento às denúncias de violência obstétrica em Ponta Grossa/PR: desafios e possibilidades para a implementação de uma rede intersetorial”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 08 de fevereiro de 2021.

Assinatura pelos Membros da Banca:



Prof. Dr. Felipe Simão Pontes - UEPG – PR - Presidente

Prof^ª. Dr^ª. Marcia Grisotti – UFSC-SC - Membro Externo

Prof^ª. Dr^ª. Jussara Ayres Bourguignon - UEPG-PR - Membro Interno

Prof^ª. Dr^ª. Camila Quesada Tavares – UFMA-MA - Suplente Externo

Prof. Dr. José Augusto Leandro – UEPG-PR - Suplente Interno

Dedico a todas as mulheres que
vivenciaram situações de violência obstétrica.

AGRADECIMENTOS

Ouvi por várias vezes que a trajetória da pesquisa é um caminho muito solitário. Acredito, sim, que o seja – e muito! – por diversos momentos. Mas isso não significa que estive sozinha nessa jornada, pois este trabalho não seria construído sem a participação e a colaboração de muitas pessoas, às quais sou eternamente grata.

Agradeço a Deus e a Maria, nossa mãezinha, por sempre estarem comigo me abençoando, enviando inspiração quando essa faltava e me dando forças para não desistir.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Felipe Simão Pontes, por ser um grande amigo e acreditar na minha capacidade principalmente quando eu não acreditava. Agradeço por contribuir com seus conhecimentos e sugestões na orientação desta dissertação e, sobretudo, pela paciência infinita nas inúmeras horas de conversa, mesmo com a minha enorme teimosia e relutância em diversos pontos.

À minha família, pelo suporte e incentivo durante a elaboração deste trabalho, quando se alegravam comigo mesmo sem saber direito os motivos da minha felicidade por cada conquista no percurso da pesquisa. Obrigada pelos ensinamentos e por compreenderem as ausências necessárias.

Ao Pedro, amor da minha vida, pelas reflexões, amor e cumplicidade. Agradeço o apoio incondicional nesse percurso, por acompanhar cada passo dessa caminhada, por estar sempre aqui para mim e por falar com orgulho do meu trabalho para todo mundo.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas por possibilitarem a elaboração e o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos colegas da Pós-Graduação, especialmente Helena, Katriny, Mirian, Wilena e Douglas, pela amizade e pela troca de ideias (e reclamações) diárias. Cada um de vocês tem participação na construção desse estudo.

Aos amigos do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Direitos Reprodutivos, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos, onde nasceu minha pesquisa, sou grata por todos os momentos de enormes contribuições para o crescimento dessa pesquisadora. Agradeço especialmente à Prof^a. Dra. Rosiléa Clara Werner pelo incentivo, por toda a colaboração e o auxílio.

Às mulheres que aceitaram colaborar com o trabalho mesmo este tema sendo tão doloroso, agradeço por dividir suas histórias, pela força que demonstraram e pela vontade de contribuir com outras mulheres.

A todos os agentes que participaram desta pesquisa e a todos aqueles que cooperaram de alguma forma para que ela pudesse ser realizada mesmo em meio a uma pandemia que dificultou bastante seu andamento. Agradecimentos especiais ao meu amigo Paulo Schimanski, ao Marco Aurélio Bastos, à Letícia da Secretaria de Estado da Saúde e ao Sargento Kaminski do 181 por tudo o que fizeram.

À Beethoven, Pink Floyd, Aerosmith e Chopin que fizeram minha trilha sonora na escrita dessa dissertação. E ao criador da “Playlist para estudar como Newton enfiando agulhas nos olhos para testar hipóteses sobre a luz” e da “Playlist para estudar como um filósofo do século XVII”, que foram minha companhia noites adentro.

A todas e todos que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão desta pesquisa.

Enquanto eu tiver perguntas e não houver resposta continuarei a escrever. Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer? Se antes da pré-pré-história já havia os monstros apocalípticos? Se esta história não existe passará a existir. Pensar é um ato. Sentir é um fato. Os dois juntos — sou eu que escrevo o que estou escrevendo.

(Clarice Lispector, *A hora da estrela*)

O ontem é história. O amanhã é mistério.
Mas o hoje é uma dádiva, por isto se chama 'presente'.

(Kung Fu Panda)

RESUMO

O presente trabalho objetivou, mediante pesquisa empírica, identificar os canais aptos ao recebimento de denúncias de situações de violência obstétrica existentes no município de Ponta Grossa/PR, bem como, investigar quais são as possibilidades e os desafios para a construção de uma rede intersetorial de atendimento a essas denúncias. Por meio da metodologia da *grounded theory* (GT), ou teoria fundamentada em dados (TFD), foi realizada uma análise acerca da existência de uma rede de proteção e atendimento às mulheres que sofrem violência obstétrica, formada pelos canais disponíveis. Com a realização de grupos focais, foi possível compreender as vivências das mulheres relacionadas a situações de violência obstétrica e identificar canais que elas reconhecem como locais competentes para realizar denúncias desses casos. Através de entrevistas com os agentes responsáveis pelos canais elencados, foi possível assimilar suas percepções acerca da temática da violência obstétrica e suas atribuições diante disso. Assim, a pesquisa analisou como e se estes canais estão capacitados para o recebimento das denúncias, com a compreensão de que é possível a construção de uma rede voltada ao atendimento das mulheres que buscam denunciar situações de violência obstétrica por meio dos canais existentes a fim de efetivar a legislação existente e promover os direitos destas.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Canais de denúncia. Rede intersetorial. Ponta Grossa/PR. Teoria Fundamentada em Dados.

ABSTRACT

This work aimed to identify, through empirical research, the existing channels suitable for receiving complaints about obstetric violence situations in the city of Ponta Grossa/PR, as well as investigate the possibilities and challenges for building an intersectoral network to respond to these complaints. Using the grounded theory (GT) methodology, an analysis was carried out on the existence of a protection and care network for women who suffer obstetric violence, formed by the available channels. With the carrying out of focus groups, it was possible to understand the experiences of women related to obstetric violence situations and identify the channels that they recognize as competent places to report these cases to. Through interviews with the agents responsible for the listed channels, it was possible to assimilate their perceptions about the theme of obstetric violence and their attributions in light of this. Thus, the research analyzed how and if these channels are trained to receive complaints, with the comprehension that it is possible to build a network aimed at assisting women who seek to report situations of obstetric violence through the existing channels in order to give effect to existing legislation and promote their rights.

Keywords: Obstetric violence. Reporting channels. Intersectoral network. Ponta Grossa/PR. Grounded Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Diagrama dos eixos de análise encontrados no primeiro momento de discussão dos grupos focais	66
Figura 2	– Nuvem formada pelas palavras vinham à mente das participantes ao pensar em parto	67
Figura 3	– Nuvem de palavras com as situações descritas que, na opinião das participantes, configuraram violência obstétrica em seu parto	72
Figura 4	– Diagrama dos eixos de análise identificados no segundo momento de discussão dos grupos focais	81
Figura 5	– Diagrama dos eixos de análise identificados no terceiro momento de discussão dos grupos focais	96
Figura 6	– Diagrama dos eixos de análise identificados no momento final de discussão dos grupos focais	100
Figura 7	– Diagrama dos eixos de análise encontrados no primeiro tópico das entrevistas com os canais de denúncia	116
Figura 8	– Diagrama dos eixos de análise encontrados no segundo tópico das entrevistas com os canais de denúncia	120
Figura 9	– Nuvem de palavras indicando a opinião dos canais entrevistados sobre qual seria o local mais adequado para receber denúncias de situações de violência obstétrica	125
Figura 10	– Diagrama dos eixos de análise encontrados no terceiro tópico das entrevistas com os canais de denúncia	134
Figura 11	– Diagrama dos eixos de análise encontrados no quarto tópico das entrevistas com os canais de denúncia	148
Figura 12	– Diagrama da categoria central (<i>core category</i>) e as categorias encontradas na análise	161
Figura 13	– Diagrama dos eixos do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher	165
Figura 14	– Diagrama dos atores que se mostram essenciais para a formação de uma rede de atendimento às mulheres vítimas de violência obstétrica	199

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das mulheres que responderam ao questionário filtro	60
Quadro 2 – Formas de manifestação de violência obstétrica	73
Quadro 3 – Possíveis canais de denúncia disponíveis em Ponta Grossa/PR citados em pesquisa empírica	113
Quadro 4 – Lista de número das entrevistas e siglas dos canais	114
Quadro 5 – Lista com o perfil dos agentes entrevistados em cada canal	115
Quadro 6 – Situações de violência obstétrica denunciadas aos canais	126
Quadro 7 – Número de denúncias de violência obstétrica na Central de Atendimento à Mulher – 180	175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIHP	Assistente Social da Instituição Hospitalar Pública
ASIHPR	Assistente Social da Instituição Hospitalar Privada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMDM	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CRM	Conselho Regional de Medicina
DD	Disque-denúncia
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DM	Delegacia da Mulher
DP	Defensoria Pública
GT	<i>Grounded Theory</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MPE	Ministério Público Estadual
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
MPF	Ministério Público Federal
NUDEM	Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher
OIHP	Ouvidoria da Instituição Hospitalar Pública
OMDS	Ouvidoria Municipal de Saúde
OPS/OIHPR	Ouvidoria do Plano de Saúde e Ouvidoria da Instituição Hospitalar Privada
ORS	Ouvidoria da Regional de Saúde
OSEJUF	Ouvidoria da Secretaria de Justiça e Família
OSESA	Ouvidoria da Secretaria de Saúde
PIHP	Psicóloga da Instituição Hospitalar Pública
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM	Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres
SCRACA	Seção de Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria
SOGIPA	Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná
SEJUF	Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Secretaria do Estado da Segurança Pública e da Administração Penitenciária
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 CANAIS DE DENÚNCIA	33
1.1 PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AOS CANAIS DE DENÚNCIA	33
1.2 CANAIS DE DENÚNCIA: DISCUSSÃO DE UM CONCEITO	42
1.2.1 Ouvidorias	45
1.2.2 Defensoria Pública.....	47
1.2.3 Ministério Público Estadual e Federal.....	48
1.2.4 Delegacia da Mulher.....	50
1.2.5 Conselhos Municipais.....	51
1.2.6 Serviços de Atendimento da Instituição de Saúde	53
1.2.6.1 Psicólogo do hospital.....	53
1.2.6.2 Assistente Social do hospital	55
1.2.7 Disque-denúncia 181	56
1.2.8 Conselhos Profissionais	57
2 RELATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DENUNCIAR OU NÃO?	59
2.1 BLOCO “EXPERIÊNCIAS”	65
2.1.1 A dor e o medo no parto	66
2.1.2 As formas de violência obstétrica mais citadas	72
2.1.3 Conhecimento sobre a possibilidade de denunciar	78
2.2 BLOCO “CANALIS DE DENÚNCIA”	80
2.2.1 Percepções das mulheres sobre os canais de denúncia.....	81
2.2.2 Dificuldades para denunciar	89
2.2.3 Possibilidade de realização da denúncia.....	94
2.3 BLOCO “ATENDIMENTO IDEAL”	95
2.4 BLOCO “CONSOLIDAÇÃO”	99

3	REDE INTERSETORIAL: FRAGMENTAÇÃO E A FALTA DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DAS MULHERES.....	106
3.1	ENTREVISTAS COM OS CANAIS DE DENÚNCIA.....	112
3.1.1	Tópico “Conhecimento e Informação sobre a Temática”.....	116
3.1.2	Tópico “Acolhimento e Atendimento”.....	120
3.1.3	Tópico “Processo de Denúncia”.....	133
3.1.4	Tópico “Efetividade e Resolutividade do Atendimento”.....	148
4	TEORIA SUBSTANTIVA: PERSPECTIVAS PROVENIENTES DO PROCESSO COMPARATIVO	160
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	193
	REFERÊNCIAS.....	203
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO FILTRO PARA O GRUPO FOCAL	223
	APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL.....	224
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CANAIS DE DENÚNCIA	225
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	227
	APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA	228
	APÊNDICE F – DIAGRAMA DOS EIXOS DE ANÁLISE ENCONTRADOS NOS GRUPOS FOCALIS FEITO NO SOFTWARE MINDMEISTER	229
	APÊNDICE G – DIAGRAMA DOS EIXOS DE ANÁLISE ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS FEITO NO SOFTWARE MINDMEISTER.....	230

INTRODUÇÃO

O que faz de uma pesquisa a *nossa pesquisa*? Penso que essa é uma ótima pergunta para se começar, pois ela rondou meus pensamentos por um bom tempo. Pode parecer clichê, mas às vezes você escolhe um tema e às vezes um tema te escolhe. Acredito que comigo foi a segunda opção.

Alguém me disse uma vez que uma pesquisa nasce de um incômodo, algo que te deixa desconfortável o suficiente para que você se pergunte como resolver aquilo. Tanto é que um projeto começa com uma pergunta de partida. Mas às vezes esse incômodo não é tão fácil de ser percebido ou até mesmo de ser aceito pelo pesquisador.

Esta dissertação, além de apresentar os resultados inerentes à pesquisa, oferece elementos do percurso, do próprio processo de construção do trabalho. Tramar os caminhos e descaminhos dos bastidores do estudo permite o exercício reflexivo da construção do olhar para e com a pesquisa, a construção da minha perspectiva como pesquisadora e demonstrar os entrelaces do empírico com o teórico da maneira orgânica como efetivamente ocorreu.

Desde 2015, ao escrever um artigo a convite de um professor do curso de Bacharelado em Direito – mais tarde publicado como capítulo de livro, pesquisei sobre questões de gênero e a pauta dos direitos da mulher, e me encontrei. No ano de 2017, descobri a temática da violência obstétrica ao assistir o documentário *(Na)ser mulher: Relatos de violência obstétrica em Ponta Grossa*, exibido na universidade, e senti que precisava escrever sobre isso no meu trabalho de conclusão de curso.

Analisar a violência obstétrica é uma tarefa árdua, uma vez que se trata de uma concepção multifacetada, perpassando pelas discussões de gênero e direitos reprodutivos, bem como dos direitos humanos fundamentais e da responsabilidade do Estado frente ao tema.

A concepção de violência obstétrica, ainda que recente, trata de um problema bastante antigo e já recebeu extensivo tratamento acadêmico e político (FEITOZA et al., 2017; BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017; GALVÃO et al., 2019, GASPERIN et al., 2019). Ela “se expressa como um problema de saúde pública que, de maneira silenciosa, rompe com a singularidade do parto, processo fisiológico de vulnerabilidade a danos físicos, mentais e sociais” (TEIXEIRA et al., 2020, p. 154).

Nas palavras de Barbosa, Fabbro e Machado (2017, p. 192), “a violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto”. Por suas características, essa forma de violência pode ser considerada como uma violência de gênero. Tratando desse conceito, Teles e Melo (2012, p.16) explicam que

Ele demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas.

Essa forma de violência fere os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, os quais se caracterizam como direitos humanos e fundamentais por estarem fundados no princípio da dignidade da pessoa humana e por terem previsão em documentos internacionais e na legislação interna (PEGORER, 2016), bem é uma grave ofensa ao direito à saúde.

Pensando nisso, após muita investigação, escolhi a abordagem que me pareceu mais adequada para trabalhar o assunto e realizei o Trabalho de Conclusão de Curso sob o título “Violência obstétrica: uma violação aos direitos humanos da mulher”.

A escolha do tema foi complicada, pois no curso de Direito em que estava, o assunto não era comum, pelo contrário, era bem desconhecido. Professores e colegas não acreditavam muito na pesquisa, mas quanto mais eu estudava, mais eu me apaixonava. Discuti a violência obstétrica enfatizando-a como grave violação aos direitos humanos das mulheres e, ao final, fiz uma análise de três projetos de lei federal sobre o tema, os quais pretendem coibir a prática dessas violações. Fiquei convencida, naquele momento, de que a falta de uma legislação representava o maior dos problemas.

A partir do estudo para a escrita do capítulo do livro, as pautas de direitos humanos, direitos das mulheres e de gênero tornaram-se as principais temáticas com as quais quis continuar a trabalhar na pesquisa, uma vez que por meio da vivência universitária, percebi que gostaria realmente de seguir na carreira acadêmica.

Decidi que para dar sequência aos estudos, o ideal seria fazer Mestrado e minha escolha pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG se justificou por sua interdisciplinaridade, tendo em vista que essas temáticas

permeiam o Direito, mas ali não se encerram, fazendo com que eu quisesse – e necessitasse – ampliar meus horizontes.

O tema da violência obstétrica tornou-se minha principal causa a partir do processo de pesquisa do trabalho de conclusão de curso. Então pensei que precisava aprofundar a discussão e seguir no debate sobre a necessidade de uma legislação no intuito de coibir a violência obstétrica. Contudo, logo me certifiquei que isso não era o bastante, especialmente porque, como já havia aprendido na graduação, a legislação, por si só, não muda a cultura.

Assim, meu projeto de pesquisa apresentado para ingresso no Mestrado tinha por objetivo analisar as formas como a violência obstétrica tem ocorrido na cidade de Ponta Grossa/PR. A ideia era investigar e refletir sobre políticas públicas que poderiam ser idealizadas a fim de minimizar estas ocorrências, partindo do seguinte questionamento: “Como a falta de informação e conscientização acarretada pela inexistência de políticas públicas específicas no Município de Ponta Grossa/PR influencia na ocorrência de casos de violência obstétrica?”.

Porém, ainda que isso correspondesse de certa forma à minha vontade de fazer algo mais “prático”, me incomodava um impasse nessa possível pesquisa que ficou bem claro desde o início: mesmo informadas e conscientes, as mulheres não estão imunes à violência obstétrica.

Inclusive essa foi uma pergunta que me foi feita na entrevista do processo seletivo para o Mestrado: se eu tinha consciência de que mesmo uma mulher bem informada, que sabia de todos os seus direitos, ainda poderia sofrer violência durante sua gestação, parto e pós-parto. Tive que ser sincera e expor que sim, desde que assisti o documentário eu tinha essa noção. Mesmo assim, acreditava que algo precisava ser feito.

Outras questões acabaram surgindo nessa discussão como: “será que existiam ou não políticas públicas sobre o tema?”, “será que não estava sendo muito simplista?”, “será que só informação era suficiente?” e principalmente: “qual era a real situação do Município?”. Todas as perguntas, em especial a última, me deixaram bastante incomodada, pois percebi que não fazia ideia de como executar o projeto. Como eu queria estudar e planejar algo sobre o desconhecido?

Ainda na entrevista, tive conhecimento de uma recente Lei Estadual do Paraná sobre violência obstétrica, a Lei nº 19.701/2018, o que me deixou contente

pensando na ideia anterior que tive para meu projeto. Todavia, considerando que as leis por si só não mudam uma cultura, sabia que isso não seria suficiente.

Mesmo com tudo isso, fui aceita no Mestrado, aberta à possibilidade de modificar o projeto de pesquisa. A conversa inicial sobre ele foi um longo diálogo sobre como o desenvolvimento de políticas públicas necessitaria de um estudo anterior mais aprofundado sobre o que já existe no Município. Não é possível planejar algo novo sem saber o que já está em funcionamento.

Então, uma nova questão irrompeu: para onde encaminhar as mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica? É interessante pensar como essa questão me desconcertou. Durante meu trabalho eu sempre pensei na informação e no conhecimento como armas – o que de fato são, mas não pensei realmente no que fazer quando isso não é suficiente. E mais, mesmo com a possível existência de políticas públicas a respeito do tema, ainda havia uma chance de falha. Nesse caso, qual seria a rede existente para receber as denúncias das ocorrências? Como essas denúncias eram acolhidas e encaminhadas? Quem as mulheres deveriam procurar?

Quando essas perguntas surgiram, eu simplesmente não sabia o que responder. Pensei por algum tempo e, depois de um silêncio constrangedor, devo dizer a verdade, minha veia jurídica pulsou, de modo que eu respondi: procurar um advogado, é claro! Obviamente a vítima poderia processar os responsáveis por aquela violência. Meu orientador questionou, então, se esse era o melhor caminho e solicitou que eu aprofundasse minhas percepções.

Com muito custo, vez que esses questionamentos ainda eram de difícil resposta, outros possíveis canais de denúncia foram surgindo a partir de conversas com diferentes pessoas: Delegacia da Mulher, Defensoria Pública, Ministério Público (Estadual e Federal), Central de Atendimento à Mulher (180), Ouvidorias etc. O ponto comum em todas essas sugestões era um imenso “será?”, pois não havia certeza se realmente eles recebiam as denúncias, mas pareciam canais potencialmente promissores.

Partindo dessa discussão, surgiu a proposta de pesquisar esses possíveis canais de denúncia no Município, analisando onde efetivamente as vítimas encontrariam auxílio, a existência de uma provável rede de acolhimento das denúncias e como ocorre a atuação dos canais nesse atendimento.

Aceitei a oferta bastante hesitante e até um pouco duvidosa, pois parecia uma pesquisa bastante complexa e difícil de ser realizada. Será que consigo? Será que dou conta? Será que essa é mesmo a minha pesquisa?

O contato inicial com a pesquisa foi tímido, vagaroso. Uma breve exploração aqui, uma investigação concisa ali. Nada que respondesse aos meus questionamentos. Houve a percepção de que muito se fala em canais de denúncia, porém não se explica o que são e o que fazem especificamente. Muitas informações desconhecidas e uma grande lacuna que certamente causaria dúvidas em uma mulher que buscasse saber como proceder quando da ocorrência de um caso de violação de seus direitos.

Pelo que se verificou na sondagem inicial, existem múltiplas possibilidades de canais que estariam aptos a receber e dar encaminhamento a essas ocorrências, porém não encontrei um estudo acerca destas instituições individualmente nem como rede de atendimento.

Especialmente ao se analisar o município de Ponta Grossa/PR, a Comissão Especial de Investigação das Maternidades da Câmara Municipal, no ano de 2016, elaborou relatório narrando ter recebido centenas de denúncias de violência obstétrica (PONTA GROSSA, 2016). Foi com base nas movimentações desencadeadas por essa investigação e pela grande quantidade de denúncias recebidas que atitudes foram tomadas, tendo como consequência o fechamento da maternidade denunciada.

Os dados e as informações obtidas por meio da CEI das Maternidades da Câmara Municipal de Ponta Grossa comprovam a grande incidência desses casos no Município, os quais muitas vezes não são denunciados em razão da falta de conhecimento de como e onde fazê-lo.

Mas nada disso foi suficiente para fazer desta pesquisa a minha. O incômodo causado não era forte o suficiente e pensei em mudar o tema para algo que me deixasse mais tranquila. Foi quando surgiu a ideia de estudar como o assunto é tratado nos Tribunais.

A verdade é que isso me aproximava mais da minha zona de conforto, estava mais próxima ao que eu já conhecia e me transmitia uma segurança em relação à pesquisa, pois não seria algo realmente novo ou desafiador. Ainda não era uma pesquisadora de Ciências Sociais Aplicadas, mas sim do Direito e, sinceramente, não queria que esse status mudasse.

Com a entrada no Mestrado, veio também um convite do orientador para que eu me juntasse ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Direitos Reprodutivos, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos, onde ele e uma colega de Mestrado (também orientanda dele e pesquisadora sobre a temática de violência obstétrica, participavam há um tempo).

Aceitei para me aproximar do assunto, mas inicialmente a minha timidez me fazia sentir deslocada por ingressar em um grupo já formado e que fluía muito bem. Já tinham realizado pesquisas conjuntamente, muitos trabalhos saíram dali e eu não me considerava uma integrante daquela equipe nas primeiras participações. Parecia que ao “pegar o bonde andando”, eu não tinha muitas contribuições a fazer.

Contudo, aos poucos fui me sentindo à vontade e me percebendo como parte daquele conjunto. Posso afirmar com muito orgulho que participar do grupo fez a pesquisadora dentro de mim despontar. Não posso resumir em palavras o crescimento pessoal e científico que adquiri ali, não apenas pelas discussões maravilhosas realizadas e todo o aprendizado obtido, mas também pelas relações interpessoais que me transmitiram a sensação de uma família dentro da universidade.

Como o grupo de pesquisa já se mostrava bastante maduro, discutiu-se a possibilidade de o conhecimento ali gerado extrapolar mais uma vez as paredes da sala 19 do Bloco A da UEPG Central e ser levado para a coletividade. Assim, decidiu-se que isso ocorreria por meio de oficinas realizadas onde quisessem nos ouvir, através de multiplicadoras que seriam capacitadas em nosso grupo.

A ideia foi levada adiante e um processo seletivo foi realizado, pelo qual cinco mulheres ligadas a diferentes cursos da UEPG se mostraram interessadas em ampliar essa discussão para outros lugares. O processo foi todo novo para mim, de seleção e capacitação, uma vez que no Direito não são comuns atividades como essa.

Os encontros de formação foram realmente significativos, pois não estávamos ali apenas passando conhecimento, mas também aprendendo muito. Posso dizer que as aulas que tive na pós-graduação foram muito edificantes e acrescentaram imensamente ao meu projeto, mas certamente foi ali no grupo que a minha pesquisa realmente tornou-se *minha*.

Uma das atividades iniciais era contar sobre como foi o nosso nascimento. Percebi que não sabia a minha história, de maneira que fui perguntar para a minha mãe. Ela pareceu um pouco confusa com o questionamento, respondendo

timidamente que foi um parto normal e que nasci pela manhã. Pedi mais detalhes e, mesmo com reservas, aos poucos a conversa fluiu e ela foi esmiuçando o relato.

Minha mãe contou que o trabalho de parto começou na madrugada, de modo que meu pai correu até a casa de um vizinho pedindo a ele o favor de levá-la ao hospital porque não tínhamos carro, o que ele gentilmente atendeu. Lá ela aguardou por algumas horas e pariu pela manhã, por parto normal e com procedimentos que eram vistos como rotineiros naquele momento. Disse que não teve acompanhante porque na época não havia essa possibilidade, mas que foi bem tratada pela equipe. Mencionou também que seu primeiro parto foi o mais “fácil”, sendo o segundo também tranquilo e o terceiro o mais difícil.

Enquanto narrava como tudo ocorreu, minha avó se juntou a nós para ouvir a história e ao final também contou um pouco sobre os partos de seus três filhos. Com isso, minha mãe acabou se recordando de uma conversa que ocorrera há poucos dias com meu pai sobre o nascimento da irmã dele, uma noite que marcou bastante a sua infância.

Ela passou a discorrer sobre o que ele havia contado e meu pai chegou nesse momento, de modo que ela pediu a ele que recontasse as suas lembranças daquele dia, o que ele fez com muito cuidado. Expôs que naquele tempo ele era apenas uma criança, mas que se recordava muito bem que o parto da sua irmã, a caçula de 9 irmãos, foi muito difícil, especialmente considerando a época e que eles moravam na zona rural. O modo como tudo se sucedeu deixou todos extremamente preocupados, mas depois de muito sufoco tudo deu certo. Contudo, foi de certa forma um trauma, o que fez com que seus pais decidissem não ter mais filhos.

Logo, muitas recordações foram ali expostas e o que era para ser apenas uma parte da atividade do grupo de pesquisa foi se tornando um lindo momento de reviver memórias na minha família.

Em outra etapa da formação no grupo de pesquisa, a discussão foi o que fazer quando uma mulher vítima de violência obstétrica decide fazer uma denúncia. Novamente adveio a pergunta: para onde encaminhá-la? Ao fazê-la, as integrantes do grupo foram tomadas por uma expressão de dúvida e vacilaram. Após um tempo de sussurros incertos e indecisos entre elas, uma decidiu arriscar com o mesmo palpite inicial que tive: “acho que a vítima deveria procurar um advogado e processar, não é isso?”. As outras concordaram, hesitantes, de que esse seria o caminho.

Então, expus o que encontrei na minha exploração inicial sobre a presença da violência obstétrica nos processos dos Tribunais, que fiz na tentativa de pesquisar algo na minha zona de conforto. Expliquei que processar é um percurso bastante complicado porque, muitas vezes, o advogado não entende sobre violência obstétrica e faz o processo de uma forma errada. O processo vai para um juiz que também não entende de violência obstétrica e precisa de um perito para conseguir construir sua decisão. O perito normalmente é um profissional da saúde que, geralmente, não reconhece a violência.

Relatei também que ao pesquisar todos os Tribunais de Justiça dos 26 Estados e do Distrito Federal, bem como dos Tribunais Superiores, na maioria das vezes o termo “violência obstétrica” nem existia nas decisões e, ainda, que em alguns casos aparecia somente como citação dentro do texto da decisão e não na ementa – o cabeçalho. Isso significa muita coisa no mundo jurídico. Quer dizer que não há reconhecimento daquilo.

Com isso, as expressões inseguras de dúvida cresceram e eu consegui me enxergar nelas como um espelho. Imediatamente me recordei que estava exatamente assim quando meu orientador me fez o mesmo questionamento. Pensar nisso me fez refletir e me incomodou.

Mais palpites oscilantes foram feitos de forma tímida, todos acompanhados de um grande “será?” que foi me inquietando, até que as mulheres em treinamento resolveram questionar qual seria, então, a resposta para essa pergunta. Percebi nos olhares que elas esperavam que eu decifrasse esse mistério, mas infelizmente eu respondi com insatisfação que também não sabia, não tinha certezas.

Vi que certamente esse não era o desfecho esperado e o descontentamento ali me incomodou mais e mais. “Mas e se alguém me perguntar, o que devo responder?”. Eu não sabia. Não tinha resposta para isso. Por que eu não sabia?

Nesse momento, me questioneei: por que eu me sinto tão mal ao ver a angústia dessas mulheres ao não saber a solução para essa pergunta – para onde encaminhar essas mulheres? – se ao mesmo tempo fujo sem pestanejar da busca por essa resposta?

Agora o incômodo era grande o suficiente. Percebi que sempre estive tão relutante porque o receio de buscar respostas e não as encontrar era paralisante. O incômodo era tão grande que o medo de que ele continuasse a incomodar

eternamente me fazia covarde e me impedia de assumir essa empreitada. Sem ter ideia dos resultados, era como me jogar no escuro.

Vi que a angústia das mulheres ali também era a minha e o medo de não conseguir responder a essa pergunta era o que me travava. Mas ao vê-las assim, constatei que era meu dever ir adiante com essa pesquisa. Esse era o meu trabalho. Essa era a minha busca e eu não poderia mais deixar de fazê-la porque havia muitas pessoas que estavam precisando de uma resposta que eu talvez pudesse dar.

Senti então uma resolução muito grande e disse a elas que não sabia, que não tinha a resposta, mas que o meu trabalho seria no sentido de encontrá-la para que as vítimas que conseguissem ter coragem suficiente para fazer uma denúncia não ficassem desorientadas.

Uma enorme segurança me preencheu e eu não tive mais dúvidas sobre o quanto essa pesquisa é necessária. Minha convicção nesse momento era de que essa é a minha pesquisa, esse é o *meu* trabalho, seja lá qual fosse a resposta.

Parei de falar subitamente, pois senti as lágrimas nos olhos, exatamente como estão neste momento. Sentir a necessidade de uma resposta de forma tão vívida foi o momento catártico em que eu aceitei minha pesquisa e parei de rejeitar o que tentava vir a mim de tantas formas. Quando um tema te escolhe, não adianta fugir.

Após a conversa com as mulheres naquela tarde, tive uma reunião com meu orientador na qual declarei, finalmente, que esta seria a temática da minha pesquisa, de modo que, a partir disso, passamos a trabalhar na delimitação do tema e da pergunta de partida, bem como da metodologia e do referencial teórico a serem utilizados.

Seguindo o encaminhamento da pesquisa, a pergunta que mobilizou este estudo foi: “Acerca das demandas relacionadas às denúncias de situações de violência obstétrica, quais as possibilidades e os desafios para a construção de uma rede intersetorial de atendimento em Ponta Grossa?”.

A partir dessa questão, o objetivo geral da pesquisa traçado foi analisar a possível existência de uma rede intersetorial de atendimento às denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa, identificando quais são as possibilidades e os desafios para sua construção, caso ausente.

Com base nesse objetivo geral, os objetivos específicos foram demarcados. Inicialmente, foi necessário investigar e descrever os canais passíveis de receberem denúncias de violência obstétrica no Município de Ponta Grossa/PR, bem como

compreender como esse atendimento é realizado. Em seguida, analisar como as mulheres compreendem a questão das denúncias de situações de violência obstétrica, os canais de denúncia e as razões pelas quais elas denunciam esse tipo de situação ou deixam de fazê-lo. Ainda, identificar as articulações entre os canais existentes e verificar se estes formam uma rede de atendimento para recebimento dessas denúncias e, por fim, reconhecer as dificuldades e desafios existentes no atendimento às mulheres, bem como as possibilidades em relação às denúncias e à constituição de uma rede.

Creswell (2014) aponta que é apropriado utilizar uma pesquisa qualitativa para entender uma questão de forma complexa e detalhada, ouvir e empoderar os indivíduos, compreender contextos e abordagens e analisar relações de poder. O autor ressalta que:

Conduzimos pesquisas qualitativas porque um problema ou questão precisa ser *explorado*. Por sua vez, essa exploração é necessária devido à necessidade de estudar um grupo ou população, identificar variáveis que não podem ser medidas facilmente ou escutar vozes silenciadas. (CRESWELL, 2014, p. 53)

Nas palavras de Creswell (2014, p. 53), “usamos, ainda, a pesquisa qualitativa para desenvolver teorias quando existem teorias parciais ou inadequadas para certa população e amostras ou teorias existentes que não captam adequadamente a complexidade do problema que estamos examinando.”

E pelos ensinamentos de Groulx (2008), considerando que a pesquisa foi realizada no âmbito das Ciências Sociais, com o olhar voltado para problemas sociais e mecanismos profissionais e institucionais de gestão, tem-se que esta é uma pesquisa essencialmente qualitativa.

Minayo (1994) alude que o objeto das Ciências Sociais, que tem como característica ser intrínseca e extrinsecamente ideológica, é histórico e possui consciência histórica, além de dividir uma identidade com o sujeito e ser essencialmente qualitativo. Dessa maneira, a abordagem metodológica apropriada a ser escolhida é justamente a qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais

profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 21-22)

Nas palavras de Richardson (2008, p. 90), esta “[...] pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”. Assim, Godoy (1995, p. 21) afirma que “para tanto, o pesquisador vai a campo buscando ‘captar’ o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes”, através de vários tipos de dados coletados e analisados.

Richardson (2008, p. 79) expõe, ainda, que “a abordagem qualitativa de um problema, além de ser uma opção do investigador, justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”. É nesse sentido que Kaufmann (2013, p. 56) alega que “os métodos qualitativos têm como função compreender mais do que descrever sistematicamente ou medir”.

Com isso, realizou-se uma pesquisa exploratória, por ter como objetivo proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato, nesse caso, dos canais de denúncia de situações de violência obstétrica existentes em Ponta Grossa/PR. Gil (2008, p. 27) aduz que:

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento.

Ainda, verificou-se também se tratar de pesquisa explicativa, por ter como intuito “[...] identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos” (GIL, 2008, p. 28). Gil (2008) assevera que este é o tipo de estudo que mais aprofunda o conhecimento da realidade em função de explicar a razão, o porquê das coisas, de modo que é possível dizer que o conhecimento científico está assentado no resultado oferecido por essas pesquisas.

E diante do caminho percorrido e dos objetivos traçados, a metodologia escolhida como a mais apropriada para o percurso exploratório pretendido foi a *grounded theory* (GT) ou metodologia da teoria fundamentada em dados (TFD), em português.

Segundo Strauss e Corbin (1998, p. 25), a *grounded theory* pode ser definida como a “teoria que foi derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Neste método, coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si.” Creswell (2014) explica que a *grounded theory* é uma abordagem adequada quando não está disponível uma teoria para explicar ou entender um processo ou quando a teoria, embora existente, é incompleta ou mais limitada que o interesse do pesquisador.

O intuito da *grounded theory* é transcender a descrição e gerar ou descobrir uma teoria, uma descrição teórica unificada sobre determinada questão (CRESWELL, 2014). Creswell (2014, p. 78) explicita que “existem muitas definições de uma teoria disponíveis na literatura, mas em geral uma teoria é uma explicação de alguma coisa ou uma compreensão que o pesquisador desenvolve.”

Nesta metodologia, a teoria vai sendo construída ao longo do percurso da pesquisa, a partir do que vai sendo coletado e descoberto, aproximando-se mais da realidade (STRAUSS; CORBIN, 1998). Com isso, é criada uma teoria “de baixo para cima” (GIBSON; BROWN, 2009).

Assim, na pesquisa que utiliza a *grounded theory* ou teoria fundamentada em dados, os elementos encontrados no percurso do pesquisador no campo é que servirão de base para as compreensões, considerações e sínteses – a chamada teoria. Não é o tipo de pesquisa em que o campo serve apenas para validar hipóteses ou levantamentos anteriores, mas sim onde ele fornece todo o substrato para determinada conclusão. Aqui o campo é quem conduz.

Tarozzi (2011) ressalta que, nesse método, os dados que são produzidos de diversas formas durante a pesquisa são analisados, codificados em categorias formando conceitos e organizados a fim de integrar e delimitar a teoria em uma série de etapas. Segundo o autor, “uma teoria pode ser entendida como um conjunto sistemático de conceitos, ligados entre si através de relações explícitas, que é capaz de explicar fenômenos e é dotado de certa capacidade de previsão” (TAROZZI, 2011, p. 28).

Glaser e Strauss (1967) explicam que existem dois tipos de teoria: formal e substantiva. Uma teoria substantiva é baseada na pesquisa de uma área substantiva específica (trabalho, delinquência juvenil, educação médica, saúde mental, por exemplo) e pode ser considerada aplicável apenas para essa área específica, enquanto uma teoria formal encontra-se em nível conceitual, podendo ter importantes

implicações gerais e relevância. Uma teoria formal pode ser gerada a partir do campo, embora geralmente a teoria substantiva seja um passo para esse desenvolvimento e embasamento.

A teoria que se busca produzir por meio deste trabalho é substantiva, voltada para a identificação de categorias a partir do empírico e a compreensão do panorama das denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR e que, ainda que possa ser aplicável a outros municípios, não busca fazer previsões ou criar conceitos gerais e amplos.

Strauss e Corbin (2008) ressaltam que, ao tratar da *grounded theory*, oferecem tanto uma metodologia quanto um conjunto de métodos para a construção da teoria, enfatizando fortemente que as técnicas e procedimentos, ainda que necessários, são apenas meios para um fim e que por isso não devem ser seguidos rigidamente, passo a passo, por se tratarem de ferramentas que permitam ao pesquisador conduzir e desenvolver a pesquisa com confiança e criatividade na medida de sua necessidade.

Neste sentido, esta pesquisa se inspira nas condições possibilitadas pelo campo, por meio da metodologia da *grounded theory*, para elaborar suas compreensões, considerações e sínteses. A *grounded theory* se apresenta como o melhor caminho para que esta pesquisa possa ser desenvolvida por sua técnica onde a pesquisa vai se delineando no próprio percurso.

Para a produção dos dados, inicialmente foi efetuada revisão bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica pode ser compreendida como uma revisão literária, uma vez que é desenvolvida a partir de material já elaborado. Já a pesquisa documental, ainda que muito semelhante à revisão bibliográfica, não pode ser confundida com esta, pois é realizada por meio de fontes que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaboradas durante a pesquisa (GIL, 2008). Como ressaltava Cellard (2008, p. 295) “o documento permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social”.

O próximo passo, para acessar as experiências das mulheres, foi a realização de grupos focais. Kiniski et al. (2017, p. 444) discorrem que este “é aplicado como técnica por pesquisador que tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo. [sic]”

O grupo é composto por número variável de participantes que possuem alguma característica em comum, convidados para participar da discussão sobre determinado assunto. O ideal é que pelo menos duas pessoas dirijam o grupo focal, uma como moderadora para a condução do debate e outra que realiza observações e registros por meio de anotações sem interferir no andamento da conversa. Esse registro é muito importante para subsequente análise dos dados, ainda que o grupo seja todo gravado ou filmado (GATTI, 2005; BARBOUR, 2009).

Foram realizados dois grupos focais com mulheres que pariram em Ponta Grossa de 2011 a 2020 e que consideram que sofreram alguma modalidade de violência obstétrica expressa na literatura. O objetivo deste grupo focal foi o de identificar, por meio do diálogo e da construção conjunta, como as mulheres lidam com suas experiências, se buscam os serviços de atendimento e como procedem para denunciar as situações vivenciadas por elas.

Com relação a amostra utilizada nesta pesquisa, Tarozzi (2011) explica que a *grounded theory* dispõe de uma amostragem rigorosa para a pesquisa qualitativa, ainda que não seja estatística nem tenha o intuito de garantir a representação de determinado grupo de sujeitos. Assim, a amostragem teórica deve identificar os sujeitos com base nas indicações provenientes do processo de análise, especialmente a partir das lacunas existentes na teoria, que requerem contínuos aprofundamentos, até atingir a saturação teórica (TAROZZI, 2011).

Nesse sentido, Kaufmann (2013) expõe que a constituição da amostra é uma das peças principais para a entrevista. Na *grounded theory* e na entrevista compreensiva, por não formar uma amostra estatística probabilística, os entrevistados são chamados de informantes, sendo que sua escolha é um ponto crucial da trajetória.

Os grupos foram constituídos por mulheres indicadas por meio da técnica bola de neve. Silva et al (2006, p. 80) explicam que “a amostragem via bola de neve (do inglês *snowball sampling*) é uma técnica realista e adaptativa, na qual os atores que irão fazer parte da pesquisa são indicados diretamente pelos próprios pesquisados.” Já nas palavras de Madureira (2013, p. 48)

Trata-se especificamente de uma técnica voltada para a pesquisa qualitativa e consiste na elaboração de uma amostra de estudo através de interlocutores escolhidos entre pessoas que compartilham ou conheçam outros interlocutores que possuem características de interesse da pesquisa.

A amostragem em bola de neve é uma forma não probabilística, vez que utiliza cadeias de referência, sendo bastante útil para o estudo de certos grupos que são difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014). É o caso da presente pesquisa, pois muitas vezes as mulheres que sofreram violência obstétrica têm dificuldade de falar sobre o assunto amplamente, mas relatam suas experiências para outras mulheres.

Como explica Vinuto (2014), a execução desta técnica de amostragem ocorre por meio de documentos e/ou informantes-chaves, chamados de *sementes*, no intuito de identificar, dentro da população geral, pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Requer-se que as pessoas citadas pelas sementes indiquem outras dentro do perfil desejado sucessivamente, até o quadro de amostragem tornar-se saturado. Em seguida, é enviado o questionário filtro aos participantes para a realização do grupo focal (SCHIFFMAN; KANUK, 2000).

O questionário filtro – disposto no apêndice A – foi enviado para 21 mulheres. Dessas, 15 retornaram com as respostas. Esse grupo que respondeu ao questionário compôs um quadro de potenciais participantes para o grupo focal. O conteúdo das respostas também serviu para a organização do roteiro de discussão do grupo focal - que se encontra no apêndice B.

Devido às condições sanitárias que marcaram a conjuntura da realização do campo desta pesquisa, foram organizados dois grupos focais de forma online. Como explicam Abreu, Baldanza e Gondim (2009, p. 10):

O grupo focal on-line é um método de coleta de informações semelhante ao grupo focal presencial. Sua principal característica, não obstante, é a de ser realizado em ambiente virtual, dispensando a presença física dos participantes para que haja interação e consequente comunicação entre eles.

Essa modalidade apresenta vantagens e desvantagens em relação ao grupo focal presencial (DUARTE, 2007; ABREU; BALDANZA; GONDIM, 2009; MELLO, CRUZ, 2018), sendo que a principal justificativa para o formato on-line foi garantir a coleta de informações no contexto da pandemia de Covid-19.

O primeiro grupo foi realizado em 29 de agosto de 2020 e contou com a participação de seis mulheres. O segundo grupo focal ocorreu em 11 de setembro de 2020 e teve a participação de três mulheres.

Após a realização dos grupos, constatou-se as informações como suficientes para dar prosseguimento ao cumprimento dos objetivos. Os grupos focais foram

transcritos e analisados, com a consolidação de informações pertinentes para a próxima estratégia de coleta de dados.

O passo seguinte foi a realização de entrevistas com agentes que atuam nos potenciais canais de denúncia. Para Marconi e Lakatos (2003, p. 195), a entrevista “é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”, sendo instrumento de investigação social.

Na concepção de Gil (2008, p. 109) “entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

A entrevista compreensiva desenvolvida por Kaufmann (2013), que embasou o movimento de pesquisa, é um método que toma aspectos de diversas técnicas de pesquisa qualitativas e empíricas, trazendo elementos de análise e compreensão dos fenômenos por meio de sua aplicação, com o objetivo principal da produção de teorias a partir dos dados. Da mesma forma que na *grounded theory*, “[...] o objeto é construído gradualmente, através de uma elaboração teórica que progride diariamente, a partir de hipóteses forjadas no campo” (KAUFMANN, 2013, p. 45).

Esse método foi utilizado tanto para a realização do grupo focal, como na execução das entrevistas com os responsáveis pelos canais de denúncia e na análise de todo o material, posto que “[...] o trabalho de campo não é mais uma instância de verificação de uma problemática preestabelecida, mas o ponto de partida dessa problematização” (KAUFMANN, 2013, p. 44).

A entrevista com os canais de atendimento teve por objetivo reconhecer como ocorre o serviço na instituição em tela, se e *como* integram uma rede intersetorial de assistência às mulheres e quais são os fluxos de atendimento para casos de denúncia/reclamação de situações compreendidas como violência obstétrica. Foram entrevistados agentes que atuam no canal de atendimento de cada instituição citada em pesquisa empírica.

A forma de entrevista escolhida foi a semiestruturada, sendo que, segundo Boni e Quaresma (2005, p. 75) estas entrevistas

[...] combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir

um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

Esse tipo de entrevista traz um roteiro parcialmente programado, porém permite que sejam realizadas perguntas adicionais quando necessário, possibilitando o controle do volume de informações, o que facilita o trabalho do pesquisador (BONI; QUARESMA, 2005). O roteiro base da entrevista semiestruturada pode ser consultado no Apêndice C.

Paralelamente, a partir de criteriosa análise dos dados coletados através de todas as técnicas supracitadas, utilizando o método da *grounded theory* e as ferramentas de análise da teoria da entrevista compreensiva de Jean-Claude Kaufmann (2013) de interpretação, foi elaborada a redação da dissertação.

Diante do detalhamento dos procedimentos metodológicos, foi realizado o planejamento dos capítulos. O primeiro capítulo apresenta uma primeira aproximação aos canais de denúncia, realizada a fim de conceber melhor o objeto de pesquisa. A aproximação consistiu na descrição dos canais passíveis de denúncia de violência obstétrica, além de apresentar revisão bibliográfica e documental para estabelecer concepções preliminares do que é um canal de denúncia.

O segundo capítulo parte dos relatos das experiências das mulheres que vivenciaram a violência obstétrica, obtidos por meio dos grupos focais. O grupo consolidou posições sobre formas de violências obstétricas presentes no município de Ponta Grossa/PR, suas percepções sobre os canais e sobre as melhorias necessárias no atendimento às possíveis denúncias.

O terceiro capítulo trata sobre rede e intersetorialidade, passando por uma explanação acerca da temática e de como seria importante a existência de uma rede de proteção às mulheres em situação de violência obstétrica. Na sequência, são apresentadas as entrevistas realizadas com os agentes que atuam nos canais de denúncia em Ponta Grossa/PR.

Discute-se sobre como funcionam os canais de denúncia, sobre o modo como esses canais interagem entre si e com outros setores da saúde, da assistência e da justiça. O foco foi entender se existe uma rede de proteção às mulheres em situação de violência obstétrica e quais os principais limites que a atual organização do atendimento apresenta. Para tanto, foram explorados os resultados das entrevistas em articulação com a literatura que debate concepções de rede e intersetorialidade.

Por fim, no quarto capítulo, foram analisados e confrontados os dados produzidos nos momentos anteriores e apontadas possíveis articulações para a melhoria dos serviços e as possibilidades para implementação de uma rede de atendimento às mulheres que querem denunciar situações de violência obstétrica.

A estrutura adotada no relato privilegia o percurso empírico, entendendo este como basilar para a produção de dados e conceitos a partir da metodologia escolhida. Sob a forma de convite, a exploração do caminho se descortina a cada etapa, tramando as descobertas a conceitos, em busca de respostas que visem informar e garantir o direito das mulheres a um ciclo gravídico-puerperal digno e livre de toda violência. Ou, ao menos, para garantir o direito de elas poderem denunciar a violência que sofreram.

1 CANAIS DE DENÚNCIA

1.1 PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AOS CANAIS DE DENÚNCIA

- Delegacia da Mulher, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não.
- Mesmo sendo uma violência contra a mulher?
- Sim, pois não é violência doméstica; aqui só trabalhamos com violência doméstica.

Assim foi a primeira ligação realizada para minha aproximação aos canais de denúncia. Foi bastante frustrante. O plano era ligar, me colocando no lugar de uma mulher que sofreu violência obstétrica, para todos os possíveis canais de denúncia listados, fazendo a mesma pergunta padrão a todos, questionando se ali era possível denunciar um caso de violência obstétrica.

Os eventuais canais foram elencados por meio de pesquisa empírica, sendo que a lista foi feita a partir de diálogos com outras pessoas, especialmente mulheres, com base em seus conhecimentos prévios e nas opiniões manifestas sobre onde seria o local correto para fazer uma denúncia desse tipo de situação.

Ademais, houve intermitente pesquisa em *sítes* e redes sociais de movimentos de mulheres, de ativistas digitais que discutem violência obstétrica e de pesquisadoras da temática. Soma-se a essas táticas, a permanente revisão da literatura nacional e internacional.

A lista apresenta os seguintes canais para denúncia: Delegacia da Mulher, Defensoria Pública, Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Conselho Municipal de Saúde, Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, Ouvidoria da Regional de Saúde, Conselho Regional de Medicina, Conselho Regional de Enfermagem, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Ouvidoria do Plano de Saúde e os Serviços de Atendimento da Instituição de Saúde: ouvidoria, psicólogo e assistente social.

A partir daí foi feito um estudo acerca desses canais, com base nas respostas obtidas por meio das ligações, realizadas por telefone celular. As chamadas, anotadas em diário de campo, foram todas bastante rápidas, já que seguiam a mesma pergunta padrão e acabavam após a resposta obtida, quando não estendidas com informações por parte dos atendentes.

Após o primeiro contato, continuei com as ligações, agora para um lugar citado pelas mulheres na exploração inicial e encontrado nas buscas da internet. Existe inclusive uma cartilha da Defensoria Pública do Paraná indicando o local como canal para receber denúncias de violência obstétrica.

- Defensoria Pública, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não, aqui não trabalhamos com isso e não sei onde você teria que ir. Você já registrou boletim de ocorrência?
- Não.
- Não gostaria de fazer? Acho que poderia se informar lá.

Outra ligação frustrada. Me desapontou a informação errada no material veiculado. Ainda, o atendente com quem conversei apenas disse que deveria ser feito boletim de ocorrência, sem maiores indicações de onde ou como isso poderia ser feito.

As duas primeiras ligações decepcionaram, tanto pela negativa na realização da denúncia como pelo fato de não apontarem o caminho a ser seguido efetivamente. Passei, então, para o próximo local da minha lista.

- Ministério Público Federal, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não sei se é competência nossa, mas você pode fazer a representação online ou pessoalmente e aí será analisada, se é ou não nossa competência.

Após essa ligação, uma pequena esperança, pois ali poderia ser um canal de denúncia, já que não houve uma negativa de pronto. Porém, chega a ser paradoxal imaginar uma mulher que acaba de passar por uma situação de violência obstétrica, potencialmente abatida pelas dificuldades do puerpério, ouvindo que um órgão público desconhece suas próprias competências. Aumentam as possibilidades de ela ser desencorajada a seguir com o seu objetivo. Partindo para o próximo item da lista, a ligação foi uma surpresa.

- Ministério Público Estadual, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Eu acho que é, vou transferir a ligação.

(O atendente transferiu a ligação para outra pessoa, para quem repeti a pergunta.)

- Central de atendimento, boa tarde!

- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Sim, é possível fazer aqui sim. Foi no SUS?
- Sim. (Resposta fictícia apenas para dar andamento ao atendimento.)
- A senhora fez denúncia na Ouvidoria?
- Não. (Resposta fictícia apenas para dar andamento ao atendimento.)
- É possível fazer aqui sim, vindo pessoalmente, mas sugiro que também faça na Ouvidoria para gerar protocolo, isso te ajuda e agiliza. Se foi no Município, é a Ouvidoria da Prefeitura e se foi em serviço do Estado, na Ouvidoria da Regional de Saúde.

(Em seguida o atendente passou o horário de atendimento ao público e o endereço do Ministério Público Estadual.)

Esse atendimento tão completo e prestativo estimulou a continuidade das ligações. A indicação do atendente foi de ligar na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde ou na Ouvidoria da Regional de Saúde, exatamente meus próximos contatos. Todavia, enquanto na tentativa de contato com a primeira a linha se encontrava ocupada, na ligação para a última o telefone chamava, chamava até a ligação cair, sem atendimento.

Desse modo, sem poder seguir com a orientação fornecida pelo atendente, o que provavelmente seria a ação da mulher em busca da denúncia, optei por seguir com os telefonemas para os contatos da minha lista, de modo que o próximo contato foi para o Conselho Municipal de Saúde.

- Conselho Municipal de Saúde, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não, é na Ouvidoria.

Novamente a indicação foi de que a denúncia deveria ser realizada na “Ouvidoria”, embora não tenha sido indicada qual delas especificamente. Contando com as informações previamente oferecidas pelo Ministério Público, bem como com as informações do levantamento empírico, resolvi ligar novamente para todas as ouvidorias citadas, iniciando pela Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde. Desta vez, consegui o atendimento.

- Ouvidoria Municipal, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Sim, é aqui mesmo. Preciso saber os dados da paciente, o dia, o serviço e o que aconteceu.

Após as diversas tentativas sem sucesso, fosse pela falta do atendimento ou pelas negativas, outra resposta positiva trouxe ânimo para o caminho que estava seguindo na pesquisa. Imaginei quantas mulheres não desistem no meio da jornada, ao encontrar diversas portas fechadas.

A ligação para a Ouvidoria da Regional de Saúde foi muito mais complicada. Foram cinco tentativas em dias e horários diferentes, todas dentro do expediente anunciado, entre 9h e 17h, até conseguir atendimento.

- Ouvidoria da 3ª Regional, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Sim, pode ser aqui ou pelo *site*, de forma anônima. Lá é necessário colocar todas as informações possíveis, principalmente se for anônimo, para evitar rejeição.

Depois das diversas investidas até ser atendida, a resposta ocasionou certo aborrecimento, já que também não houve indicação de quais seriam “todas as informações possíveis”, se haveria algumas informações básicas indispensáveis para o prosseguimento da denúncia ou o que realmente seria necessário, fosse para as denúncias anônimas ou não, a fim de evitar a “rejeição” indicada pelo serviço. Já não foi fácil conseguir esse atendimento, então acabar tendo a denúncia rejeitada pela falta de alguma informação ou requisito que poderia ser transmitida durante essa comunicação seria uma falha muito grave por parte do canal.

Do mesmo modo, houve grande dificuldade no contato com a Ouvidoria do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, a maternidade de referência da região. Foram realizadas diversas tentativas sem sucesso, variando os dias e horários, sempre dentro do expediente, das 9h às 18h. Mesmo buscando outros telefones para contatar a ouvidoria, as tentativas seguiram infrutíferas.

Pelo *site* do Hospital Universitário, além de um dos números ter resultado em tentativas frustradas, há um formulário eletrônico de contato e um telefone alternativo, da Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, com a informação de que ligando para ela, seria identificado o município de origem da ligação, com o posterior direcionamento para a Ouvidoria Regional de Saúde a que o município pertence.

Ponta Grossa/PR é uma cidade que fica a 115 km de Curitiba, a capital do Estado, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 358.838 habitantes em 2021, sendo a quarta maior cidade do Paraná em

termos de população. Seu PIB per capita é de R\$43.253,34, é considerada uma cidade de alto índice de desenvolvimento humano municipal IDHM (0,763) e possui índice de mortalidade infantil de 13,01 óbitos por mil nascidos vivos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021). Ainda, seu índice de GINI mais recente é de 0,5437, de acordo com os dados publicados no DATASUS (BRASIL, 2021). Quanto à estrutura dos serviços de saúde públicos em saúde, oferece serviços de média complexidade, com atendimentos na atenção primária, secundária e terciária.

Além do hospital de referência SUS, que é o hospital universitário, há outras duas maternidades que atendem de forma privada na cidade¹. Para o plano de saúde e para o hospital privado a ouvidoria era a mesma, já que o hospital pertence ao plano, porém não foi possível contato, pois em todas as vezes que liguei a chamada era interrompida antes que alguém atendesse.

Dentro do hospital, além da ouvidoria, alguns profissionais foram indicados como possíveis canais para receber denúncias desse tipo de situação, em especial para quando as mulheres ainda estão nesse ambiente, caso dos assistentes sociais e psicólogos. Todavia, a ouvidoria seria o canal de atendimento direto e efetivo à população a qualquer tempo.

Para o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, as primeiras tentativas também foram frustradas. Todavia, quando a ligação foi atendida, veio a surpresa: o telefone do Conselho que constava no *site* da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa estava errado e não sabiam informar qual seria o correto.

Essa situação causou uma sensação de revolta, já que um veículo da Prefeitura como o *site* oficial não poderia passar dados errados aos cidadãos. Qualquer pessoa que busque determinado dado ou telefone presume como correto o que está ali exposto, já que a informação é proveniente do diretamente do próprio órgão público.

Em seguida, a ligação foi para o Conselho Regional de Medicina, com rápido atendimento:

- Conselho Regional de Medicina, boa tarde!

¹ Até o ano de 2016, havia um convênio com um hospital privado para atendimento pelo SUS e, a partir de 2016, com o fechamento desse hospital privado em decorrência da CEI das Maternidades da Câmara Municipal de Ponta Grossa, o atendimento público passou a ser feito exclusivamente pelo hospital universitário.

- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Sim, é necessário vir pessoalmente trazer a denúncia por escrito, juntamente com a documentação que tiver.

Apesar de inicialmente promissora, considerando a agilidade no atendimento, ao contrário de algumas situações anteriores, a ligação foi desencorajadora ao especificar que a denúncia deveria ser feita pessoalmente e por escrito, tendo em vista a situação complexa do início da maternidade, bem como as possíveis dificuldades de locomoção até o local e até mesmo acerca do nível de escolaridade de muitas mulheres.

Ainda, foi feita uma tentativa de ligação para o Conselho Regional de Enfermagem a partir do telefone encontrado na internet. Todavia, a resposta imediata foi uma gravação informando que o número chamado não existe. Com uma busca na página do Conselho, verificou-se que ali não havia qualquer telefone para Ponta Grossa e, em contato com a sede em Curitiba, a explicação foi de que não há mais uma sede física no município pela proximidade com a capital, de modo que eventuais denúncias daqui deveriam ser feitas pela Ouvidoria em Curitiba.

Assim, após ligar para todos os locais listados como possíveis canais de denúncia que teriam sede em Ponta Grossa, o próximo passo foi ligar para outros canais que, apesar de não estarem situados no município, também podem ser alternativas para denunciar.

No ano de 2018, foi criada no Paraná a Lei Estadual nº 19.701/2018, que dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente. Nas buscas pela internet, durante a procura por canais de denúncia, a lei foi um dos resultados encontrados, já que estabelece alguns locais onde poderiam ser realizadas as denúncias pelo seu descumprimento.

Os canais elencados na norma são ouvidorias da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social ou da Secretaria de Estado da Saúde, no Ministério Público Estadual ou através do disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária.

A primeira ligação realizada para canal de denúncia do texto legal foi para a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA, por meio de um telefone 0800 indicado no *site* da própria secretaria – mesmo telefone indicado no *site*

do Hospital Universitário para uso em caso de impossibilidade de contato com a Ouvidoria do Hospital.

- Ouvidoria da Saúde, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- De que cidade?
- Ponta Grossa.
- Pode ser, mas aqui caiu na 5ª Regional de Saúde por causa do seu DDD, já que de Ponta Grossa e de Guarapuava é o mesmo, o 42. Posso fazer, mas vai demorar porque vou encaminhar para Curitiba, que daí vai encaminhar para Ponta Grossa. Minha recomendação é que você refaça a ligação de um telefone fixo, aí vai cair na 3ª Regional de Saúde e você pode fazer sua denúncia.

Essa situação foi muito frustrante, já que nem no *site* da SESA e nem no *site* do Hospital Universitário constava qualquer informação de que a ligação deveria ser feita apenas de telefone fixo para que pudesse ser efetivada. Ao colocar em funcionamento esse tipo de sistema, deveria ser levada em consideração a situação das diversas pessoas que não possuem telefone fixo.

Além disso, a recomendação foi de ligar novamente de um telefone fixo, embora fosse possível a transferência da ligação para a da 3ª Regional de Saúde pelo atendente, poupando a necessidade de ligar de outro tipo de linha, já que ao final a ligação seria encaminhada para lá.

Em seguida, a ligação foi para a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social. Ao buscar pelo nome da secretaria na internet, o primeiro resultado foi de um endereço e um telefone para contato, para o qual realizei a ligação.²

- Ouvidoria, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não é competência nossa, é da Secretaria da Saúde.

Essa resposta causou, ao mesmo tempo, irritação e inquietação, já que é inconcebível um local possuir competência prescrita por Lei e a desconhecer. Me

² Em ligação posterior, o atendente informou que com a mudança no Governo Estadual pelas eleições do ano de 2018, a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social foi absorvida pela atual Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho – SEJUF, sendo que as competências da anterior passaram a ser responsabilidade desta. Pesquisando por Ouvidoria da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social na internet, os resultados encontrados atualmente indicam a Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho.

questionei se, ao desconhecer suas próprias atribuições, os atendentes teriam habilidade para realizar o atendimento a alguém que de fato buscasse realizar a denúncia.

Finalizando as ligações telefônicas para os locais de denúncia listados na legislação estadual, o próximo contato foi com o disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária do Paraná, onde rapidamente fui atendida.

- 181, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Sim, pode ser feita aqui mesmo. Vou precisar de detalhes do que aconteceu.

Após terminar essas chamadas, decidi contatar também outros possíveis canais disponíveis além da limitação territorial do município e da legislação existente, os quais também foram apontados na exploração inicial empírica, a fim de descobrir novas possibilidades. Os locais citados foram a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, a Central de Atendimento à Mulher e a Ouvidoria-Geral do SUS.

Assim, a ligação seguinte foi realizada para a ouvidoria da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a agência que regulamenta o mercado de planos de saúde privados.

- Ouvidoria, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Depende, se for contra a operadora do plano, é sim. Mas tem que ser contra a operadora do plano.

No contato com o Conselho Estadual de Saúde do Paraná, a ligação foi transferida algumas vezes até chegar ao funcionário que poderia prestar as informações solicitadas.

- Conselho Estadual de Saúde, boa tarde!
- Boa tarde! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- Não, é na Ouvidoria, mas não sei o telefone. Liga novamente e pede o telefone ou pede para transferir para a Ouvidoria.

A chamada seguinte foi realizada para a Central de Atendimento à Mulher, sendo que, de acordo com a publicação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – MMFDH (BRASIL, 2020, p. 10):

[...] a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, com atendimento humanizado, recebe denúncias de violência, providenciando o seu registro, acolhimento, tratamento e encaminhamento. Além disso, o Ligue 180 tem o papel de disseminar informações voltadas para a proteção e promoção dos direitos da mulher.

A chamada para a Central de Atendimento à Mulher é realizada para o número 180, mas não é possível a partir de telefones celulares. Durante todas as tentativas efetuadas, a resposta era imediata, com uma gravação informando que o número chamado não existe.

Algo semelhante ocorreu na tentativa de ligação para a Ouvidoria-Geral do SUS, por meio do número de telefone 136, nas quais a resposta imediata era uma gravação informando que a discagem estava incorreta. Após meses de tentativas, nas quais a situação se repetia, em uma ligação posterior a chamada foi finalmente completada.

- Ouvidoria, boa noite!
- Boa noite! Gostaria de fazer uma denúncia de violência obstétrica, é aí que posso fazer?
- É aqui sim. A senhora gostaria de se identificar ou não?

Não se sabe exatamente o que houve ou quais as modificações realizadas pelo canal que possibilitaram o atendimento por ligação via telefone celular, porém trata-se de um avanço importante para facilitar o suporte e a assistência aos usuários do SUS. Ainda assim, as tentativas anteriores sem sucesso ainda são ponto importante de discussão, já que durante muito tempo não foi possível buscar o auxílio ali.

Tudo isso, bem como o atendimento obtido pela Ouvidoria da SESA, demonstra um grave problema nos atendimentos, posto que, no atual momento vivido, muitas pessoas não têm telefone fixo, possuindo apenas aparelho celular, bem como

que telefones públicos já não são encontrados com facilidade³. Assim, questiona-se como ficam os atendimentos para uma parcela significativa da população.

Ao fim desse percurso, após uma aproximação inicial ao campo, onde foi experienciada e explorada a vivência empírica das mulheres que buscam atendimento para denunciar situações de violência obstétrica, foi possível confrontar as definições de cada um dos canais com a experiência de contato realizada.

1.2 CANAIS DE DENÚNCIA: DISCUSSÃO DE UM CONCEITO

Apesar de não ser difícil compreender do que se trata quando se fala em canais de denúncia, localizar conceitos ou definições sobre eles não é tarefa simples. Após levantamento bibliográfico nas plataformas SciELO, Web of Science, Scopus, Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, PubMed e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, a partir dos termos “ombudsman” e “canais de denúncia” em português e inglês, os resultados encontrados não foram satisfatórios, pois explicam apenas em parte o sentido buscado por essa pesquisa.

Atualmente, a expressão “canais de denúncia” é muito utilizada na discussão do sistema de gerenciamento de diretrizes e controles internos (*compliance*) (PERERA; FREITAS; IMONIANA, 2014; ESPÍN, 2017; SILVA; SOUSA, 2017). Nesse sentido, “o canal de denúncia se apresenta como uma das ferramentas eficazes na recepção das comunicações de atos indevidos, tanto no setor público como no setor privado, [...]” (SILVA; SOUSA, 2017, p. 47).

Ao trabalhar canais de denúncia de casos de violência obstétrica, o sentido tratado é um pouco diferente. Não foram encontrados trabalhos que descrevam os canais de denúncia na acepção aqui desenvolvida, de modo que as definições geralmente retratam conforme acima citado, como mecanismos institucionais de prevenção à corrupção e aos ilícitos.

Ainda, é possível encontrar uma exposição sobre canais de denúncia com a essência discutida nesta pesquisa pela definição do *ombudsman* da instituição ou do órgão. Ao tratar do tema, Albuquerque (2018, p. 329) expõe que “o ombudsman de

³ Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2020) indicam que, entre 2017 e 2018, houve um aumento no percentual de pessoas com celular próprio de 78,2% para 79,3%, alcançando 82,9% nas áreas urbanas e a 57,3% nas rurais, enquanto a proporção de domicílios com telefone fixo caiu de 31,6% para 28,4% no mesmo período.

paciente é quem apura as queixas do paciente, com o objetivo de garantir seus direitos e incrementar a qualidade da saúde.” Verifica-se, assim, que o ombudsman aqui é tratado de forma mais ampla do que como sinônimo de ouvidoria.

Todavia, o que mais se aproxima do conceito de canais de denúncia buscado por meio desta pesquisa são as descrições esparsas sobre cada um destes durante a revisão de literatura, em textos e trabalhos que os analisam individualmente, já que não é possível verificar um significado unificado com a acepção analisada.

Desse modo, é preciso buscar um conceito mais amplo para canais de denúncia, que inicialmente pode ser a estrutura pela qual podem ser realizados relatos ou denúncias de abusos, desrespeitos, maus-tratos e atos ilícitos. Ainda, os canais de denúncia podem ser compreendidos como meios pelos quais o indivíduo pode efetuar o registro de reclamações na ocorrência de irregularidades ou violações de seus direitos, com o objetivo de buscar respostas.

São mecanismos de participação, atendimento e encaminhamento, funcionando como interlocutores entre as pessoas e as entidades, com a finalidade de receber demandas, apurá-las e, caso necessário, empreender ações para modificar, solucionar ou aperfeiçoar suas ações e práticas.

Esses instrumentos pelos quais as pessoas podem realizar denúncias e buscar atendimento às suas reivindicações foram se desenvolvendo ao longo do tempo, especialmente com o aumento da participação popular nas diversas esferas da sociedade.

Historicamente, a necessidade de aprimorar e fiscalizar o trabalho da Administração Pública acarretou a criação, na Suécia, por volta do século XVIII, da figura do *Högste Ombudsmannen*, termo de origem germânica que significa representante, procurador, defensor do povo, o qual foi evoluindo ao longo do tempo, passando pelo *Justitieombudsman*, até se transformar em *Ombudsman*, como conhecido até hoje (AMARAL FILHO, 1993; FUGA, 2003; PEREIRA, 2007; DE MARIO, 2011a). O levantamento bibliográfico realizado leva a crer que este provavelmente se tratou do primeiro canal de denúncia reconhecido.

Esse instituto consolidou-se, ao longo do século XX, como meio de defesa dos direitos individuais e coletivos, com implementação na Europa e, posteriormente, na América Latina (DE MARIO, 2011b).

A primeira proposta de instituição nestes moldes no Brasil ocorreu em 1823, com forte influência sueca. A partir da década de 1960 foram se estabelecendo

organizações de interesse da população local, despontando a partir dos anos 1970, como enfrentamento à situação política e expandindo-se após a promulgação da Constituição de 1988 (DE MARIO, 2011b). Bastos (2006, p. 26) aduz que

A consolidação da democracia no Brasil, especialmente após a Constituição de 1988, estabeleceu canais de comunicação entre as instituições e os cidadãos que facilitaram a circulação das informações, aumentaram a conscientização da população em relação ao exercício de seus direitos junto à administração pública, ampliaram os mecanismos de controle e permitiram a transparência indispensável ao desempenho e aperfeiçoamento do regime democrático.

E embora as ouvidorias sejam institutos específicos, os canais de denúncia não precisam ser, necessariamente, criados unicamente para esse fim. Na realidade, podem ser entidades com outras funções principais que possuam, de alguma forma, competência em sua organização para esse tipo de atendimento no exercício de suas atribuições. Silva e Sousa (2017, p. 47) alertam que, “contudo, para ser eficaz o canal de denúncia necessita de um sistema institucionalizado de recepção e proteção ao denunciante.”

Albuquerque (2018, p. 329) destaca a importância dos canais para a mudança do panorama na questão da saúde:

Reclamações e sua apuração são instrumentos significativos para mudar a cultura da saúde; contudo, não é tarefa expedita convencer profissionais de que precisam alterar sua forma de tratamento. O convencimento é mais fácil quando o ombudsman lança mão de evidências científicas e informações da prática clínica.

Desse modo, além de receber e processar reclamações individuais, deve ter ferramentas que o permitam colher informações sobre eventos adversos e analisá-los com os profissionais de núcleos ou unidades hospitalares, com vistas a enfrentar suas causas. Por isso é necessário que o ombudsman busque padrões de problemas nos casos individuais, a fim de detectá-los e propor mudanças sistêmicas.

Em muitos casos, é justamente esse sistema o principal problema, vez que se encontra fragmentado ou mesmo sequer existe, de modo que o encaminhamento das solicitações recebidas acaba sendo prejudicado. Outras vezes a questão é o próprio desconhecimento da competência dos canais para esse tipo de atendimento, o que dificulta o acesso e a assistência.

Na sequência apresento brevemente os possíveis canais aptos a receberem denúncias de casos de violência obstétrica encontrados em Ponta Grossa/PR, com

sua descrição encontrada na literatura e a eventual competência para a acolher e encaminhar essas denúncias.

1.2.1 Ouvidorias

Diante do exposto, é possível considerar que as ouvidorias foram os primeiros canais de denúncia criados, e têm por função de receber as reivindicações e reclamações do povo, permitindo o acesso ao Estado pela população.

Para Fornazaro e Sampaio (2011, p. 26), “a concepção de uma Ouvidoria indica que sua vinculação ou posição hierárquica deve ter autonomia e independência para se consolidar como uma ferramenta de gestão e mediação de conflitos.” Assim, uma ouvidoria fortalecida terá papel fundamental na resolução de questões importantes, posto que, em todos os setores e esferas, as ouvidorias objetivam a defesa dos direitos daqueles que as procuram (DE MARIO, 2011a).

Como destaca Bastos (2006), a ouvidoria consiste em um sistema de atendimento que não se resume a receber reivindicações e denúncias, sendo também instrumento no processo de implantação de políticas públicas e na delimitação de parâmetros e diretrizes de gerenciamento e suporte ao relacionamento com o público, bem como auxiliando no direcionamento dos esforços para melhorias.

De acordo com o guia da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b, p. 30-31)

As Ouvidorias são o canal de acesso e comunicação direta entre a instituição e o(a) cidadã(o). É um espaço de escuta qualificada, que procura atuar por meio da articulação com outros serviços de ouvidoria em todo o país, encaminhando os casos que chegam para os órgãos competentes em nível federal, estadual/distrital e municipal, além de proporcionar atendimentos diretos.

Ampliando a voz dos indivíduos ao abrir espaço para diálogo, o papel das ouvidorias representa um estreitamento do relacionamento entre a população e o Estado, a fim de garantir seu protagonismo e possibilitar que estes possam acioná-lo para expor as ineficiências em suas políticas e prestações e viabilizar maneiras de corrigi-las. Nas palavras de Marcelino e Barreiro (2017/2018, p. 10):

As Ouvidorias brasileiras protagonizam um modelo único e diferenciado de atuação. Sua essência visa estabelecer pontes e, por meio da amplificação

do diálogo e da busca da justiça social, aproximar e aprimorar cada vez mais as relações entre os cidadãos e as instituições públicas e privadas.

Dentro desse mecanismo de atendimento às demandas, “o Ouvidor assume um papel de agente de mudanças e de promotor de justiça social, assegurando direitos, mediando conflitos e estimulando a participação do cidadão e consumidor nas decisões e rumos das instituições” (FORNAZARO; SAMPAIO, 2011, p. 26).

A atuação desse canal de denúncias, possui alguns problemas, entre os quais a resolução das reclamações recebidas, uma vez que nem sempre é possível dirimi-las verdadeiramente, ou seja, nem sempre a solução do protocolo é a solução do problema que está por trás dele (DE MARIO, 2011a, p. 54).

Todavia, De Mario (2011a) ressalta que, apesar desse dilema, é muito importante que as demandas existentes sejam levadas às ouvidorias, já que, dessa forma, é possível compreender melhor a ocorrência dos problemas, a extensão destes e, a partir disso, buscar formas de resolvê-los.

Para isso, “é primordial que as Ouvidorias contem com uma equipe cuidadosamente selecionada, capacitada e treinada para que seja capaz de controlar e propor novas formas de ações visando melhora administrativa e trabalhar na garantia dos direitos sociais” (DE MARIO, 2011b, p. 41).

Albuquerque (2018, p. 329) ressalta que, no contexto da saúde,

A qualificação do ombudsman pressupõe treinamento em questões jurídicas e na apuração de reclamos a serem levados ao poder judiciário, bem como em assuntos pertinentes ao contexto clínico. Quanto a suas atribuições, é importante que tenha poder suficiente para assegurar a credibilidade de sua atuação e a observância de sua posição. Também é essencial que tenha acesso a todos os registros e possa exigir legalmente a observância da reclamação de todos os atores envolvidos. Em suma, seu papel central é apoiar, servir e proteger o paciente individualmente

O papel das ouvidorias é o de prestar suporte e assistência aos cidadãos, como porta de comunicação e instrumento de participação, embora esses canais apresentem contradições, que por falta de estrutura e de cultura democrática costumam apresentar dificuldades no atendimento às pessoas que buscam por soluções.

Nesta pesquisa, foram abordadas as seguintes ouvidorias: a Ouvidoria da Secretaria Municipal da Saúde, da Regional de Saúde, do plano de saúde, das

instituições de saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social.

1.2.2 Defensoria Pública

A Lei Complementar nº 80/1994, que organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização, foi alterada pela Lei Complementar Federal nº 132/2009, ampliando seus propósitos.

Com isso, constitucionalmente a Defensoria Pública é considerada instituição essencial ao Estado Democrático de Direito, para a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos, em todos os graus, judicial e extrajudicialmente, sendo também função essencial à justiça (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, Nery Junior e Nery (2013, p. 124) conceituam a instituição:

A Defensoria Pública é o serviço público institucionalmente destinado a prestar aos necessitados a assistência jurídica capaz de permitir o acesso de todos à justiça e de resguardar e garantir o direito de todos à ampla defesa, com o objetivo que se viabilize o direito fundamental de todos quantos não tiverem recursos à assistência jurídica integral e gratuita.

Para Galliez (2010), trata-se de um instrumento de referência da representação e da proteção das garantias individuais e coletivas, cuja conotação política lhe atribui papel interdisciplinar de agente para a difusão e conscientização dos direitos humanos e da cidadania.

Compreende-se que é função da Defensoria Pública salvaguardar os interesses de pessoas carentes, crianças e adolescentes, idosos, mulheres vítimas de violência, portadores de deficiência e outros grupos vulneráveis, sendo possível conceber que a atuação do Defensor Público foi pensada como elemento de transformação social (GALLIEZ, 2010).

No Paraná, a Lei Complementar Estadual nº 136/2011 estabelece e dispõe sobre o funcionamento da Defensoria Pública no Estado. Dentre as diversas funções institucionais encontradas no artigo 4º, inciso XVI, está a atuação na preservação e reparação dos direitos de pessoas vítimas de tortura, abusos sexuais, discriminação ou qualquer outra forma de opressão ou violência, propiciando o acompanhamento e o atendimento interdisciplinar das vítimas.

Há, inclusive, um Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, conforme estabelece o artigo 40, parágrafo 2º, inciso VI, da Lei Complementar Estadual nº 136/2011.

Assim, verifica-se o suporte legal para a competência da Defensoria Pública do Estado como um local onde as mulheres que sofreram violência obstétrica podem buscar apoio e atendimento. Nas palavras de Etienne (2019, p. 157)

Um órgão da Defensoria Pública que tenha por intenção prestar um bom serviço a população deve ser bem organizado. Imagine um órgão onde as pessoas que trabalham não sabem ao certo o que devem fazer, havendo uma constante dúvida a respeito de quem faz o que, quem responde a quem. [...] Evidentemente as coisas irão funcionar muito mal em um local como este.

Etienne (2019) ressalta, ainda, a necessidade de oferecer um atendimento de qualidade às pessoas, salientando que a preocupação com a gestão é fundamental para isso, bem como através da opinião dos usuários, a fim de que problemas básicos na assistência, como a competência, sejam evitados.

1.2.3 Ministério Público Estadual e Federal

O Ministério Público foi estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 127, como instituição permanente, sendo uma função essencial do Estado, incumbida da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a atuação institucional do Ministério Público possui uma função social fundamental que deve se pautar na proteção dos ideais democráticos e da sociedade.

Para Asensi (2010), é uma instituição dinâmica que visa a garantia e a efetivação de direitos, especialmente em relação aos que demandam a atuação do Estado, por meio de políticas públicas, para se concretizar, tendo em vista que não precisa ser provocado para atuar.

O Ministério Público no Brasil é constituído pelos Ministérios Públicos Estaduais e pelo Ministério Público da União, subdividido em Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Para a análise deste trabalho, interessam o Ministério Público Estadual e Federal.

Conforme o artigo 2º do Estatuto do Ministério Público Federal - MPF, a Lei Complementar Federal nº 75/1993, “incumbem ao Ministério Público as medidas necessárias para garantir o respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados pela Constituição Federal”

A mesma lei dispõe sobre as funções institucionais do Ministério Público da União, entre as quais está zelar pelo respeito efetivo dos Poderes Públicos da União e dos serviços de relevância pública quanto aos direitos constitucionalmente assegurados relativos às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1993).

Já o Ministério Público Estadual do Paraná - MPE, estabelecido e organizado conforme a Lei Complementar Estadual nº 85/1999, tem entre suas diversas incumbências, inclusive as constitucionais, a de zelar pela efetivação das políticas sociais referentes à saúde e a de promover a defesa dos direitos constitucionais do cidadão.

Ademais, diante da perspectiva trazida pela Constituição de 1988, a defesa dos interesses sociais que lhe compete, traz em seu bojo o combate às desigualdades. Segundo Silva (2018, p. 164), “em face dessa realidade, reconhece-se a importância do Ministério Público no combate à violência de gênero, despontando como órgão imprescindível na defesa de grupos minoritários e historicamente vulneráveis.”

Para Franco (2016), a atuação do Ministério Público pressupõe múltiplos canais de aproximação entre a instituição e a sociedade para ser efetiva, embora sejam verificados diversos desafios que precisam ser vencidos, de modo que essa instituição não deve ser idealizada, como se fosse capaz de resolver qualquer demanda, mas sim seguir na busca de soluções para superar as limitações.

No Paraná, a Lei Estadual nº 19.701/2018, que dispõe sobre a violência obstétrica e sobre direitos da gestante e da parturiente, estabelece que o Ministério Público Estadual é canal qualificado para o recebimento de denúncias em caso de seu descumprimento.

Trata-se de uma figura relevante no processo de consolidação e acompanhamento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência, agindo por meio de instrumentos legais para demandar a implementação e o fortalecimento de políticas nesse sentido (BRASIL, 2011b). O guia da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b, p. 56) dispõe que

A atuação do Ministério Público, na área de direitos humanos e, especialmente no que tange aos direitos das mulheres, deve se orientar pelo princípio da igualdade e pelo respeito à diversidade, à equidade, à laicidade do Estado, à universalidade das políticas públicas, à justiça social, à transparência dos atos públicos, à participação popular e ao controle social.

A atuação do Ministério Público Estadual na defesa dos direitos da mulher busca contribuir para dar visibilidade à violência de gênero e direciona o seu enfrentamento, com vistas a responder a uma demanda importante que a realidade exige (SILVA, 2018).

A partir disso, constata-se a competência legal do Ministério Público, tanto Estadual como Federal, para a atuação no acolhimento e na assistência das vítimas de violência obstétrica. Com base nos atendimentos realizados durante a exploração inicial, nota-se que o MPE foi um dos poucos lugares que prestou um suporte de forma mais efetiva, enquanto o MPF prestou um atendimento deficitário.

1.2.4 Delegacia da Mulher

As Delegacias da Mulher, ou Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs, são unidades especializadas no atendimento das mulheres em situação de violência, com ações de caráter preventivo e repressivo, cujas atividades devem se pautar nos direitos humanos e pelos princípios do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 2011b). Para Costa (2015, p. 35)

A Delegacia da Mulher se configura como uma política pública de segurança, sob a jurisdição do Estado, que compõe a estrutura da polícia civil. Ao ser criada, ela problematizou os significados acerca da violência contra a mulher, criminalizando-a e jogando-a para a arena política.

Sua criação simboliza que o Estado reconhece a violência contra a mulher como uma questão social que necessita de um enfrentamento por meio de uma atuação incisiva de políticas públicas, de modo que essa constatação é muito importante para a sua efetivação.

Segundo a Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, as mulheres em situação de violência de gênero são sujeitos de direitos que merecem atenção e acolhimento por parte da equipe, seja qual for a violência sofrida (BRASIL, 2010). A normativa afirma que

Todas as mulheres vítimas de violência de gênero são as beneficiárias diretas das DEAMs, em face da especialização de seus serviços. Por isso, as condutas violentas não se resumem aos crimes de violência doméstica e familiar previstos na Lei Maria da Penha. (BRASIL, 2010, p. 30)

Da mesma forma, o guia da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b, p. 61) estabelece que “é importante ressaltar que, embora a Lei Maria da Penha trate dos crimes relacionados à violência doméstica e familiar, a atribuição investigativa da DEAM não se limita a esses crimes.”

Todavia, apesar da norma técnica esclarecer que sua atuação deve ser ampla diante do fenômeno da violência de gênero, em sua criação no Estado do Paraná, por meio do Decreto Estadual nº 6.665/1985, houve uma limitação das competências e, com isso, da interpretação do que seria violência contra a mulher. Pelo texto legislativo, as Delegacias da Mulher no Paraná devem atuar contra violência doméstica e familiar e violência sexual (PARANÁ, 1985).

No Município de Ponta Grossa, a criação da Delegacia da Mulher ocorreu pelo Decreto 11.872, de 11 de agosto de 2014, sendo que as suas competências seguem as mesmas da norma geral estadual.

Assim, o que se verifica é que, embora a violência obstétrica seja uma forma de violência contra a mulher, não está compreendida nos atendimentos realizados pela Delegacia da Mulher no Paraná pelas normativas existentes. Todavia, em Estados como Goiás, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro, as denúncias são recebidas nessas Delegacias⁴, atendendo melhor às dimensões biopsicossociais da mulher ao compreender a violência de gênero de forma menos restrita.

1.2.5 Conselhos Municipais

O desenvolvimento da sociedade e a consolidação da democracia acarretaram uma maior participação popular no debate, nas decisões e nas ações de interesse coletivo, resultando em novas formas de atuação do povo junto ao Poder Público, dentre as quais os Conselhos Municipais (LEAL; ERTEL, 2018).

O intuito é funcionar como espaço público de interação entre Estado e sociedade, com o estabelecimento de um diálogo que visa o exercício da cidadania e

⁴ Foram realizadas ligações para quase todas as capitais dos Estados brasileiros questionando se as Delegacias da Mulher naquele local recebem denúncias de situações de violência obstétrica, exceto Maranhão e Pará, com as quais não foi possível estabelecer contato.

a construção de uma comunidade que evolui e se transforma, através da inclusão social e da participação democrática.

Todavia, é preciso pontuar que seu desempenho depende de diversos fatores e, muitas vezes, são encontrados diversos problemas que dificultam seu funcionamento de maneira completa ou mesmo satisfatória (LUIZ, 2007).

Leal e Ertel (2018, p. 7-8) sustentam que “neste contexto, o fortalecimento da sociedade civil por meio dos Conselhos se dá somente quando o espaço processa as demandas dos cidadãos de modo a torná-las efetivamente políticas públicas que venham a orientar as ações do governo [...]”.

É nesse sentido que os Conselhos Municipais podem ser reputados como canais de denúncia, na medida em que possuem competência para receber reivindicações e queixas, para que, dentro de sua dinâmica, essas possam ser analisadas e ações possam ser realizadas no intuito de solucioná-las. No Município de Ponta Grossa/PR, o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher foram analisados para esta pesquisa.

Nos termos da Lei Federal nº 8.142/1990, os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo (Federal, Estadual e Municipal), compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Em Ponta Grossa/PR, a Lei Municipal nº 4.658/1991 institui o Conselho Municipal de Saúde como órgão colegiado de caráter permanente, com funções deliberativas, de assessoramento, fiscalizadoras e consultivas nas questões referentes às ações e serviços municipais de saúde.

Dentre suas competências, estão atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política, das ações e serviços públicos de saúde; participar do planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços públicos municipais de saúde; e supervisionar e fiscalizar as ações oriundas do Sistema Único de Saúde (PONTA GROSSA, 1991).

Já o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher tem como finalidade a busca por soluções compartilhadas para a garantir plenitude dos direitos das mulheres por meio da interlocução junto ao Poder Público e à comunidade, devendo estar aberto à participação e ao amplo debate (PARANÁ, 2014).

No Município de Ponta Grossa, o Conselho foi instituído pela Lei Municipal nº 13.540/2019 como órgão colegiado, permanente, paritário, de caráter consultivo, supervisor, controlador e fiscalizador da Política Municipal dos Direitos da Mulher.

Tem como objetivos promover uma política global visando eliminar as discriminações que atingem a mulher, possibilitando a sua integração e promoção como cidadã em todos os aspectos da vida econômica, social, política e cultural; criar instrumentos que permitam a organização e mobilização da mulher; firmar acordos concernentes aos interesses da mulher; e assessorar a administração municipal com relação às ações inerentes à mulher (PONTA GROSSA, 2019).

Esse conselho, ainda que apenas consultivo, possui diversas atribuições, entre as quais está fazer proposições com o objetivo de aperfeiçoar a legislação pertinente e deliberar, controlar, acompanhar e fiscalizar a política dos direitos da mulher, bem como zelar por sua aplicação (PONTA GROSSA, 2019).

A concepção dos Conselhos Municipais é que estes sejam espaço de debates e encaminhamento de discussões e demandas, como locais de construção democrática de participação. Contudo, na prática é possível constatar que nem sempre esses objetivos são efetivados, como evidenciado durante a exploração inicial, quando a atuação como canal de denúncia, ainda que possível dentro de suas competências, não foi indicada como possível.

1.2.6 Serviços de Atendimento da Instituição de Saúde

O hospital possui um sistema interno para a realização de denúncias, reclamações, sugestões e elogios, de modo que seus serviços de atendimento formam uma rede intrasetorial. Esses serviços são a ouvidoria do hospital, que já foi discutida acima, o psicólogo e o assistente social, sujeitos estratégicos que ocupam espaços que fazem parte da rede que serão analisados a seguir.

1.2.6.1 Psicólogo do hospital

A origem do trabalho do psicólogo no hospital é encontrada no final do século XIX, diretamente vinculado à área médica, cujos estudos combinavam aspectos de diversos ramos (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1998). O espaço para sua atuação se deu à medida em que a concepção de saúde foi compreendida de forma mais ampla,

ao contemplar as particularidades e necessidades do ser humano, a fim de entendê-lo em sua totalidade, de modo que foi possível a esses profissionais desenvolver um atendimento preparado para oferecer uma assistência completa (CAMARGO, 2012).

Com os programas de humanização implantados na busca pela construção de um novo modelo de atendimento, pautado na integralidade, houve a reorganização das práticas a fim de garantir os direitos dos usuários. Com isso, o papel dos psicólogos hospitalares também foi ampliado, de modo que sua atuação passou a englobar outros saberes.

Ao tratar do trabalho dos psicólogos no atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, Alves (2019) expõe que

É de suma importância o papel do psicólogo auxiliando a mulher a lidar com estes contextos e reconhecendo seus sentimentos de forma legítima. Além de considerar que nem todo quadro apresentado pela mulher será necessariamente patológico, muitas vezes a questão é a adaptação ao novo momento, às dificuldades e, de novo, a desconstrução de uma idealização para que ela possa lidar com a realidade da maternidade.

É possível que, durante o atendimento e acompanhamento dos pacientes, o psicólogo seja receptor de críticas, elogios e reclamações, as quais podem ser encaminhadas aos setores responsáveis. Dessarte, de forma interdisciplinar, esse profissional recebe demandas e torna-se uma espécie de ouvidor. Como argumentam Carvalho, Santana e Santana (2009, p. 180-181)

O psicólogo não deve se restringir a trabalhar com os usuários dos serviços de saúde, mas deve também desenvolver atividades com a equipe de profissionais e demais funcionários desses serviços. O psicólogo no contexto da saúde, assim como o ouvidor, deve também trabalhar com informações.

Ainda, os psicólogos podem oferecer uma assistência fundamental nos casos de violência de gênero, ao ouvir e amparar as mulheres de forma articulada, contribuindo, inclusive, para a compreensão destas como vítimas e para seu fortalecimento (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

Para Almeida (2000), é importante que seu trabalho seja realizado de forma interdisciplinar para que possam levar adiante as demandas que chegam até ele. Muitas vezes o trabalho desses profissionais não é assimilado em toda sua capacidade, com muitas de suas aplicabilidades deixadas de lado, de modo que é por

meio de uma equipe multidisciplinar ativa e de uma intersectorialidade com fluxo dinâmico que essa função será desempenhada de forma apropriada.

1.2.6.2 Assistente Social do hospital

A assistente social na área da saúde integra um processo coletivo na prestação de serviços, ao desenvolver estratégias de ação e direcionar as demandas, buscando a implementação e a efetivação das políticas e a garantia dos direitos.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010), o trabalho desses profissionais é exercido a partir de quatro eixos: ações de atendimento direto aos usuários; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional.

Ainda que estes sejam compreendidos e desempenhados conjuntamente, é especialmente ao tratar o primeiro eixo, de atendimento direto aos usuários nos diversos espaços que se organizam e se estruturam como rede de saúde, que se verifica a posição e a atuação dos assistentes sociais como canal de denúncias dentro do hospital (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

A ação desses profissionais, coordenada por pontos de vista particulares de observação e de interpretação, auxilia no encaminhamento das solicitações e reivindicações que aparecem, como as eventuais situações de violência obstétrica que lhe são relatadas.

Para isso é necessária a investigação, o planejamento a mobilização e a participação social dos usuários, bem como a assessoria por meio de uma articulação interdisciplinar para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e para a garantia do direito à saúde (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010).

O processo de humanização do atendimento, que perpassa questões que adentram o Código de Ética do Assistente Social, é visto como agente transformador dentro das instituições de saúde. Souza e Araújo (2015, p. 14) aduzem que

Diante disso, o assistente social é um profissional que pode contribuir de forma direta para que o atendimento aproxime-se do preconizado em políticas e programas, uma vez que está em seu cerne a defesa dos direitos, autonomia e emancipação dos sujeitos envolvidos neste processo.

A execução de suas atividades deve ser pautada na garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde, de modo que as violações que ocorram devem ser denunciadas a fim de que ações sejam planejadas e práticas sejam revistas para evitá-las.

1.2.7 Disque-denúncia 181

As diversas formas de manifestação de violência que se sucederam ao longo do tempo e os movimentos sociais de reação a esse fenômeno motivaram a criação de mecanismos de enfrentamento, entre os quais o disque-denúncia. Para Ruediger e Britto (2007, p. 2019), essa ferramenta “[...] se constitui em um canal de recepção de denúncias anônimas de crimes e de diversas situações irregulares que ocorrem tanto no âmbito público, quanto no privado.”

O disque-denúncias representa a participação social no combate à violência, partindo do binômio criminalidade-sociedade e se ampliando como instrumento de canalização de ilegalidades e violações das mais diversas formas, expandindo sua atuação de maneiras diferente daquelas para as quais foi concebido (RUEDIGER; BRITTO, 2007).

Diante do sucesso do disque-denúncia no setor de segurança pública e da procura por esse recurso como um local de acolhimento, o serviço foi estendido para atender as mulheres em situação de violência, ao receber denúncias e oferecer informações e orientações (MACHADO, 2008).

Pinheiro (2018, p. 62) afirma que “devido à segurança da ferramenta deste disque denúncia, os resultados do trabalho desenvolvido passaram a ter mais credibilidade, que incentivou com que as pessoas procurassem esse serviço para denunciar outras criminalidades”.

No Paraná, o disque-denúncia 181 foi criado pelo Decreto Estadual nº 5.494/2016, para concentrar, analisar e processar denúncias anônimas de crimes e contravenções, sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária. De acordo com a norma, “o Disque Denúncia – 181 tem como objetivo estabelecer uma corrente de combate ao crime por meio de um único canal oficial de coleta e processamento de denúncias anônimas no Estado do Paraná” (PARANÁ, 2016).

A Lei Estadual nº 19.701/2018 estabelece que o disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária é um canal apto para receber denúncias de casos de violência obstétrica e outros descumprimentos da norma legal (PARANÁ, 2018). Todavia, no *site* do disque-denúncia (<http://www.181.pr.gov.br/>), na aba “o que denunciar” não consta essa informação, citando apenas o texto da Lei Maria da Penha ao apontar violência contra a mulher.

1.2.8 Conselhos Profissionais

A atuação profissional e as relações decorrentes desta se transformaram ao longo do tempo e o processo de fortalecimento da cidadania reforçou os instrumentos e órgãos de defesa do consumidor, despertando nos indivíduos a noção de seus direitos (FUJITA; SANTOS, 2009).

Assim também as relações entre profissionais de saúde e pacientes se modificaram, especialmente ao considerar os atuais modelos de atenção do sistema de saúde, nos quais o indivíduo é valorizado e reconhecido como sujeito de direitos. Isso faz com que eventuais abusos e desrespeitos não sejam aceitos dentro da relação desigual proveniente da hierarquia de conhecimento existente, acarretando manifestações contra esse tipo de tratamento.

Nesse sentido, Rezende (2007) afirma que o trabalho dos Conselhos é defender e disciplinar o exercício profissional, representando os interesses gerais e coletivos de determinada classe, com vistas a assegurar a qualidade dos serviços prestados à sociedade e contribuir para o fortalecimento dos mecanismos de controle social e para a democratização das políticas públicas.

Nas palavras da autora, “nessa perspectiva, a ação dos Conselhos Profissionais é redimensionada para além do seu aspecto normativo e fiscalizador, voltando-se para o movimento da sociedade na defesa dos direitos fundamentais do cidadão” (REZENDE, 2007, p. ix).

Fujita e Santos (2009) frisam que o profissional deve se atentar ao significado da relação com o paciente, a partir de um modelo mais humanizado, visando sempre o respeito e a dignidade, no intuito de prevenir efetivamente denúncias por erros profissionais, incômodos e aborrecimentos.

Contudo, na ocorrência de alguma violação, o paciente deve ter meios de buscar a responsabilização do profissional. Acerca do trabalho dos profissionais da medicina, Boyaciyán e Camano (2006, p. 144) explicam que

Os médicos, no exercício de sua profissão, estão sujeitos a três ordens de responsabilidade: a civil, a penal e a ético-profissional. A responsabilidade civil os obriga a ressarcir os prejuízos ocasionados decorrentes da sua conduta e a penal, também chamada de criminal, os sujeita à justiça criminal pela prática de delitos tipificados como crime.

Assim, o Poder Judiciário incumbe-se da apuração dos fatos relacionados às responsabilidades civil e penal, enquanto que a estrutura hierárquica dos Conselhos de Medicina (CFM – Conselho Federal de Medicina e CRMs - Conselhos Regionais de Medicina) encarrega-se das questões relacionadas à responsabilidade ético-profissional, norteadas pelo Código de Ética Médica.

A Lei Federal nº 3.268/1957 dispõe sobre os Conselhos de Medicina, estabelecendo entre suas atribuições fiscalizar o exercício da profissão de médico e conhecer, apreciar e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades que couberem.

Já a criação do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) ocorreu pela Lei nº 5.905/1973, sendo estes os órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem.

Assim, cabe aos Conselhos Profissionais – o Conselho Regional de Medicina e o Conselho Regional de Enfermagem – do local onde ocorreram os fatos relatados receber e apurar as denúncias de situações que venham a se configurar como infrações éticas, desrespeitos ou violações de direitos dos pacientes, sendo canais de denúncias para os casos de violência obstétrica.

Com os Conselho Profissionais se encerra a fase de aproximação aos canais de denúncia. No próximo capítulo são apresentadas situações de violência obstétrica por meio dos relatos obtidos nos grupos focais, bem como será apresentada a discussão de como as mulheres buscam o serviço dos canais de denúncia, se fazem as denúncias ou as razões pelas quais deixam de fazê-lo.

2 RELATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: DENUNCIAR OU NÃO?

Olá, me chamo Sílvia e sou aluna do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG.

Sou orientanda do professor Felipe Pontes, em um projeto sobre canais de denúncia de violência obstétrica em Ponta Grossa/PR. Estou procurando mulheres que sofreram violência obstétrica nos últimos anos (2011 a 2020) para me ajudar na minha pesquisa.

Qualquer que tenha sido o tipo de violência obstétrica (física, psicológica, sexual, impedindo acompanhante etc.), bem como podem ser mulheres que denunciaram, que tentaram denunciar, que quiseram denunciar ou mesmo quem não fez nada porque não sabia como. Gostaria de ouvir essas mulheres em forma de grupo focal ou entrevista para entender a situação.

Nesse sentido, gostaria de saber se conhecem ou poderiam indicar alguém nessa situação com quem eu possa falar. Caso conheça alguém, pode passar meu contato para a pessoa ou passar o contato dela que eu entro em contato. O intuito da pesquisa é fazer um mapeamento dos canais disponíveis para receber denúncias de violência obstétrica em Ponta Grossa e para isso preciso ouvir as mulheres e suas experiências.

Desde já, agradeço a atenção!

Essa foi a mensagem enviada às sementes como convite para participação na pesquisa. Na técnica amostral da bola de neve são selecionadas sementes que se encaixam no perfil desejado para a pesquisa, as quais indicam outras participantes.

Para esta pesquisa, foram escolhidas como sementes três mulheres, três grupos no *Facebook* voltados para mulheres, sendo um de vendas de itens femininos e outro de troca de informações e experiências femininas em Ponta Grossa, e dois grupos no *WhatsApp*.

A partir desses contatos iniciais, a mensagem foi compartilhada e o contato era feito com as interessadas por meio do *WhatsApp* ou pelo *Messenger* do *Facebook*, em geral por iniciativa das mulheres, que pareciam ver a mensagem como uma chamada geral. O grupo de informantes que configurou a amostra inicial, resultado da bola de neve, foi de 21 mulheres.

A conversa com as mulheres interessadas no assunto da pesquisa geralmente começava com elas fazendo um breve relato de suas experiências com a gestação, o parto e o pós-parto. Depois desse acesso introdutório às suas vivências, foi realizado o convite individual para participar efetivamente da pesquisa, com o envio do questionário filtro.

Essa abordagem inicial e a forma como as mulheres faziam seus relatos, se abrindo aos poucos, já deixava claro para mim que era um tema bastante delicado para as mulheres e que as experiências pelas quais elas passaram deixaram marcas

profundas. Muitas mulheres demonstravam grande interesse em participar da pesquisa, porém, durante o percurso, fosse logo no início ou em momento posterior, elas deixavam de responder ou manifestavam que não gostariam mais de falar. Algumas delas chegaram a justificar a desistência devido ao fato de que as memórias revisitadas acabavam pesando muito.

Das vinte e uma mulheres que aceitaram participar da pesquisa, quinze responderam ao questionário filtro por meio de um formulário do Google, cujas questões seguem no Apêndice A. Segue abaixo um quadro com a análise de perfil das mulheres que responderam ao questionário (Q1 a Q15).

Quadro 1 – Perfil das mulheres que responderam ao questionário filtro.

Mulher	Idade	Escolaridade	Se identifica	Filhos	Ano da ocorrência	Denúncia	Grupo focal
Q1	36	Ensino Superior Incompleto	Branca	1	2013	Não fez	M4
Q1	25	Ensino Superior Completo	Branca	0	2020	Não fez	M8
Q3	22	Pós-graduação Incompleta	Branca	1	2019	Não fez	-
Q4	25	Ensino Superior Incompleto	Branca	1	2014	Não fez	M5
Q5	26	Ensino Superior Incompleto	Parda	1	2016	Não fez	-
Q6	38	Ensino Superior Completo	Branca	3	2011	Fez	M4
Q7	29	Ensino Médio Completo	Parda	1	2018	Não fez	-
Q8	27	Ensino Médio Completo	Branca	1	2016	Tentou fazer	-
Q9	31	Ensino Superior Completo	Branca	1	2012	Não fez	M3
Q10	28	Ensino Médio Incompleto	Branca	3	2019	Não fez	-
Q11	25	Ensino Superior Incompleto	Branca	1	2016	Não fez	-
Q12	38	Pós-graduação Completa	Parda	3	2011	Não fez	M6
Q13	24	Ensino Superior Completo	Branca	1	2017	Não fez	M7
Q14	24	Pós-graduação Incompleta	Branca	1	2020	Não fez	M1
Q15	23	Ensino Médio Completo	Parda	1	2019	Não fez	M9

Fonte: A autora.

Diante das respostas obtidas pelo questionário, oito dessas mulheres foram selecionadas para a realização de um grupo focal organizado de forma online, cujo roteiro de discussão encontra-se no Apêndice B. A seleção levou em conta o perfil das mulheres, buscando sua diversidade e a pluralidade de experiências, em especial a ocorrência da violência na gestação, no parto, no pós-parto e no abortamento.

A princípio, a ideia era a realização presencial, com o oferecimento de um café para as mulheres, buscando o maior acolhimento possível para essa discussão. Todavia, foi necessário realizar o grupo de forma online em razão da pandemia do novo coronavírus (Covid-19), a fim de dar prosseguimento à pesquisa, posto que as aglomerações presenciais precisaram ser evitadas.

Deste modo, foi escolhido o dia 29 de agosto de 2020, às 14h, para a realização do primeiro grupo focal. Caso neste grupo já se chegasse à saturação das informações, como pressupõe a *grounded theory* (TAROZZI, 2011), não haveria a necessidade da realização de outro.

Foi criado um grupo no *WhatsApp* com as selecionadas para transmitir as informações sobre o funcionamento do grupo e para auxiliar na resolução de possíveis problemas durante sua consecução, em especial os relacionados à queda na conexão.

Das oito selecionadas, duas não participaram efetivamente por razões pessoais, tendo sido removidas do grupo do *WhatsApp*. Assim, o primeiro grupo foi realizado com seis mulheres, chamadas na transcrição de M1 (Mulher 1) a M6 (Mulher 6) do grupo focal 1 (G1), conforme a ordem de suas falas. Além das mulheres, participaram duas colaboradoras, sendo uma professora⁵ e uma estudante de graduação⁶.

A execução do grupo focal foi realizada em quatro atos, quatro momentos de discussão, por meio de perguntas que fomentavam o debate dos temas. Essas quatro etapas foram: apresentação e discussão de alguns dos resultados do questionário filtro respondido por elas, debate sobre os possíveis canais de denúncia existentes em Ponta Grossa, conversa sobre o atendimento ideal nos canais de denúncia e

⁵ Doutora em Serviço Social, aposentada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Participante no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Direitos Reprodutivos, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos e coordenadora do Projeto de Extensão Saúde e Cidadania: recriando a realidade social.

⁶ Graduanda em Pedagogia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG.

consolidação de ideias sobre a rede de proteção e melhorarias no atendimento às denúncias para as vítimas de violência obstétrica no município.

No primeiro momento, o intuito era compreender melhor algumas questões que emergiram dos resultados obtidos por meio do questionário filtro, tratando especificamente de uma melhor compreensão das experiências das participantes e sua visão sobre o contexto das respostas.

O segundo momento do grupo focal, com destaque para a discussão sobre o conhecimento das mulheres acerca dos possíveis canais de denúncia existentes em Ponta Grossa e suas opiniões sobre eles, teve como tópicos esses serviços de atendimento divididos em grupos para facilitar o debate, considerando que conversar sobre cada um deles demandaria muito tempo.

Foram elas: Serviços de Atendimento do Hospital (assistente social, psicólogo, Ouvidoria do hospital); Ouvidorias (da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, da Regional de Saúde, do Plano de Saúde, da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social e disque-denúncia 181); Ministério Público (Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual) e Defensoria Pública; Conselhos Profissionais (Conselho Regional de Medicina e Conselho Regional de Enfermagem); Conselhos Municipais (Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal dos Direitos da Mulher) e Outros.

Após a discussão sobre os canais, o terceiro ato do grupo focal teve por objetivo a discussão da denúncia, com questionamentos sobre as dificuldades de denunciar, o acesso à denúncia e, como questão principal, “Como deveria ser o atendimento dos canais de denúncia para as mulheres que sofrem violência obstétrica?”.

Por fim, a consolidação de toda a discussão realizada no grupo focal buscou responder a duas questões: “Qual seria uma rede ideal de atendimento para denúncias de casos de violência obstétrica em Ponta Grossa?” e “Quais os pontos que vocês acham que não funcionam com relação a essas denúncias e precisam melhorar?”.

Em seguida à realização do grupo focal, o próximo passo foi a transcrição e a codificação inicial aberta, realizada linha por linha (TAROZZI, 2011). Tarozzi (2011, p. 128) explica que “a codificação linha por linha é aquela que consente selecionar os elementos mínimos de texto dotados de um sentido para a pesquisa. As unidades de sentido podem ser compostas por parágrafos inteiros, locuções, frases.”

Tarozzi (2011) explica que o critério que aponta o momento de interrupção do procedimento de amostragem é quando se encontra a saturação teórica. Por sua vez, “pode-se afirmar que uma categoria está saturada quando não se encontram mais dados ulteriores que desenvolvam outras propriedades da categoria ou suscitem novas intuições teóricas” (TAROZZI, 2011, p. 152).

Terminado o primeiro grupo focal, após a transcrição e codificação inicial, verificou-se que em alguns pontos não houve saturação, como o perfil das mulheres participantes e suas experiências, bem como nas opiniões sobre os canais de as melhorias possíveis.

Com isso, a fim de conseguir uma amplitude de análise maior e mais heterogênea, a decisão foi pela realização de um segundo grupo focal nos mesmos moldes do primeiro, com um grupo de informantes diferente do primeiro, mas que também fazia parte da amostragem teórica, com base nas respostas ao questionário filtro aplicado.

O segundo grupo focal aconteceu no dia 11 de setembro de 2020, às 19h, baseado na disponibilidade das informantes, também de maneira online. Além das mulheres, nesse segundo grupo participaram três colaboradoras, sendo as duas que participaram do primeiro grupo, uma professora e uma estudante de graduação, e uma doutoranda⁷.

O convite foi realizado às sete mulheres que não foram chamadas para o primeiro, bem como foi realizado novo convite para uma das mulheres que não pôde participar do primeiro, já que era a única a ter vivenciado a violência obstétrica no abortamento.

Das oito mulheres convidadas, uma não respondeu à mensagem, uma disse que não conseguiria participar em razão da dificuldade de lidar com o tema e as outras seis aceitaram participar. Todavia, no dia marcado uma delas teve problemas particulares e duas tiveram problemas de conexão e não conseguiram acessar o sistema. Assim, três participaram efetivamente, chamadas na transcrição de M7 (Mulher 7) a M9 (Mulher 9) do grupo focal 2 (G2), conforme a ordem de suas falas.

Seguindo os passos do primeiro grupo focal, também foi criado um grupo no *WhatsApp* com as mulheres selecionadas e uma colaboradora para o repasse das

⁷ Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e enfermeira.

informações sobre o funcionamento do grupo focal e para auxiliar na resolução de possíveis problemas durante sua consecução.

O segundo grupo focal seguiu o roteiro exato de realização do primeiro, embora estivesse aberto a eventuais modificações necessárias durante o percurso. De mesmo modo que com o anterior, após a realização, houve a transcrição e codificação inicial aberta, realizada linha por linha.

Terminado o segundo grupo focal, após a transcrição e codificação inicial aberta, realizada linha por linha, verificou-se a saturação do tema. Apesar de o segundo grupo ter sido menor e com as participantes muito mais contidas, com suas falas mais curtas e diretas, ainda assim o material trouxe novas informações e perspectivas.

O passo seguinte dentro da *grounded theory* foi a comparação acontecimento por acontecimento, com a análise textual e identificação das observações, com o confronto de episódios. Tarozzi (2011, p. 131) expõe que esse passo “requer a capacidade de perceber particulares aparentemente insignificantes e, ligando-os com outros, produzir novas intuições e conhecimentos”.

Através dessa codificação aberta, foi possível evidenciar alguns conceitos principais nos grupos focais, que inclusive se repetiam na análise comparativa, de modo que poderiam ser agrupados para formar eixos de análise e, posteriormente, categorias.

A partir daí, seguiu-se a próxima fase, de codificação focalizada. Conforme Tarozzi (2011, p. 131), “o escopo da codificação focalizada é o de recolher os conceitos em categorias e identificá-los em um nível mais elevado, mas é também o nível no qual se interligam entre si as categorias e estas com suas propriedades”. Assim, a busca é de agrupar ideias que foram esmiuçadas na codificação aberta, por meio da identificação de macrocategorias e de sua interligação com categorias e subcategorias (TAROZZI, 2011).

Para tanto, o procedimento foi de impressão das transcrições dos dois grupos focais realizados, com o recorte das falas e o posterior agrupamento destas em eixos de análise, com base nos conceitos encontrados na codificação focalizada.

Após esse agrupamento, foram identificadas as macrocategorias na análise das respostas às perguntas realizadas nos blocos de discussão. Ao separar as categorias encontradas em macrocategorias, foi montada uma árvore de conceitos. Depois, com base no processo de categorização manual realizado, os dados

encontrados foram inseridos em um mapa mental produzido no *site* MindMeister (<https://www.mindmeister.com/>), a fim de facilitar a visualização.

A inserção foi completa, com as falas explicitando a criação dos eixos de análise baseados nas respostas às questões discutidas nos grupos focais. Após, foi feito novo mapa com apenas os eixos de análise encontrados, produzindo um diagrama, instrumento de análise bastante comum na utilização da *grounded theory*.

Tarozzi (2011, p. 160) ressalta que “desenhar diagramas, mapas conceituais, gráficos, permite superar a formalização de categorias, ‘sobrevoar sobre as mesas’ e desse ponto poder refletir e compreender sinteticamente as relações entre conceitos”.

O diagrama formado pelos eixos de análise durante a codificação teórica está no Apêndice F e, a fim de facilitar a compreensão, foi dividido em quatro partes, cada uma delas dizendo respeito a um dos momentos do grupo focal: experiências, canais de denúncia, atendimento e consolidação.

2.1 BLOCO “EXPERIÊNCIAS”

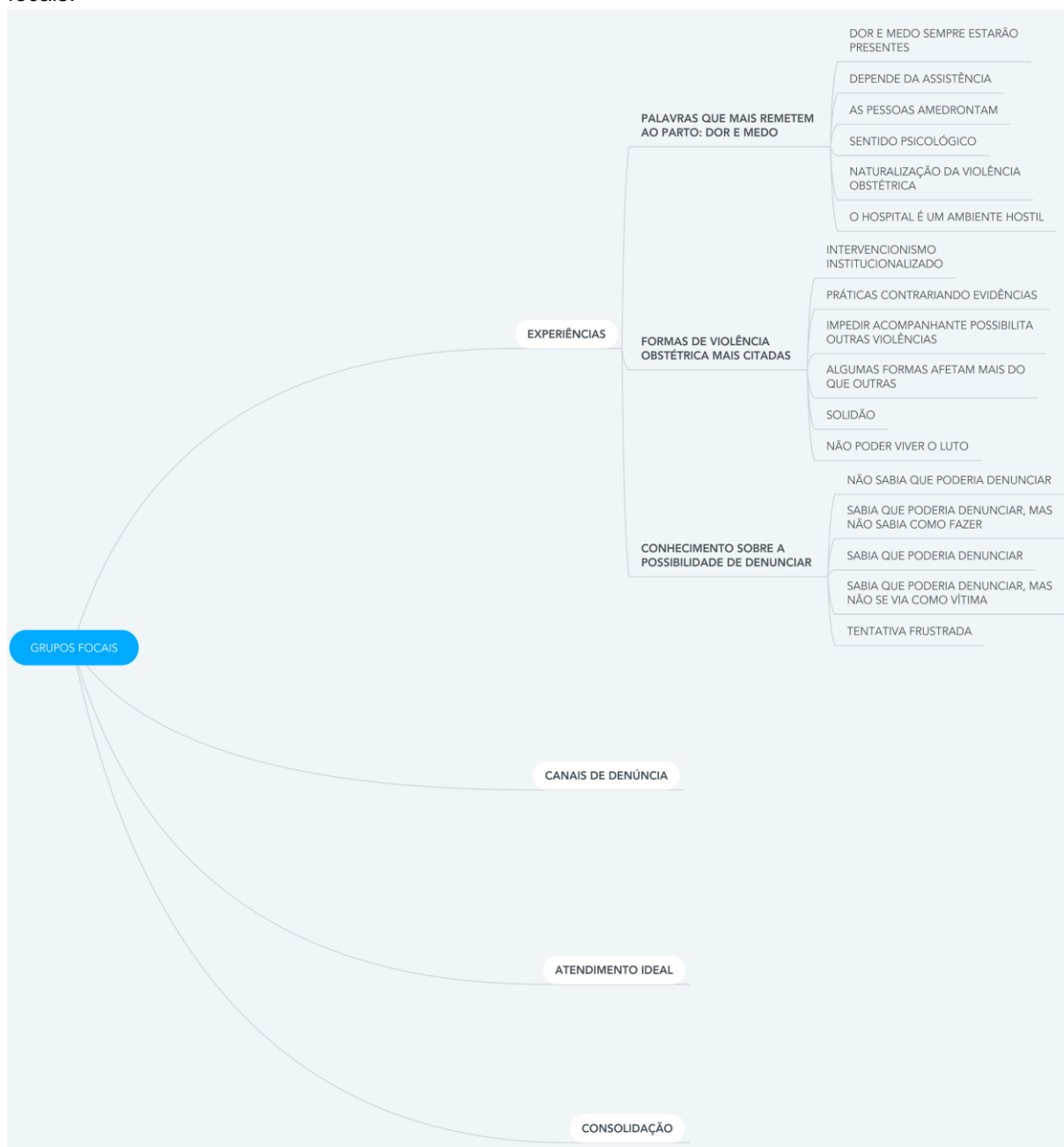
Na primeira parte do grupo focal ocorreu o resgate e a discussão de algumas das respostas apresentadas pelas mulheres no questionário filtro. Foram feitas duas nuvens de palavras para facilitar a discussão, por meio do software Mentimeter (<https://www.mentimeter.com/>). Essa nuvem utiliza palavras inseridas para formar a apresentação, sendo que quanto mais vezes a palavra é citada, maior e mais central aparecerá no quadro. As palavras foram inseridas manualmente no sistema na medida em que foram citadas no questionário.

Inicialmente, foi apresentada às mulheres uma nuvem baseada nas respostas à questão “Escreva 5 palavras que vêm à sua mente quando pensa em parto” do questionário filtro. Já a segunda nuvem de palavras utilizada no primeiro ato de discussão foi baseada nas respostas das mulheres em que elas descreviam as situações que, em sua opinião, configuraram violência obstétrica em sua gestação, seu parto, seu pós-parto e em caso de abortamento.

Foram muitas as formas de violência citadas pelas mulheres nas respostas do questionário, sendo a maior e mais central do quadro “impedir acompanhante”, seguida de “xingamentos”, “culpabilização”, “uso de ocitocina” e “exame de toque”.

A seguir, a reprodução do diagrama no qual encontram-se os eixos de análise verificados na codificação teórica desse bloco de discussão.

Figura 1 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no primeiro momento de discussão dos grupos focais.

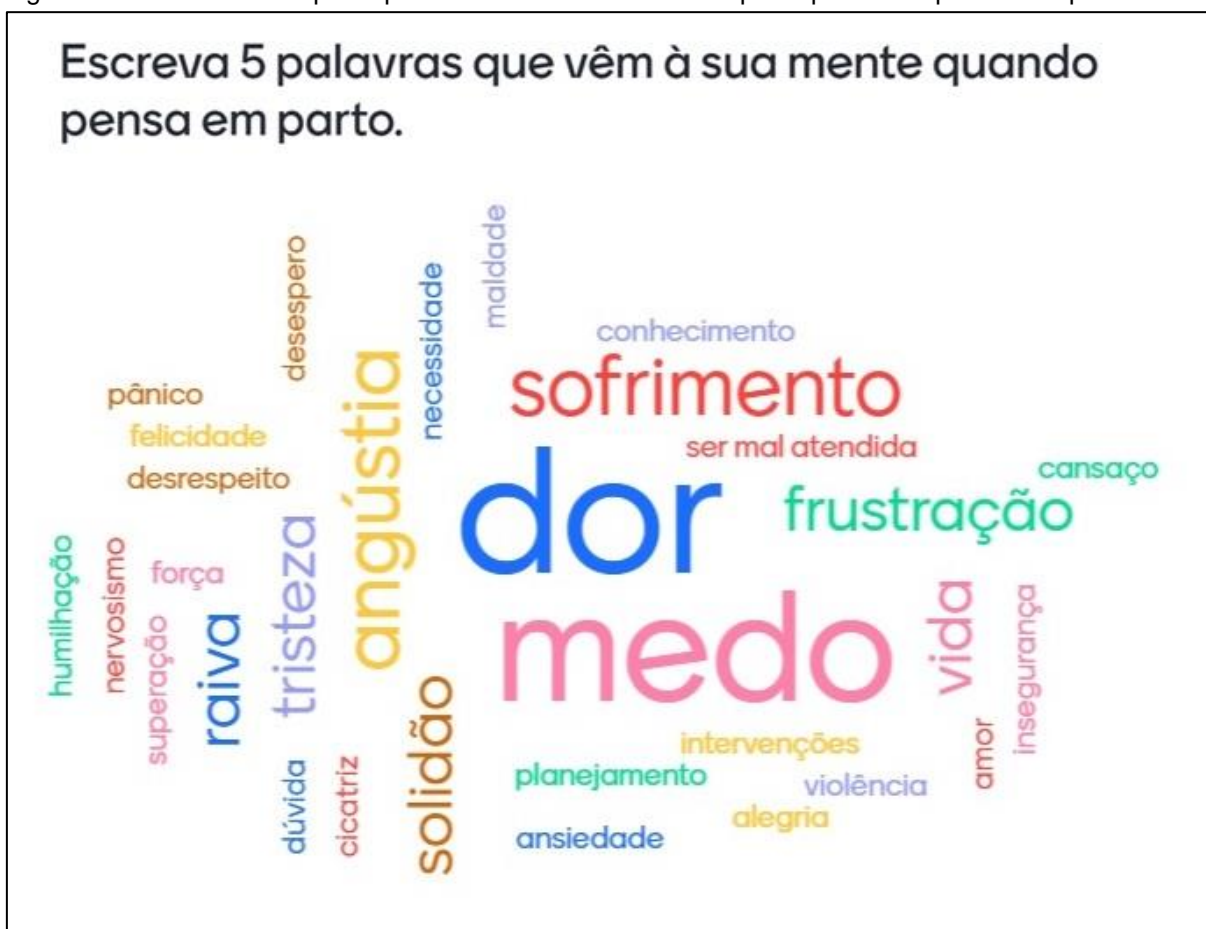


Fonte: A autora.

2.1.1 A dor e o medo no parto

A primeira questão debatida foi acerca das percepções das mulheres sobre o parto. As respostas mais citadas e, conseqüentemente, maiores e mais centrais foram “dor” e “medo”, seguidas de “sofrimento”, depois “angústia”, “frustração”, “solidão”, “raiva” e “vida”.

Figura 2: Nuvem formada pelas palavras vinham à mente das participantes ao pensar em parto.



Fonte: A autora.

Pelas respostas obtidas no questionário, a dor e o medo foram quase que unanimidade entre as mulheres quando pensam em parto, sendo as palavras que têm mais força dentre os resultados encontrados. “Dor” apareceu em 12 das 15 respostas e “medo” apareceu em 11 das 15, constando juntas nas respostas de 9 mulheres. Essas palavras ficam inclusive muito à frente de palavras positivas como “vida”, “amor” e alegria”.

Um eixo de análise contundente na conversa de aprofundamento é a de que as mulheres acreditam que a dor e o medo sempre estarão presentes no ciclo gravídico-puerperal, já que possuem diversos significados.

M1 (G1) – Eu acredito, assim, a dor, ela está presente no parto, independente de qual seja ele, seja ele parto normal, seja ele parto cesáreo, ela... Seja ela dor boa, digamos assim, ou a dor ruim. [...] E acredito que o medo a gente acaba tendo medo da dor. Mesmo que você se prepare para o parto normal, você saiba que você vai passar por essa dor, o medo está presente, independente da sua preparação ou não, principalmente se for o primeiro.

M2 (G1) – Eu concordo com ela. Mas eu acho que é o que vem junto ali, com essas outras palavras. A dor e o medo, eles vão estar presentes. Mas eu acredito que as outras palavras que estão maiores ali é que vão ditar como que foi esse parto. O sofrimento, não é para ser um sofrimento. Não é para você sentir solidão, tristeza, como está ali grande, angústia, frustração. A dor e o medo vão estar presentes, mas eu acho que o que dita, assim, todo um geral ali do parto, é o que vem junto com essas palavras da dor e do medo.

M3 (G1) – Essas palavras, elas representam muito bem o que eu passei também. Porque dor e medo, eles são inevitáveis, porque é um processo pelo qual a gente ainda não passou e para quem tem mais de um filho é sempre diferente.

Essas primeiras percepções são muito importantes para a compreensão do todo e para o entendimento do que as mulheres, de antemão, esperam de toda a experiência que envolve o nascer. Com isso, o que se verifica é que elas já presumem algumas sensações como o medo e a dor, embora não necessariamente em um sentido desagradável.

É nesse sentido que entra o segundo eixo de análise, na qual essas palavras apresentadas como as mais fortes dependem da assistência, já que, ainda que esperadas ou previstas, a dor e o medo podem ter diferentes conotações.

M2 (G1) – Eu senti dor, medo, sofrimento, solidão, tudo isso. Angústia, frustração, pela forma que foi conduzido o parto. Não pelo parto em si, mas a forma que foi conduzido.

M3 (G1) – Mas se o parto tivesse sido bem conduzido, dor e medo teriam sido seguidos de esperança ou de acalento, de conforto. Mas no meu caso foi dor, medo, foi humilhação, porque eu me senti um lixo. Já foi traumático desde o pré-natal, na verdade. Foi conduzido de uma forma muito desrespeitosa. E passar durante todo o processo foi complicado, então, desde a entrada no hospital até o momento. E eu fui sendo jogada. E como era um caso grave, e não tinha sido percebido antes, eu fui sendo jogada de um lado para o outro como se eu fosse alguma coisa, como se eu fosse um estorvo para alguém, e alguém sempre rude no meu caminho, sendo que estavam tratando de uma futura mãe, uma gestante. Fora os problemas pessoais pelos quais eu estava passando, eu estava saindo de um relacionamento abusivo, grávida, com uma gravidez de risco... E em nenhum momento alguém se preocupou e só fui sendo jogada para frente. Então dor, medo, humilhação, angústia, foi tudo que acompanhou.

M4 (G1) – Então, eu tive três experiências de parto, tive uma cesárea, não foi planejada. O objetivo era um parto normal, mas acabou em uma cesárea, foi uma grande frustração para mim. Eu sempre procurei pelo parto normal. A segunda experiência foi um parto hospitalar, com intervenções também. E a terceira foi um parto domiciliar, um parto planejado com equipe, com tudo, em casa. Então essas três experiências me mostraram que a questão do medo, da dor, da insegurança, vai do tipo, realmente vai do tipo de assistência que a gente tem e isso começa já no pré-natal. Porque em todas elas eu fiz o pré-natal no SUS, mas na terceira ainda eu tive uma assistência diferenciada, além do SUS, do posto de saúde, eu tive assistência de doula e tive

assistência da enfermeira obstétrica. Então a diferença é muito gritante, assim.

M4 (G1) – A questão da falta de informação, a falta de acolhimento no pré-natal, gera todas essas palavras que têm força, tem muito sentimento nelas, né, a dor, o medo, a tristeza, solidão, cansaço, a humilhação... A gente não fala sobre isso no pré-natal, a gente não tem as informações necessárias para que a gente lute por uma assistência dentro dos hospitais. Então, eu acho que a gente já começa com essa insegurança e esse medo desde a hora que a gente descobre que a gente está grávida. É uma luta para a gente achar uma assistência médica, mesmo que seja particular. Os médicos eles são cesaristas, eles são intervencionistas, eles são violentos. Então a nossa luta já começa desde o momento em que a gente faz o exame e que a gente descobre que a gente está gestando uma vida.

Observa-se que o ciclo gravídico-puerperal traz consigo uma carga emocional muito elevada, de modo que alguns sentimentos, em especial a dor e o medo, já são prenunciados e nem sempre são vistos negativamente. Todavia, a assistência falha e inadequada durante esse período faz com que a dor e o medo sejam ainda mais fortes e com uma concepção bastante negativa.

Os sentimentos revelados na manifestação das memórias do processo de gestação, parto e pós-parto são encadeados com outros sentidos destacados por algumas das participantes, como o receio de uma nova gestação ou até mesmo a aversão pela ideia de ter outros filhos.

O ponto seguinte encontrado expõe que, para as participantes, as pessoas amedrontam, sejam pessoas conhecidas, próximas ou os profissionais. Isso está muito ligado à primeira categoria, já que, talvez muito em função disso, a dor e o medo sejam tão presentes em seu imaginário.

M4 (G1) – As pessoas já começam a nos colocar medo na gestação. As pessoas entendem que a gestação é como se fosse uma doença, a mulher é uma máquina que, a qualquer momento, ela pode ter algum problema. Então familiares, pessoas próximas, começam a munir essa mulher de medo, a falar coisas de que o parto normal é perigoso, que uma mulher não pode, por exemplo, que tem que ter cuidado ao fazer sexo, várias coisas que vão sendo munidas durante a gestação e vão colocando medo na mulher.

M5 (G1) – Você grávida, todo mundo só vem falar de tragédia com você. A questão da gravidez, ninguém vai lá “Ai, que legal!”. Não, olha, é “A prima da vizinha passou por isso ou aquilo”, é sempre alguma coisa muito trágica e é sempre com muito medo, para que você esteja preparada.

M7 (G2) – É, também acredito que ali a parte do medo é também falta de uma abordagem das obstetras ou até das enfermeiras, de serem mais claras. Algumas até assustam ou aumentam, digamos assim, aumentam a dor. Não é tanto assim. Claro que cada um sente a dor né de um jeito diferente, mas às vezes elas aumentam. O mesmo aconteceu comigo de aumentarem lá:

“Isso não é nem o começo do que você vai sentir”. Então, eu acredito que seja isso.

Pelas falas das mulheres é possível constatar que a dor e o medo são, em boa parte, reflexo de experiências ruins de outras mulheres. Representações como estas revelam perspectivas da comunidade em que estas mulheres participam. Pereira, Franco e Baldin (2011, p. 384) apontam que “a interpretação subjetiva da dor no trabalho de parto apresenta-se como um dos elementos construtores da representação social das mulheres brasileiras sobre a parturição”.

Com isso, muitas vezes o medo do parto, em especial do parto normal, é decorrente dessas narrações de experiências que evidenciam uma assistência falha, tecnocrática e pouco humanizada. O medo do parto acaba sendo mais ligado ao temor pelas violações e desrespeitos do que à própria experiência de parir.

Essa questão se entrelaça com a próxima, pela qual se compreende que a dor tão citada ao se pensar em parto não se trata somente da dor física que o procedimento fisiológico acarreta, mas também em um sentido psicológico.

M9 (G2) – No meu caso o que mais pegou não foi nem a dor física, foi mais a psicológica que até hoje mexe muito comigo, sabe. Então quando eu escrevi dor, não foi nem a questão do físico, porque todo mundo na hora do parto sabe que vai sentir dor. Mas é o psicológico... Acho que todo mundo fica afetado, quem sofre disso. Por exemplo, até hoje se eu falo sobre isso, me machuca demais, porque a dor psicológica é muito maior do que a física.

M8 (G2) – No meu caso também, a dor psicológica foi bem maior do que a física, porque eu não podia nem chorar que elas já vinham com grosseria, que eu não podia estar chorando por aquilo. E na hora vai criando um medo na cabeça da gente, que a gente pensa que não vai conseguir.

Nota-se que o abalo psicológico causado pela violência obstétrica pode ser maior do que as violências físicas sofridas, muitas vezes causando traumas nas mulheres (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2017).

O próximo aspecto encontrado expõe que existe na prática uma naturalização da violência obstétrica. Assim, é comum que os relatos e experiências aos quais elas têm acesso sejam bastante negativos, assustando-as e desenhando uma ideia de parto como um momento de sofrimento e desrespeito.

M4 (G1) – E a violência obstétrica, ela é naturalizada, né, infelizmente o parto, o atendimento à mulher, ele já é... É... É... Como é que eu posso dizer? Ela já sabe, já é naturalizado que ela vai sentir dor, que vai ser difícil, vai ter intervenções... É naturalizado e é... É... Como é que eu posso dizer? É

escondido... É silenciado, né. O parto, ele não é... De 100% das mulheres, se você for ver bem, todas elas sofreram algum tipo de violência, todas. Desde o momento em que ela entra no hospital até, né, o pós-parto, ela sofre vários tipos de violência. E isso não é entendido como violência, é entendido como o atendimento padrão que a gente tem. E muitas mulheres nem sabem que sofreram violência.

A violência obstétrica por muitas vezes é vista como algo que ronda a vivência do parto, de modo que as mulheres concebem que devem aceitar de forma resignada a toda a medicalização do ciclo gravídico-puerperal como algo natural desse processo, elementar para seu sucesso (SANTOS; SOUZA, 2015).

Por fim, a última chave de análise encontrada que merece destaque é a compreensão do hospital como um ambiente hostil. As mulheres, já amedrontadas diante dos relatos e das informações que recebem, em muitos casos se deparam com profissionais sobrecarregados que acabam por realizar um serviço mecânico que não se enquadra no conceito de humanização do atendimento.

M4 (G1) – A partir do momento em que você entra no hospital, você entra em um ambiente hostil, que é um ambiente de trabalho, é um ambiente em que a equipe desde a hora em que você entra no hospital tem aquela pressão sobre os funcionários que são super reduzidos nos hospitais e um grande número de gestantes dando entrada nesses hospitais, né, pra serem atendidas. Então eles também, né, os trabalhadores, eles também trabalham com essa pressão em um ambiente hostil e que isso vai logicamente prejudicar o atendimento às mulheres, né.

É nesse sentido que pesquisas evidenciam que, por vezes, os profissionais da saúde expressam o sentimento de que são eles a sofrer violência durante seu exercício profissional, seja decorrente diretamente de pacientes por desrespeitos e desacatos, seja com relação à estrutura institucional e precarização do trabalho às quais são submetidos (SENS; STAMM, 2019).

Em resumo, conforme Pereira, Franco e Baldin (2011, p. 385) elucidam, é possível compreender, pelas falas das mulheres, que:

A representação social feminina sobre o processo da parturição associa o conceito de sofrimento e dor ao parto normal, uma situação que, com a proximidade do evento, fragiliza e amedronta a mulher no período gravídico. Os sentimentos refletem os significados de seu meio, são ecos dos conceitos culturais sobre o parto alimentados pela desinformação, a mídia, os relatos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica.

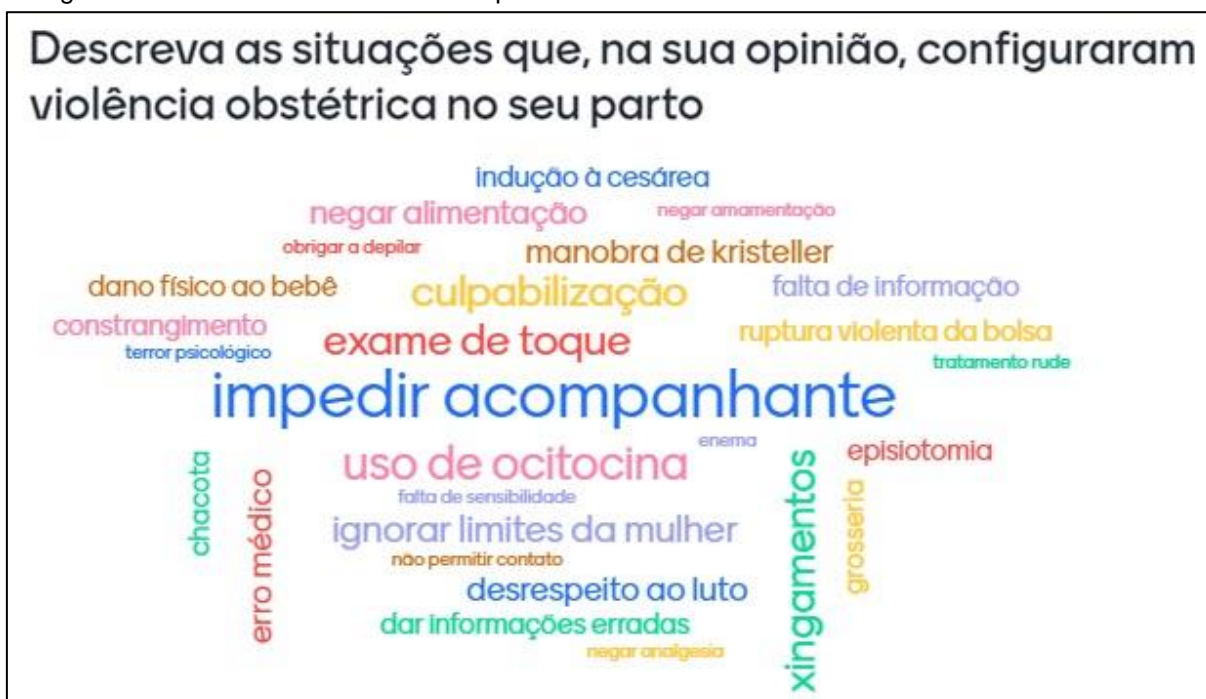
A dor e o medo tão presentes no pensamento das mulheres são resultado de uma cultura que retira o protagonismo das mulheres e estabelece que o parto será um

momento penoso, medicalizado e intervencionista para o qual as mulheres devem estar preparadas. Situações que acabam reforçadas e materializadas na assistência obstétrica, o que alimenta um ciclo vicioso de naturalização das violências, aumento das intervenções tecnocráticas e medicamentosas e o aumento da busca por cesáreas.

2.1.2 As formas de violência obstétrica mais citadas

O eixo seguinte de discussão foram as formas de violência obstétrica que as mulheres sofreram e que foram mais citadas nas respostas do questionário filtro. Da mesma forma que na nuvem de palavras anterior, as respostas mais citadas eram as maiores e mais centrais, sendo que a modalidade de violência mais citada foi impedir acompanhante, seguida pelo uso da ocitocina, culpabilização e o exame de toque.

Figura 3: Nuvem de palavras com as situações descritas que, na opinião das participantes, configuraram violência obstétrica em seu parto.



Fonte: A autora.

A violência obstétrica diz respeito a todas as práticas abusivas e todas as formas de violações, maus-tratos e desrespeitos vivenciados pelas mulheres durante a gestação, o parto, o puerpério e no caso de abortamento, por meio de ações ou omissões provenientes das instituições e dos profissionais da saúde.

De acordo com a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, promulgada pela Venezuela no ano de 2007:

Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007).⁸

E para ilustrar os atos que configuram situações de violência obstétrica, a entidade não-governamental Parto do Princípio publicou um dossiê denominado “Violência Obstétrica: parirás com dor”, dividindo os tipos de violência obstétrica em seis grupos:

Quadro 2 – Formas de manifestação de violência obstétrica.

(continua)

TIPO DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
Física	Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Privação de alimentos ● Interdição à movimentação da mulher ● Tricotomia (raspagem de pelos) ● Manobra de Kristeller ● Uso rotineiro de ocitocina ● Cesariana eletiva sem indicação clínica ● Não utilizar analgesia quando indicada.
Psicológica	Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.	<ul style="list-style-type: none"> ● Não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada. ● Ameaças, mentiras, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas. ● Omissão de informações ou informações prestadas em linguagem pouco acessível ● Desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.
Sexual	Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.	<ul style="list-style-type: none"> ● Episiotomia ● Assédio ● Exames de toque invasivos, constantes ou agressivos ● Lavagem intestinal ● Cesariana sem consentimento informado ● Ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado ● Imposição da posição supina para parir ● Exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento

⁸ Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (tradução nossa)

Quadro 2 – Formas de manifestação de violência obstétrica.

(conclusão)

Institucional	Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada.	<ul style="list-style-type: none"> ● Impedimento do acesso aos serviços ● Impedimento à amamentação ● Omissão/violação dos direitos da mulher no período de gestação, parto e puerpério ● Falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes ● Protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.
Material	Condutas ativas e passivas para obter recursos financeiros em prol de pessoa física/jurídica, violando direitos de mulheres em processos reprodutivos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde ● Indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, como única alternativa que viabilize o acompanhante.
Midiática	Ações praticadas por profissionais através da mídia, para prejudicar mulheres em processos reprodutivos; apologia às práticas cientificamente não indicadas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica ● Ridicularização do parto normal ● Merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno ● Incentivo ao desmame precoce

Fonte: PARTO DO PRINCÍPIO, 2012.

Organização: BOURGUIGNON, WERNER, PONTES, 2017.

Silva, Gasperin e Pontes (2021) ressaltam que fica evidente a complexidade desse tipo de violência contra a mulher, que pode ocorrer durante todo o ciclo gravídico-puerperal de formas múltiplas, sendo algumas mais aparentes que outras, embora todas marquem profundamente a vida das mulheres.

É possível identificar que as situações que as participantes dos grupos focais entendem como violência obstétrica vão ao encontro dessa conceituação e do que a literatura científica dispõe sobre a temática, ainda que elas não tenham uma concepção formal estruturada nesse sentido.

Isso ocorre porque o conceito de violência obstétrica foi construído para classificar um conjunto de práticas frequentes. Assim, muitas mulheres não têm essa concepção previamente, pois antes de haver um conceito que a definisse, a violência obstétrica era a realidade prática da vivência de muitas mulheres, era uma ideia que as mulheres compartilhavam em razão de suas experiências.

Dentro dessas vivências concretas das mulheres, as quais foram citadas no questionário filtro, podemos extrair também alguns tópicos que serão utilizados para compreender melhor suas compreensões acerca do assunto.

O primeiro ponto de discussão encontrado foi o intervencionismo institucionalizado, já que muitas intervenções rotineiras não são entendidas como violência pelas mulheres e pelos profissionais da saúde.

M4 (G1) – Achei interessante a episiotomia aparecer um pouco menor ali. Confirma o que eu falei sobre a questão das intervenções que são feitas não serem consideradas como uma violência. E impedir acompanhante é uma das coisas que mais acontecem.

As altas taxas de intervenções realizadas durante o parto⁹ evidenciam que muitas práticas são realizadas de forma corriqueira, sem real análise de sua necessidade durante o processo. Aliando isso à falta de informação e à retirada do protagonismo feminino pelo padrão intervencionista de atendimento vigente, em muitos casos esses atos podem nem ser entendidos como uma violência (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; OLIVEIRA; ANDRADE, 2013).

A segunda questão encontrada está intimamente ligada à primeira, já que aponta a realização de práticas contrariando evidências científicas, justamente pelo modelo tecnocrático de parto existente, que acaba sendo como uma linha de produção, na qual muitas das práticas obstétricas não favorecem um parto e nascimento saudáveis, conforme evidenciado por diversos estudos (MENDONÇA, 2015).

M1 (G1) – Algumas coisas hoje em dia já se sabe, né, tem estudos que comprovam, que não são necessárias, por exemplo negar alimentação. Tem tantos estudos hoje em dia que comprovam que não tem indicação nenhuma, principalmente se a mulher estiver em trabalho de parto. Não tem indicação de negar alimentação, nem usando como desculpa a possibilidade de evoluir para uma cesárea.

M7 (G2) – É complicado, porque o uso da ocitocina, ela só deve ser usada se a mulher não está em trabalho de parto ativo, né. No caso, o que aconteceu comigo: eu estava em trabalho de parto e ela falou “Ah, se você quiser, a gente pode ficar mais 2 horas dilatando”. Ela não falou, mas eu sabia que ela ia me colocar na ocitocina, né. Então é muito errado isso, é uma dor desnecessária, não é o natural do corpo da mulher.

Em muitos casos são verificadas intervenções sem embasamento em evidências ou que se encontram em desuso por divergir de conhecimentos científicos

⁹ Ver mais sobre em: LEAL, Maria do Carmo (coord.). Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

consagrados, contrariando inclusive recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

Já o aspecto seguinte encontrado expõe que, na concepção das mulheres, impedir o acompanhante possibilita a ocorrência de outras formas de violência, já que elas se encontram em uma situação de vulnerabilidade no momento do parto.

M2 (G1) – Eu acho assim, nesse do impedir acompanhante como a palavra que mais apareceu, vem também o restante, né. Se impede o acompanhante, a mulher, ela não sabe o que está acontecendo, muitas vezes. Porque a gente está ali, a gente está sofrendo, a gente está com dor, muitas vezes a gente não consegue nem ver o que está acontecendo, então você praticamente é obrigada a aceitar qualquer coisa que vier ali dentro da sala de parto. Eu acredito que tenha sido o meu caso. A minha mãe estava me acompanhando na sala de pré-parto e quando eu fui para a sala de parto ela não pôde entrar junto, eles não deixaram. E o que acontecia lá eu já nem sabia mais, eu acho que parece que eu perdi a visão já, ali naquele momento, de tanto sofrimento que eu vinha passando ali, desde quando começou o trabalho de parto. Então nisso de impedir o acompanhante aconteceu lá a episiotomia. Eu também não tinha a informação sobre se precisava ou não disso realmente. O médico simplesmente falou “Não, agora eu vou fazer um corte”, vem e me corta e eu não sabia se precisava. Me costurando. Então qualquer coisa ali que viesse, para mim seria interessante que viesse logo para acabar com aquilo. Então eu acho que se tivesse um acompanhante junto, seria diferente, porque talvez a outra pessoa, que ela está ali, ela está vendo de fora, ela não está ali naquele sofrimento, naquela dor, naquela perda de noção que a gente acaba tendo na hora do parto, o acompanhante já poderia questionar, já teria mais informações. Parece que eles fazem de propósito, não, não vem acompanhante, mesmo a gente tendo o direito ao acompanhante, não, não pode vir. E naquela hora, eu acho que você não tem nem o que falar, assim, dependendo do estado em que está a mulher, você não tem como falar “Não, eu quero acompanhante, eu quero acompanhante”. Não tem como. Você está ali com aquela dor, você quer acabar com aquilo, né, com aquele sofrimento que vem do parto. Então eu acredito que é por isso que essa palavra aparece maior e daí as outras menores, porque tira o acompanhante, parece que é o principal ali para vir o restante.

M3 (G1) – Realmente, isso de impedir o acompanhante aparece muito e é muito ruim, porque eu estava com a minha mãe e... Ela era o meu único ponto de segurança e aí não deixaram entrar. Até aquele momento eu estava tentando manter a calma, pensando “Pô, eu preciso manter a calma, tem uma vidinha aqui em mim, deixa eu me controlar”. Aí não deixaram ela entrar, eu já comecei a desestabilizar. E aí quando eu já estava anestesiada na sala de cirurgia... E eu já sabia que seria cesariana desde o princípio, porque como ainda estava muito cedo na gestação, teve todos os problemas, eu já não tinha mais líquido na bolsa, eu sabia que seria cesariana, mas não sabia que seria daquele jeito. E aí eu ouvi uma médica ou alguém da equipe gritar lá “Nossa, mais uma? Aff, eu nem jantei ainda...”. Aí nesse momento eu desestabilizei mesmo. Aí eu já não lembro mais o que aconteceu, aí eu já não consegui mais me segurar e, a partir daí, foi só ladeira abaixo. E se a minha mãe estivesse lá comigo, eu tenho certeza que a pessoa teria tido mais pudor e não teria soltado um comentário tão infeliz desse.

M5 (G1) – Você está na hora do parto, no meu caso foi uma cesárea que foi marcada eu estava com 42 semanas. Eu cheguei no horário que ele pediu, às 6 ou 7 horas da manhã, em jejum, ele não lembrava, o médico que estava

de plantão não lembrava. Foram atrás de um anestesista. O neném foi... Umas 10 horas da manhã que começou o processo e não deixaram acompanhante. Para mim fez muita diferença, porque você não sabe o que pode acontecer, você está anestesiada, você não tem poder nenhum, né. Eu fiquei, fui amarrada... Então eu acho que a questão de ter um acompanhante e o medo é junto, sabe, é muito ligado. Eu acho que se tivesse um acompanhante... No caso eu queria até minha irmã, mas se fosse a mãe ou marido, uma amiga, enfim, ia trazer uma segurança e ajuda muito nessa questão do medo, acho que as duas são bem ligadas.

A percepção das mulheres é de que com um acompanhante no local, os profissionais buscam um maior cuidado no atendimento, já que existe um espectador que está ali observando tudo o que acontece, além de zelar para que a opinião e a vontade da mulher sejam levadas em consideração.

Castro (2019, p. 21) destaca que “de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a presença de acompanhante durante o parto e o pós-parto é importante medida para prevenção e combate de condutas reconhecidas como violência obstétrica.” As falas das mulheres indicam que a sensação é de que o protagonismo da mulher fica ainda mais prejudicado sem a presença do acompanhante.

O próximo quesito aponta que algumas formas de violência marcam mais do que outras, sendo que nem sempre a violência física é a que vai ser mais lembrada pelas mulheres.

M9 (G2) – Para mim, como eu disse, fiz o uso da ocitocina e levei o famoso “cortinho”, não lembro o nome, episiotomia, alguma coisa assim. E para mim, isso na verdade foi o de menos, o que mais me machucou foi a questão do psicológico, a forma com que o médico me tratou. Então isso dessas palavras, na verdade, vai de parto para parto. Tipo isso do impedir o acompanhante não foi o meu caso. O uso da ocitocina foi o meu caso, mas não foi o que me atingiu em específico.

A violência psicológica é uma das questões mais intensas presente nas falas das mulheres participantes dos grupos focais, pois geralmente é a primeira recordação que relatam.

Outro item muito forte e bastante relacionado com o anterior é a solidão narrada pelas mulheres, não apenas no sentido da ausência do acompanhante, mas também pela carência de humanização no atendimento prestado.

M6 (G1) – Eu fui lá na época também, né, com essa ilusão de que eu poderia ter um acompanhante durante o parto e não foi nada disso. A gente ficava, vamos dizer, as nossas acompanhantes eram as colegas que também estavam em trabalho de parto, uma dando força para a outra, uma se

acalmava, a outra gritava, enfim. Mas realmente a hora em que fechava aquela portinha, a gente sabia que era só a gente e Deus.

M8 (G2) – E eu acho que isso foi muito errado, o que eles fizeram comigo... Nossa, eles deram uma pressão psicológica tão grande na hora e eu passei por tudo sozinha, eu não tinha ninguém do meu lado. Nem quando eu chamava as enfermeiras elas vinham me atender.

Conforme evidenciado pelo Dossiê Parirás com Dor (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 7), “a dor do parto, no Brasil, muitas vezes é relatada como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com práticas institucionais e dos profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo.”

E o último ponto, também relacionado ao anterior, ressalta que não poder viver o luto é uma forma de violência constante que marca muito a experiência da mulher que passa por um abortamento, já que acaba por tentar silenciar um sentimento pesado e profundo.

M8 (G2) – Para mim, na minha na minha situação, o que ficou mais marcado e que, mesmo que futuramente eu tente de novo, que eu não vou conseguir lidar tão bem, foi a falta do acompanhante e o fato de eu não pode viver meu luto dentro do hospital. Eu só escutava que eu não podia chorar, que eu não podia sentir dor, que eu não podia nem chamar o meu filho de bebê, porque não era um bebê.

A solidão que já é citada em outros momentos se agrava com o silenciamento do luto das mulheres que sofrem um aborto. Por vezes a falta da humanização no atendimento e de certo tato por parte dos profissionais para lidar com a situação causa um impacto que repercute por muito tempo (PEDROSA et al., 2017; MADEIRO; RUFINO, 2017). Isso pode ser visto no documentário jornalístico “Quem vê minha dor!”, sobre perda perinatal, assistência obstétrica e luto de oito mulheres de Ponta Grossa¹⁰.

2.1.3 Conhecimento sobre a possibilidade de denunciar

A etapa do grupo focal seguinte tratou do conhecimento das mulheres sobre a possibilidade de denunciar as violências sofridas e as categorias encontradas evidenciam problemas de informação.

¹⁰ ISTSCHUK, Ana Leticia Rodrigues; XAVIER, Cintia; PONTES, Felipe Simão. **Documentário: Quem vê minha dor!**. Produção: Núcleo de Produção Audiovisual; Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=4kE1_cdn4Ko. Acesso em: 20 nov. 2020.

O primeiro eixo de análise foi o de que algumas mulheres não sabiam que poderiam denunciar as situações de violência ocorridas no ciclo gravídico-puerperal, fosse por desconhecer a possibilidade ou simplesmente por não saber ao certo sobre o que é a violência obstétrica no momento em que ela aconteceu.

M2 (G1) – Eu em nenhum momento fui informada, nem sabia o que era violência obstétrica, não tinha ideia. Fui descobrir alguns anos depois, acho que um ano depois. E, então, não sabia e não fui informada.

M3 (G1) – Eu também não sabia, nunca fui informada. Eu só fui descobrir muitos anos depois e de maneiras bem aleatórias.

M8 (G2) – Para mim ninguém falou nada.

Outro aspecto encontrado foi o de ter conhecimento da possibilidade de denunciar, porém sem saber ao certo como fazer essa denúncia. Isso já demonstra que o tema da violência obstétrica pode ser conhecido, porém sem a informação de como realizar a denúncia, muitas ocorrências acabam não sendo notificadas.

M1 (G1) – Então, eu até... Como eu comentei com você pelo *WhatsApp*, né, eu até sabia que poderia denunciar, eu sabia que eu tinha sofrido as violências, mas eu não sabia – e não sei ainda direito, aonde ir, como fazer isso.

O próximo quesito foi o de que a mulher sabia como denunciar. A principal questão aqui é a informação prestada pelos profissionais, conforme ela mesma relata, o que foi crucial para que ela soubesse dessa possibilidade. Todavia, é importante ressaltar que nem sempre ter o conhecimento acerca disso é garantia de efetividade.

M9 (G2) – Depois do parto, eu fui informada, tanto que as enfermeiras foram atrás de mim para eu recorrer a isso, porque o hospital inteiro ficou indignado com o meu caso, porque foi absurdo. Elas pediram, falaram assim “Olha, a gente mesmo reclamou para a responsável do hospital, porque não pode ficar assim”. Então eu sempre soube, sempre fui informada pelas enfermeiras, ajudada em relação a esse aspecto, sabe.

A questão posterior expõe um outro tipo de problema ao apontar que a mulher sabia como denunciar, mas não se via como vítima. Isso pode ocorrer, por exemplo, em razão da mulher desconhecer todas as formas de violência ou por não compreender aquela situação como violência naquele momento.

M7 (G2) – Sabia que podia fazer a denúncia, mas eu ainda não tinha caído em mim que eu tinha sofrido uma violência obstétrica. Então, no caso, eu não denunciei porque não achava que me encaixava, sabe. Depois de muito tempo que eu fui ver e analisar o que foi que aconteceu comigo.

Muitas mulheres somente param para pensar com calma sobre toda a sua experiência de parto algum tempo mais tarde. Quando a ocorrência não é bastante explícita ou quando há pouca informação sobre o tema, é comum que elas só percebam depois que sofreram alguma das formas de violência obstétrica (OLIVEIRA; PENNA, 2017, LEAL et al., 2018).

O último aspecto encontrado nesse ponto de discussão trata da tentativa de denúncia frustrada, quando a mulher busca relatar o que aconteceu, porém não encontra resultado diante disso.

M8 (G2) – Eu procurei um médico, reclamei para ele e ele falou que conversaria no hospital, mas também nunca tive resposta disso.

É possível, ainda, que a mulher não entenda exatamente que isso seria uma denúncia de violência obstétrica, nesses termos, pois muitas vezes ela só pensa em contar o que aconteceu em sua experiência para alguém e buscar uma resposta.

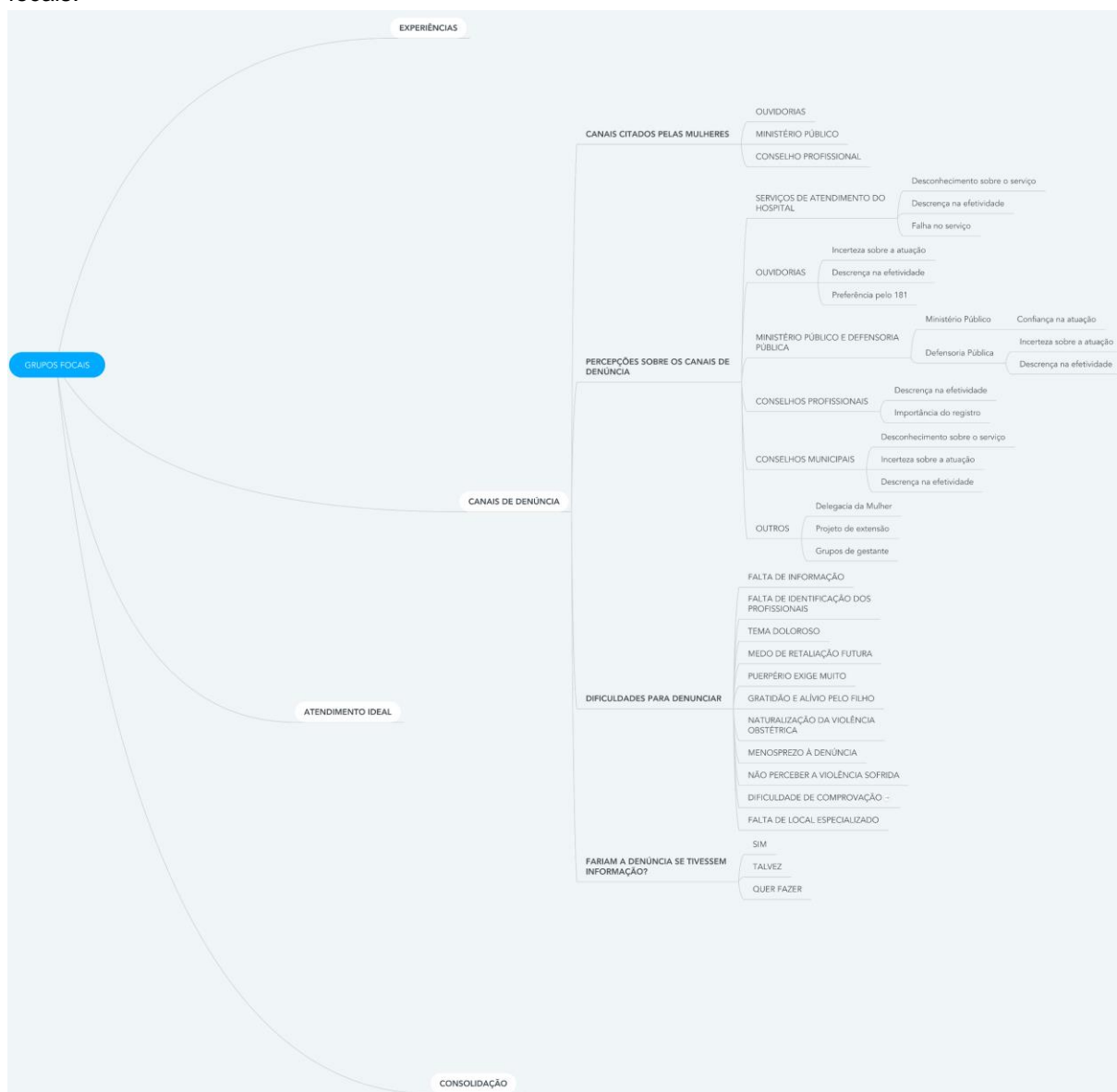
Com isso, o que se verifica é que, para as mulheres participantes, as informações sobre a questão da violência obstétrica e das formas de denunciar, bem como dos canais de denúncia, são precárias e incompletas, acarretando muitas falhas.

2.2 BLOCO “CANAIS DE DENÚNCIA”

Após entender melhor a compreensão das mulheres sobre violência obstétrica, a etapa seguinte consistiu em apreender o seu conhecimento e as percepções com relação aos eventuais canais passíveis de receberem denúncias em Ponta Grossa/PR.

O diagrama abaixo apresenta os eixos que foram identificados neste bloco de discussão.

Figura 4 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no segundo momento de discussão dos grupos focais.



Fonte: A autora.

2.2.1 Percepções das mulheres sobre os canais de denúncia

Inicialmente, para uma transição de tema, foi retomada a pergunta do questionário filtro de quais eram os canais que as mulheres conheciam ou acreditavam que poderiam receber denúncias de casos de violência obstétrica. Os canais citados foram as Ouvidorias, Ministério Público e Conselhos Profissionais.

A partir disso, o ponto subsequente de discussão foi a opinião e a percepção das mulheres sobre os canais de denúncia. Os canais foram tipificados em grupos para oportunizar o debate.

O primeiro grupo era composto pelos serviços de atendimento do hospital: a Ouvidoria, o Psicólogo e o Assistente Social do Hospital, ou seja, os canais existentes ainda dentro da instituição de saúde. Três questões foram extraídas das opiniões das mulheres sobre esses serviços: o desconhecimento sobre o serviço, a descrença na efetividade e a falha no serviço.

As primeiras opiniões tratavam da falta de conhecimento sobre a possibilidade de realizar denúncias a partir desses canais ainda dentro do hospital, evidenciando um lapso nesse atendimento.

M2 (G1) – Eu acho que, na época, eu nem sabia que tinha assistente social no hospital, psicólogo... Não tinha ideia de que isso existia, então talvez nem passasse pela cabeça, que teria isso e que poderia ser realizado. Então, por isso, acho que não tenho como opinar. Hoje em dia seria diferente, né. Eu não sei se no Hospital [nome do hospital] tinha. Não tenho ideia se tinha assistente social, se tinha psicólogo e, então, não... Não sei o que dizer em relação a isso.

M6 (G1) – Nem sabia que tinha. Se tinha, ninguém me ofereceu, ninguém me disse “Olha, a gente precisa conversar, vai ser assim, assim, assado”, porque eu fiquei... Vamos dizer que tudo o que foi feito comigo depois, foi naquela coisa mais empírica, né. As vizinhas me ensinaram as fervedas, orações, enfim, coisas para eu ir conseguindo me recuperar. Mas daí a dizer que o serviço de saúde teve alguma participação nesse processo, além da indicação da curetagem, não tive. Tanto que, na verdade, para conseguir comprovar que não ia ter o bebê, enfim, eu precisei fazer particular para conseguir fazer um ultrassom transvaginal, para poder ter certeza. Até então eu ficava naquela, né, um dava 8 semanas, outro dava 12, outro dava 14... E só realmente com o mais completo, que eu precisei fazer particular, é que foi comprovado. Mas daí a dizer que disseram para mim: “Ah, vamos fazer uma conversa, você precisa procurar tal coisa”, nada. Nada, nada.

M7 (G2) – Eu não tive contato com um assistente social e psicóloga e também não cheguei a falar com a ouvidoria. Mas acho importante ter esse primeiro contato, independentemente de sofrer violência ou não eu acho bem importante.

Já as opiniões seguintes demonstram que, ainda que saibam sobre a possibilidade de fazer denúncias a partir desses canais, existe uma descrença em sua efetividade, um sentimento de desconfiança na resolutividade da apuração das demandas.

M6 (G1) – Eu até ri, porque eu duvido um pouco que acabe funcionando, porque são colegas deles mesmos. Então, a gente até tinha um certo medo, por exemplo, eu sabia que eu ia ter que voltar pra tirar ponto, fazer a consulta pós-parto, a gente acaba ficando com medo. Eu, sinceramente, teria medo de usar os canais dentro do hospital.

M1 (G1) – Eu vou um pouco mais fundo, porque no mesmo hospital que eu tive meu parto, eu trabalhei anteriormente. E eu tive um problema seríssimo com um chefe quando eu trabalhava e eu tentei usar os canais de dentro do hospital para resolver esse problema, que foi bastante sério com o chefe. E não resolveu absolutamente nada, justamente pelo que a colega falou, eles são colegas, né, há muito mais tempo que eu, que era recém-formada e estava ali trabalhando há pouco tempo. Então eu acredito que eu, como paciente, teria menos voz ainda, para fazer uma reclamação dentro do hospital. “Ah, tá bom. Que pena que aconteceu isso com você. Vamos guardar aqui na nossa caixinha de problemas e vamos seguir para a próxima”, porque, enfim, eu tenho certeza de que eu não fui a única e provavelmente também não vou ser a última. Então também não boto muita fé no serviço do hospital mesmo.

Por fim, as outras opiniões encontradas quanto aos serviços de atendimento do hospital evidenciam falha no serviço, de modo que mesmo conhecendo o canal e acreditando em sua efetividade, é possível encontrar certos problemas na assistência prestada, como se verifica nas falas.

M8 (G2) – No meu caso eles até falaram para eu passar pelo psicólogo, mas ninguém me procurou e também não passei. Eu me auto dei alta e não cheguei a passar pelo psicólogo.

M8 (G2) – Não, eles não me informaram nada. Só falaram que eu teria que passar, mas que ele iria até o quarto e daí como era pra eu ganhar alta às 8 horas e era 11 horas e ninguém tinha passado para me liberar, aí eu saí por conta, não fiquei esperando.

M9 (G2) – Enquanto estava lá dentro, eu tive bastante auxílio em relação a isso. Até passei por psicólogo lá dentro, a assistente social foi falar comigo... Só que depois que eu saí de lá, em relação a esses serviços, eu não tive nenhum retorno.

Assim, o que se observa é que, de modo geral, a opinião sobre os serviços do hospital não é positiva, sendo apontadas falta de informação e pessimismo quanto ao resultado da denúncia.

O próximo grupo de canais discutidos foi o das Ouvidorias: a Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, da Regional de Saúde, a Ouvidoria do plano de saúde, caso seja particular, a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social e o disque-denúncia 181.

Das falas, o primeiro ponto identificado foi o de incerteza sobre a atuação, visto que as mulheres não tinham conhecimento de todas. Elas também não sabiam dizer ao certo qual ouvidoria deveriam procurar ou se este realmente seria o local correto para realizar a denúncias.

M1 (G1) – Então, eu não saberia dizer... O meu parto foi no Hospital [nome do hospital], né. Eu não saberia dizer se a minha reclamação deveria ser na Secretaria Estadual ou na Ouvidoria da Regional de Saúde. Ou essa Secretaria de Estado. Eu não saberia dizer em qual ouvidoria deveria fazer a reclamação.

M1 (G1) – Acho que eu iria na da Regional de Saúde. Mas não sei se seria essa a mais indicada, não.

M2 (G1) – Eu iria na da Secretaria Municipal, ligaria, tentaria por ali. Se não fosse por ali, eu tentaria pedir indicação de onde é.

M9 (G2) – Eu só sabia da Secretaria Estadual de Saúde, das outras e não sabia.

A chave de análise seguinte detectada foi a descrença na efetividade do serviço prestado por esse canal, com manifestações de suspeitas de que o corporativismo entre os profissionais dificultaria a apuração da denúncia.

M3 (G1) – Não, não confiaria nas Ouvidorias.

M3 (G1) – Não acho que eu confiaria na Secretaria Municipal, porque parece que eles são todos colegas, todos compadres e um acobertaria o outro e acabaria não dando em nada. Ou tentariam burocratizar demais a denúncia e eu acabaria desistindo por conta disso

M7 (G2) – Eu não sei, na verdade, o que dizer. Porque é eu conheço o pessoal da Secretaria – agora é Fundação Municipal, e, assim, eu sei que até certo ponto adianta você reclamar lá na Ouvidoria. Mas, dependendo da situação, não adianta, então, sabe...

Já o terceiro item evidenciou um aspecto importante para a análise: a preferência pelo disque-denúncia 181 em detrimento de outras Ouvidorias. Isso se dá em razão da possibilidade de anonimato que em outros canais é vedada ou dificultada, causando insegurança às mulheres, além de ser um canal que funciona de forma separada das ouvidorias existentes.

M6 (G1) – Eu ia pensar no 181 por causa disso, porque daí é um órgão que está em outra esfera, né. Eu confiaria, hoje, se eu precisasse, no 181. Confiaria desconfiando também, porque, como a colega falou, eles se protegem, né. Eles se protegem, essa é a verdade.

M2 (G1) – Mas eu acho que o 181 talvez fosse um canal importante, porque pelo menos as informações eles iam repassar para gente de onde é a denúncia e como deveria ser feita... eu acho que seria assim, não sei.

O tópico subsequente discutiu o Ministério Público e a Defensoria Pública como canais de denúncia. As opiniões apresentadas sobre cada um foram

antagônicas. Quanto ao Ministério Público, o que se observou foi um grau elevado de confiança na atuação.

M6 (G1) – Eu, no Ministério Público eu confio. Eu precisei uma época que eu estava aguardando uma cirurgia de clavícula, referente a um acidente que eu sofri em 2014. E quando eu ingressei no Ministério Público, foi muito rápida resposta. Não saiu a cirurgia, mas eles foram obrigados a informar ao Ministério exatamente qual era o meu lugar na fila, qual seria a previsão, explicar por que não foi realizada a cirurgia, que daí, no caso, o meu entraria como uma cirurgia eletiva, embora eu estivesse com a clavícula totalmente deslocada e o osso “desemendado”, agora não sei qual seria o melhor termo, mas, enfim, estava solto. Mas era considerado eletivo, então eu estaria na fila até hoje, a verdade é essa. Eles informaram realmente, me deram as esferas por onde já tinha passado, veio tudo certinho. Então o Ministério Público, para mim, foi o mais confiável nesse sentido. Eu não consegui fazer a cirurgia. Acabou que passou praticamente 2 anos, acabei fazendo pelo plano, enfim, consegui juntar o dinheiro necessário para comprar a placa que eu precisava. Mas o Ministério se mostrou bastante eficiente. Uma vez que você coloca a denúncia lá, pelo menos eles têm que responder: “Olha, foi isso, não foi”. Então eu confio no Ministério Público, eu confio bastante.

M2 (G1) – Eu confiaria no Ministério Público também. Porque eu sei que tem o atendimento ao cidadão e eles repassariam informações pelo menos de como agir, né. Então eu acho que o Ministério seria um canal importante.

M7 (G2) – Em relação ao Ministério Público, eu acho que é mais fácil a gente ter uma resposta. Só que demora muito para eles darem continuidade nisso, sabe.

M4 (G1) – Então, sobre o Ministério Público, foi onde eu denunciei. Na verdade, eu denunciei em todos os canais disponíveis na época, de forma online, ouvidoria, Ministério Público... E o único que eu obtive resposta foi o do Ministério Público. Inclusive eles abriram um inquérito, né, eles investigaram, fizeram vistoria no hospital. Foi o único lugar que teve êxito, assim, dos outros lugares eu não recebi nem resposta.

Verifica-se que o contato em situações positivas anteriores, não necessariamente relacionadas à ocorrência de violência obstétrica, trouxe credibilidade das participantes para a atuação do Ministério Público.

Já sobre a Defensoria Pública, foi constatada a incerteza sobre sua atuação, pois as mulheres não sabiam afirmar se esse tipo de caso poderia ser atendido por meio da Defensoria. Nas respostas também está presente a descrença na efetividade diante de experiências negativas anteriores e não relacionadas ao tema.

M6 (G1) – Da Defensoria Pública eu não teria como falar sobre. Não conheço, não poderia falar.

M2 (G1) – Eu acho que a Defensoria Pública, me parece, que não atende esses casos. Então acho que não seria o local para esse tipo de denúncia. Eu acho.

M3 (G1) – Eu não procuraria a Defensoria Pública também, porque eu precisei uma vez e foi bem frustrante, então eu acho que não é um canal que vai resolver muita coisa, não.

Nesse sentido o ponto de destaque da discussão foi que as situações prévias vividas pelas mulheres, positivas ou negativas, estabeleceram o grau de segurança no trabalho das instituições, determinando se as mulheres procurariam ou não o atendimento desses canais em outros casos.

Passando ao item posterior de debate, os Conselhos Profissionais, foram encontrados dois eixos de análise. O primeiro, preponderante, foi a descrença na efetividade do canal, indicando que as mulheres vislumbram a existência de um alto nível de corporativismo entre os profissionais de uma mesma classe, causando sensação de impotência e ceticismo.

M3 (G1) – Acho complicado... Os conselhos profissionais a gente já nem cogita, porque a gente nem sabe quem são os profissionais, eles não têm um nome, você não sabe quem é, você não tem... É CRM que chama? Você não sabe e aí não tem o que fazer. Parece que é uma coisa que existe... Meio que uma lei para inglês ver, uma coisa ilusória, não parece que funciona concretamente mesmo.

M9 (G2) – E tem casos assim que eu me lembro, várias denúncias de coisas sérias sobre X ou Y profissional, porque acho que não resolve citar nesse momento... Vários casos que a pessoa tentou, fez denúncia, foi atrás, mas quando chega lá no CRM, por exemplo, existe uma proteção. Na verdade, eu até fico surpresa quando, de fato, acontece alguma coisa, que as denúncias vão para frente, porque a impressão que eu tenho é que o órgão muito mais protege os profissionais do que atua nessa regulamentação das ações, enfim. Essa é a sensação que eu tenho.

M2 (G1) – Eu acho que, quanto ao Conselho de Medicina e de Enfermagem, parece que a gente se sente tão pequeno para iniciar alguma coisa, uma denúncia, para eles diretamente. Parece que a gente vai precisar mesmo de um auxílio de alguém seja maior, de uma instituição maior, para a gente conseguir chegar nisso. Eu acho que é isso, assim.

M1 (G1) – Então, assim, o Conselho, pelo menos o de Enfermagem, que eu tenho mais contato, ele já para os próprios profissionais, ele não ajuda muita coisa, assim. A gente precisa pedir muito, insistir muito, para conseguir o mínimo. E é como as meninas falaram, os Conselhos, eles só tomam peito quando é alguma coisa que acaba caindo na mídia, alguma coisa que tem uma proporção um pouco maior. Se não, é o que eu já tinha falado anteriormente, um profissional meio que acoberta o outro, sabe. Então, é assim: “Ah, vamos fazer uma denúncia, vamos investigar”, mas acaba não tendo muito retorno. Pelo menos no que eu percebo do Conselho de Enfermagem, a gente dificilmente tem um retorno de alguma denúncia ou algum pedido. É bem complicado você conseguir arrumar algum feedback.

M2 (G1) – Eu só acho difícil essa questão do Conselho porque não tem como ser denúncia anônima. Daí que entra nessa questão do medo, porque até o médico será investigado, até ser punido, digamos assim, receber a devida

responsabilização pelo fato, a gente ainda vai precisar... E esses médicos estão aí hospitais e a gente precisa... E, querendo ou não, muitas vezes acaba sendo levado para o pessoal, né. E é esse o medo, não tem como ser anônima a denúncia. Aí se eu não denuncio anonimamente, vou precisar e caio na mão desse médico de novo, como que vai ficar a situação? A gente não tem informação sobre, também, se está sendo investigado dessa forma, se ele vai parar de poder atuar, se ele vai continuar atuando... Ou se a gente for no hospital e precisar desse médico, se vai ser ele que vai atender ou se ele tem alguma questão ética que daí ele não pode atender... Então tem toda uma questão e acho que, por isso, o Conselho, assim, eu não procuraria nem hoje em dia.

Em contrapartida, o ponto seguinte identificado foi a importância do registro apontada pelas mulheres para que seja criado um histórico de ocorrências e, eventualmente, isso seja levado em consideração no caso de alguma situação mais crítica ou processo judicial.

M4 – Não, eu acho super importante fazer a denúncia, por conta de ficar arquivado, digamos assim, a denúncia. Vai ficar, mesmo que eu não tenha uma resposta efetiva, eficiente e rápida, vai ficar registrado, né, que esse médico agiu daquela forma. E se isso ocorrer reiteradamente, várias outras denúncias forem feitas, né, isso vai obrigar os órgãos de representação a averiguar. Eles têm que ter essa ética, assim. Aqui no Paraná é bem complicado, assim, que a questão da violência obstétrica, ela não é tão debatida, ela não é tão denunciada. Mas em outros estados, em São Paulo, outros estados, assim, que tem um movimento maior de parto humanizado, inclusive de médicos também que são humanistas, tem uma resposta do CRM, né e... Do CRM e também do da Enfermagem, né. Mais o CRM, porque geralmente os médicos, né, que são denunciados, que são os responsáveis ali, normalmente, pela violência e tal. Então é importante ter esse registro, é importante as mulheres denunciarem nos órgãos de classe, de representação de classe. Apesar de a gente saber que eles são corporativistas, que eles se protegem – principalmente os órgãos da medicina, o órgão do CRM, mas é super importante ter essa, fazer essa denúncia. Até para criar a cultura de denúncia, uma cultura de que “Olha, a gente está vendo o que vocês estão fazendo”, então...

M7 (G2) – Eu acredito que seja mais rápido de chegar a notificação, mas não que vai resolver quanto a, digamos assim, uma indenização, alguma coisa assim. Mas pelo menos a pessoa vai ficar ciente de que a gente sabe que ela é, sabe o número do registro dela e que vai estar registrado conselho dela, na carteirinha, né. Seria meu primeiro... Se eu denunciasse, seria meu primeiro meio de denúncia.

Percebe-se que, mesmo que indicado o valor do histórico dos registros, essa categoria se mescla com a anterior, visto que muitas mulheres não acreditam que a denúncia neste canal, por si, seria efetiva.

Os Conselhos Municipais, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, foram a classe seguinte dos canais de denúncia

colocada em discussão e geraram três chaves de discussão. A primeira diz respeito ao desconhecimento sobre o serviço realizado por eles.

A segunda chave referente aos Conselhos trata da incerteza sobre a atuação de cada um, já que as mulheres evidenciaram não compreender exatamente o trabalho destes e se eles seriam locais aptos para receber esse tipo de denúncia.

M2 (G1) – De saúde? Tenho pouco conhecimento... Não sei se talvez seria um canal aí para... Eu acho... É que eu, assim, o que eu vejo é que os Conselhos aqui da cidade, apesar de serem de participação popular, a gente não conhece, não sabe quem é, não sabe onde que está, como funciona... Então a população não tem esse conhecimento. Então como que a gente vai procurar um Conselho que a gente não conhece, que a gente não sabe como funciona? Acho difícil por não ter esse conhecimento da população enquanto o que o Conselho faz, o que o Conselho atua, né.

M3 (G1) – Eu também não procuraria os Conselhos, porque parece até que eles são feitos para não serem procurados. A gente tem difícil acesso, a gente não sabe quem são e, se sabe quem são, às vezes sabe que é uma pessoa ligada a alguém que não vai levar adiante. Então é bem complicado. O único Conselho Municipal que eu conheço é o da cultura, mas eu não procuraria um Conselho, não.

M4 (G1) – Eu já fiz parte, já fui membro do Conselho de Saúde por representação da sociedade tal e tal. E nunca vi, no tempo que eu participei das reuniões, nunca vi uma denúncia, receberem denúncias sobre violência obstétrica.

A terceira chave expõe a descrença na efetividade das denúncias realizadas por meio dos Conselhos, principalmente levando em conta sua composição e estrutura, o que gera um certo distanciamento por parte das mulheres que não os avaliam como locais para acolhimento de seus pleitos.

M2 (G1) – Eu acho que o Conselho Municipal da Mulher ainda está engatinhando aqui, né, então... Eu não procuraria.

M1 (G1) – Eu até não teria problema em procurar um Conselho, mas eu não sei se no meu caso presente, por ter sido em um hospital que é regional, que a maior parte dos contratados são terceirizados, se teria alguma efetividade no final das contas. Ser um Conselho Municipal, fazer uma denúncia de um médico terceirizado, de um hospital regional, que é mais ligado ao Estado. Acho que acabaria sendo só uma denúncia para entrar em debate e não levaria a nada, assim, para o médico em si. Talvez não chegasse nem ao conhecimento do hospital.

M4 (G1) – Da área de saúde já apareceram denúncias, sim. Eu acho que a questão da violência obstétrica é um pouco mais complicada, porque o Conselho, como é muito diverso e acho que a grande maioria ali são homens, sei lá, não só umas pessoas assim... Deveriam ser, né, preparadas para ouvir, mas não sei se é um lugar bom para acolher, sabe, violência obstétrica. Não sei se eles têm esse preparo e o cuidado para trabalhar esse tema. Eu acho que teria que ter um preparo deles, né, um mini curso, alguma coisa

para eles estarem sabendo sobre o que é essa discussão e o cuidado que tem que ter para ter essa discussão. Então, é bem... E sem contar que a maioria ali, mesmo sendo representação da sociedade, tem setores ali que na verdade são da Prefeitura, né, são representantes dos órgãos que a gente está querendo denunciar. É bem complicado.

Finalizando esse tópico de discussão, houve o questionamento de outros canais que as mulheres acreditavam que pudessem estar aptos para o recebimento de denúncias de casos de violência obstétrica, sendo três os resultados. O primeiro local citado foi a Delegacia da Mulher.

M3 (G1) – Talvez, em último caso, assim, eu... Uma possibilidade seria a Delegacia da Mulher, mas eu nem sei se... Enfim. Mas talvez fosse um lugar que eu procurasse, pelo menos alguém que pudesse dar uma informação, encaminhar para outro órgão.

M4 (G1) – Eu concordo com a colega. Eu acho que a Delegacia da Mulher poderia receber denúncias de violência obstétrica.

As mulheres também apontaram a possibilidade de atendimento às mulheres por meio de projetos de extensão em parcerias com as universidades do município, onde elas poderiam receber informações e realizar as denúncias.

M2 (G1) – Eu penso, assim, que poderia ser criado talvez um projeto de extensão, alguma coisa, das universidades, com advogados, alguém que pudesse... Pelo menos um setor de informações sobre onde ir, como fazer, com os advogados gratuitos que pudessem auxiliar a iniciar um processo de responsabilização.

M6 (G1) – Então, eu acho que seria muito válido se tivesse um projeto de extensão voltado para essas situações de orientação das mães, o que pode, o que não pode, a própria pergunta “Você conhece a violência obstétrica? Você sabe o que é? Você saberia se enquadrar?”.

Ainda, os grupos de gestante das unidades de saúde foram citados como um canal para a realização das denúncias, já que muitas vezes são o principal meio de informações para as mulheres. Com isso, ali elas teriam o conhecimento sobre o que é violência obstétrica e poderia denunciar sua ocorrência.

2.2.2 Dificuldades para denunciar

Após identificar as concepções das mulheres sobre os canais levantados, a discussão do grupo focal seguiu para uma nova questão: as principais dificuldades para a realização das denúncias. O intuito era reconhecer os motivos pelos quais as

mulheres deixam de levar a conhecimento a ocorrência de situações de violência obstétrica, já que algumas evidenciaram por meio de questionamento anterior que sabiam sobre essa possibilidade.

Foram diversas as chaves de análise encontradas a partir dessa indagação, sendo a principal delas, quase que unânime entre as participantes, a falta de informação, não apenas acerca dos canais de denúncia, mas também sobre a própria questão da violência obstétrica.

M3 (G1) – Se eu tivesse essas informações antes, eu teria denunciado. Mas como faltaram as informações, eu preferi deixar baixo, mesmo.

M4 (G1) – Em nenhum momento do pré-natal, no posto de saúde, no atendimento do hospital, foi mencionado sobre, informado sobre qualquer tipo de canal ou nem mesmo informação sobre o que era violência obstétrica.

M3 (G1) – E se na época do parto eu tivesse acesso a essas informações, se eu tivesse o conhecimento que eu tenho hoje, eu teria denunciado, eu teria ido para frente, eu não teria deixado passar.

M1 (G1) – Eu vou falar por mim. Para mim, o limitante para fazer a denúncia foi não saber a que órgão recorrer.

M8 (G2) – Precisa uma informação melhor nesse sentido para a gente saber onde recorrer.

M1 (G1) – E aí você já não sabe aonde ir, você tem tanta coisa para fazer, para se preocupar, que você acaba deixando de lado porque, enfim, é mais um trabalho, mais um stress você vai ter que passar para descobrir onde ir, com quem falar, que você já nem sabe, no momento que você já tem N outras coisas para se preocupar, enfim. Se fosse mais fácil o acesso, mais difundido, que a gente tivesse mais conhecimento e conseguisse chegar a esses canais de uma forma mais fácil, seria mais fácil fazer a denúncia.

M9 (G2) – Primeiro eu acho que é a falta de informação.

M8 (G2) – Eu acho que falta um pouco a divulgação deles. Porque a gente sabe que tem a violência obstétrica, a gente procura entender melhor, mas em lugar nenhum diz, como ela falou, “Denuncie aqui. Procure tal órgão que você vai conseguir uma resposta”.

Outro ponto bastante citado foi a falta de identificação dos profissionais, já que as mulheres acreditam não ser possível realizar a denúncia sem saber por quem foram atendidas ou que profissional realizou a conduta, não sabendo também se existe alguma maneira para buscar essas informações.

M3 (G1) – Então até pensei em reclamar, mas eu não lembro nem o nome dela e eu achei melhor...

M1 (G1) – E a gente acaba não sabendo nome, né, porque a realidade é que a maioria dos profissionais não se identifica para você. Então você quer você quer denunciar, mas às vezes você não sabe quem você tem que denunciar, você não sabe o nome da pessoa, aí você vai denunciar como? Se você nem sabe o nome da pessoa, né, você não sabe nem, às vezes... Você mal sabe se ela é uma técnica em enfermagem ou enfermeira, médica... Às vezes a pessoa só entra, fala alguma besteira ou faz o tal exame do toque sem nem te dizer “Oi, eu sou o médico fulano de tal, vim pra te examinar”. Só chega, abre as pernas e faz o toque... Você fica sem saber direito o que está acontecendo, né. Então acaba se voltando contra você fazer uma denúncia, às vezes, se você nem souber quem é a pessoa.

M6 (G1) – E é como ela falou, o pessoal não se identifica. Eu não sei nem o nome completo da médica que fez o meu parto. Me parece que isso não fica registrado em lugar nenhum, então... A gente fica muito perdido, né, como ela falou, você não sabe a quem denunciar, de que forma...

M5 (G1) – Eu acho que está muito relacionado ao medo, principalmente quando é no SUS ou, né, em uma emergência, quando você não conhece quem está te atendendo, você não sabe nada do médico, porque você não teve... Cada vez é um médico diferente que te atende, você não sabe se é bom ou se é ruim.

A terceira questão apontada foi que a violência obstétrica é um tema doloroso e difícil e com o qual é complicado de se lidar. É comum que as mulheres fiquem bastante perturbadas e não queiram tocar no assunto, especialmente se for necessário expor para diversas outras pessoas (LEAL et al., 2018; JARDIM, 2019).

M3 (G1) – Era uma ferida que eu não queria mexer mais. Até hoje falar disso ainda me causa muita comoção, dá vontade de chorar e é uma coisa que eu evito tocar no assunto. Então, na época, eu achei melhor deixar baixo.

M8 (G2) – Eu acho que é porque falar dói, também. Pelo menos no meu caso. Eu saí de lá sem entender que aquilo tinha sido uma violência obstétrica e quando eu tive coragem de conversar com o médico e falar da grosseria que fizeram comigo, eu chorava muito e me senti muito humilhada, sabe. Aí eu pensei: “Eu não quero mais ter que falar sobre isso com mais ninguém”. Já tinha sido difícil contar para ele. Hoje, depois de alguns meses, eu estou conseguindo conversar melhor, mas ainda não conto com detalhes tudo o que aconteceu.

M9 (G2) – E segundo, que nem a M8 disse, realmente falar dói. Porque enquanto eu estive lá, nos três dias que eu estive lá, eu tive que relatar isso para mais de 20 pessoas, para mais de 20 enfermeiras e todas as pessoas. Então aquilo já estava mexendo comigo.

Além disso, outro item importante apresentado é o medo que as mulheres têm de eventual retaliação futura por parte dos profissionais, caso precisem buscar atendimento novamente, seja dos mesmos profissionais ou de colegas que de alguma forma as puniriam por corporativismo.

M6 (G1) – Porque eu tinha medo, vamos dizer assim, como eu dependia do SUS na época, de, por exemplo, denunciar X situação lá e daí quando eu voltasse, porque o meu menino precisou de acompanhamento durante 6 meses no ambulatório de recém-nascidos de risco, porque ele teve parada cardiorrespiratória, enfim. E eu tinha medo de depois, para frente, precisar de alguma coisa, porque, muitas vezes, você acaba precisando, literalmente, da boa vontade das pessoas. Às vezes, se for só pelo sistema, o sistema não te ajuda. Você vai para o final da fila, você fica esquecido... Então eu tinha medo, nesse sentido, de precisar de alguma coisa depois e “Ah, mas espera aí, lembra da denúncia contra fulana? Ah, lembro, pois é...”.

M3 (G1) – Essa necessidade de voltar depois deixa a gente coagido. E aí como a minha criança precisava... Ficou bastante tempo na neonatal e depois ainda eu acabei fazendo um plano de saúde, porque ela demandava mais cuidados... Mas a gente sabe que vai precisar voltar e são os mesmos profissionais, eles se protegem e a gente fica com medo e acaba não denunciando por conta disso. Como é que você vai reclamar e depois... É meio ridículo, assim, mas parece que eles vão acabar se vingando de você e esse medo acaba coagindo e a gente acaba ficando acuada.

O item seguinte evidencia que o puerpério exige muito e a adaptação à nova rotina acaba sendo complexa, de modo que as mulheres acabam por deixar para depois a questão da denúncia, especialmente considerando que muitas vezes não possuem informações sobre como fazer isso e precisam pesquisar, demandando um tempo do qual elas não conseguem dispor naquele momento.

M1 (G1) – E aí, nesse momento de pós-parto, a gente acaba ficando tão envolvida... No meu caso na recuperação da cesárea, que eu não sei, eu acho que, por não querer a cesárea, a recuperação foi bastante difícil, cuidar do bebê, se adaptar à nova rotina...

M9 (G2) – Fora que, quando a gente tem um neném, o primeiro bebê, é completamente diferente, é outro mundo. Então não basta vocês estar tendo que conhecer aquele novo mundo, que está na tua mão para você cuidar, fora o teu psicológico que está totalmente abalado por tudo o que você passou...

Também foi pontuado que as mulheres sentem muita gratidão e alívio pelo filho, de modo que deixam a denúncia de lado, inclusive para evitar associar uma situação tão ruim ao nascimento de seu bebê, quando sentem que esse é um momento bastante especial em suas vidas.

M3 (G1) – Mas, na época, também, eu até fiquei indignada e eu queria reclamar, mas analisando toda a situação, depois de tudo o que eu passei, eu só queria esquecer e seguir a vida com a minha criança, e ela estava bem. Ainda bem que, diferente do tratamento que eu tive, o tratamento que ela teve na neonatal foi excelente, então para mim, na época, compensou e eu achei melhor deixar quieto.

M6 (G2) – Mas é como ela falou, a gente acaba ficando tão grata por sair viva, sair com o filho no braço, porque eu também perdi um, que a gente acaba deixando tudo isso passar.

A naturalização da violência obstétrica foi mais uma questão extraída das falas das mulheres, demonstrando que o tema é bastante complexo e necessita de uma discussão mais ampla para que as ocorrências não sejam entendidas como algo normal e corriqueiro dentro do ciclo gravídico-puerperal.

M2 (G1) – Acho que pela naturalização da violência. A gente não entende como violência, a gente acha que é normal, que no parto vai acontecer isso. E a naturalização da violência também faz com que a gente não tenha informações sobre os canais de denúncia, a gente não sabe, não repassam essas informações. Então essa cultura toda da violência contra a mulher, a naturalização da violência, faz com que a gente não saiba.

M3 (G1) – Parece, assim, que não é dada a importância devida e que, já por conta da naturalização da violência... A nossa sociedade, culturalmente, já violenta demais a mulher. A violência contra a mulher já é constante em vários momentos que às vezes a gente nem percebe. E o parto tem essa cultura de ser agressivo. Porque as histórias que a minha mãe conta dos dois partos dela, do que ela passou, as histórias de parto das minhas tias, de todas as mulheres que vieram antes de mim, tem a presença da violência. E é passado, assim, que parece que é natural, que é normal. E aí quando são levantados os debates de que não, isso não é normal, isso não pode acontecer... Tem uma parte da sociedade que luta em combate a isso, mas outra parte ainda vê com naturalidade.

Outro tópico levantado, muito próximo ao anterior, foi o da sensação de menosprezo à denúncia realizada pelas mulheres, de modo que sentem sua dor diminuída e que seus sentimentos não são levados à sério, dificultando que busquem atendimento para as suas queixas.

M3 (G1) – E é complicado, assim, também porque quando a gente vai reclamar ou denunciar, parece que ridicularizam demais a tua queixa e fazem parecer que é pequena demais. Aí você se sente, além de violentado, ridículo. Fazem a gente parecer uma criança mimada que está reclamando porque levou uma palmadinha, sabe. É muito feio o que eles fazem com a gente. Então é melhor não reclamar e evitar, foi o que eu pensei, pelo menos, evitar mais esse estresse, mais essa violência ainda.

Uma outra situação ligada à falta de informação foi a de não perceber a violência sofrida. Seja por desconhecimento do tema ou por não saber todas as formas de violência obstétrica, muitas mulheres não reconhecem que foram vítimas.

M7 (G2) – No meu caso, eu caí em mim 3 meses depois. Então, assim, seria a minha palavra, o que eu estava né alegando, contra a dela.

Ainda, algumas mulheres até podem pesquisar sobre o assunto, mas não percebem o ocorrido de pronto, precisando de alguma reflexão para que constatem que sofreram um caso de violência obstétrica, o que pode ocorrer algum tempo depois, quando acreditam já ser tarde demais para denunciar.

É nesse sentido que a dificuldade de comprovação entra como uma questão, já que as mulheres não sabem como buscar provas, quais delas seriam necessárias para auxiliar na sua denúncia ou mesmo se seria possível denunciar situações em que estas inexistem.

M7 (G2) – Então, assim, eu não tive marca é física, eu não tive testemunhas, foi só o que ela me induziu para fazer a cesárea. Então, assim, como é que eu ia provar? Quando eu percebi, eu fiquei igual a M9, assim, eu só chorava. Faz mais ou menos um ano que eu consigo falar sobre isso, porque eu fui enganada. Na verdade, eu acredito que sem provas, sem credibilidade.

Por fim, o último eixo de discussão ressalta a falta de um local especializado para receber denúncias de casos de violência obstétrica no município também como uma dificuldade para as mulheres. Situação que reforça as dificuldades enfrentadas pelas mulheres para a realização das denúncias, todas interligadas de alguma forma pelas questões de medicalização e de falta do protagonismo.

2.2.3 Possibilidade de realização da denúncia

Como evidenciado pelas respostas das mulheres, um dos principais problemas identificados é a falta de informação. Com base nisso, houve o seguinte questionamento: caso tivessem a informação sobre o tema, fariam a denúncia da situação ocorrida?

As respostas geraram três chaves de análise, sendo a primeira delas a afirmativa de que, sim, com a informação adequada as mulheres denunciariam, como exemplificam as seguintes falas.

M3 (G1) – Eu teria feito. Teria feito em todos os canais possíveis, teria ido gritar nas redes sociais, teria... Para evitar, para levantar o debate, para mostrar a importância disso e para que outras pessoas não viessem a passar por isso também. Acho que a denúncia, ela é bem importante e facilitar o acesso a essas informações também é muito necessário.

M2 (G1) – Eu faria também a denúncia se eu tivesse a informação ou, se fosse hoje em dia, eu faria com certeza a denúncia, iria buscar... E para quem não acontecesse com outras mulheres, né. Porque é importante a responsabilização para que isso não ocorra com outras mulheres.

M7 (G2) – Faria. Faria, sim.

A segunda chave expõe que com a informação, as mulheres talvez fizessem a denúncia. Isso em razão de que, conforme suas explicações, muitas vezes a informação é o mínimo, sendo fundamental que o suporte oferecido vá além disso, em razão da complexidade do tema.

M9 (G2) – De um lado eu faria, pela questão de que a gente tem vontade de justiça, apesar de já ter passado isso, sabe. Mas de outro lado eu não faria porque foi uma dor muito profunda para mim, então eu não conseguiria citar isso novamente.

M8 (G2) – Eu acho que quando aconteceu, nos primeiros dias mesmo, eu não teria coragem de denunciar, porque mexeu demais comigo, eu não conseguia conversar, contar, sem entrar em desespero, sem chorar. Assim, hoje, depois que passaram alguns meses, eu teria coragem de denunciar, mas daí eu não sei se resolveria alguma coisa, por não ter sido logo no começo, logo que aconteceu.

A terceira e última chave exprime que, para casos recentes, é possível que as mulheres ainda tenham o desejo de realizar a denúncia, embora ainda tenham dúvidas de como o fazer.

M1 (G1) – Eu ainda penso em fazer, o meu parto é relativamente bem recente. Não sei muito bem como fazer, sem saber o nome do médico, da enfermeira, do técnico, enfim. Não sei bem onde fazer uma denúncia sem saber quem são essas pessoas, porque eu não sei o nome de nenhum deles, mas eu tenho ainda... Ainda procuro, já procurei em alguns lugares como fazer essa denúncia sem saber o nome dos profissionais, de uma denúncia geral.

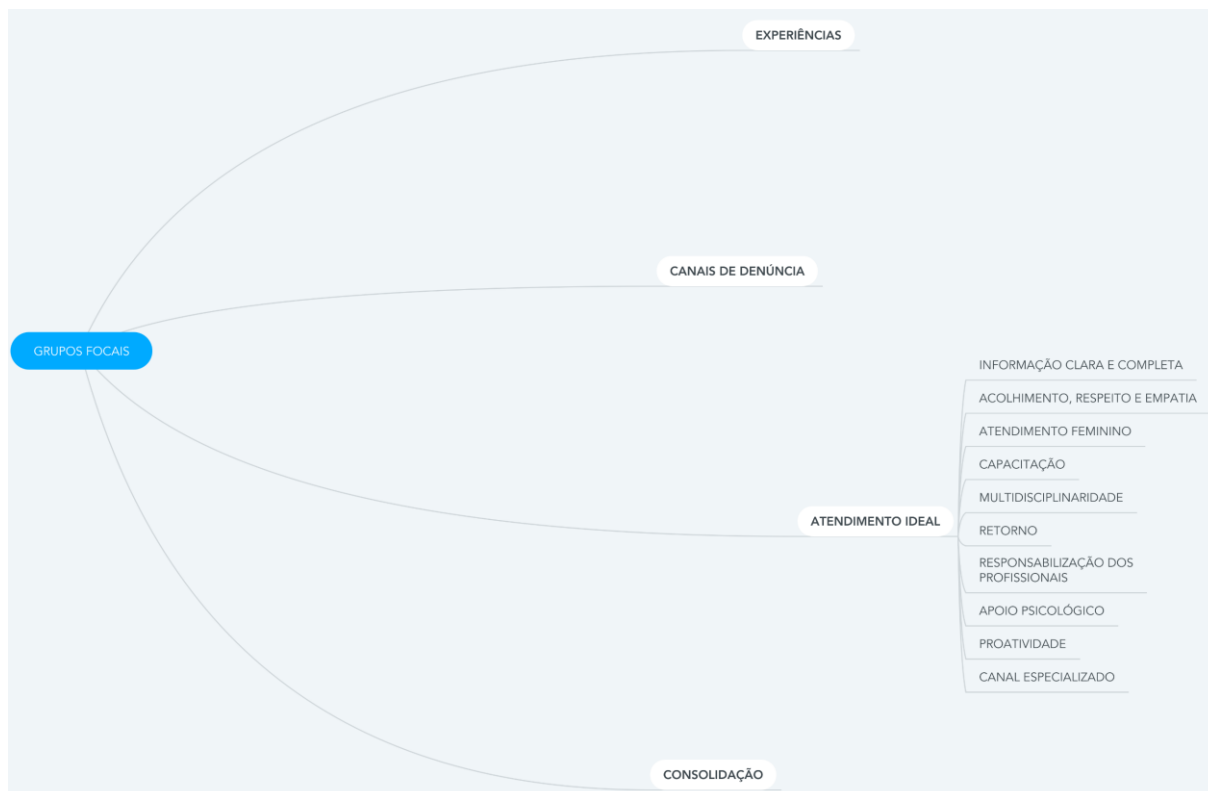
Observa-se que a informação é extremamente necessária para que as mulheres entendam o caso e saibam onde e como denunciar. Todavia, sem um atendimento que ofereça um apoio completo e um olhar holístico para a situação, as mulheres ainda terão receio em buscar os canais.

2.3 BLOCO “ATENDIMENTO IDEAL”

O próximo passo, após entender a compreensão das mulheres sobre a violência obstétrica e suas percepções acerca dos canais de denúncia e as dificuldades em denunciar, era assimilar as questões relacionadas ao atendimento nesses canais.

A busca foi a de identificar quais os pontos mais importantes para que fosse possível receber dos canais um atendimento ideal quando da realização das denúncias, questionando o tratamento que elas gostariam de ter recebido.

Figura 5 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no terceiro momento de discussão dos grupos focais.



Fonte: A autora.

Foram vários os eixos de análise encontrados, sendo o primeiro a informação clara e completa. As mulheres expuseram que sentem a necessidade de uma informação sobre o que é a violência obstétrica, as formas como ela ocorre e onde é possível fazer denúncias no caso de sua ocorrência.

M2 (G1) – Eu acredito que, em primeiro lugar, no atendimento deveria... Como você fez na pesquisa, você colocou para nós antes do formulário quais eram os tipos de violência obstétrica. Em primeiro lugar, se você vai ligar para um local de denúncia, eles falarem já isso, violência obstétrica é isso, isso e aquilo. Aí você já identifica qual é o tipo de violência que você sofreu.

M4 (G1) – Acho que o principal é informação, né. A partir do momento que você, por exemplo, vai em um posto de saúde, que também é um canal, que deveria ser um canal de denúncia, o hospital, deveria ter informativos sobre violência e quais os mecanismos, os órgãos, em que a gente poderia fazer a denúncia. E também os tipos, as formas de violência obstétrica. Isso poderia ser feito no pré-natal, essa primeira abordagem de informação. Acho que no

pré-natal a gente já teria que estar, que ter conhecimento desses canais de denúncia, de atendimento.

M1 (G1) – Ah, o mínimo seria dizer exatamente aonde ir, né, e não como acontece às vezes: “Ah, não, não é aqui”. E onde é? “Não sei”. Geralmente esses mecanismos sabem onde é o lugar correto, né. Mas a gente acaba vendo que um profissional de saúde, às vezes, meio que a acoberta o outro, então não te dá uma direção exata de onde denunciar.

Outro ponto importante foi a informação entre os próprios canais, já que alguns locais podem não estar aptos para receber essas denúncias, mas poderiam, caso procurados, indicar o lugar correto para sua realização.

A segunda chave de análise, a mais mencionada, é a necessidade de um atendimento com acolhimento, respeito e empatia. Por se tratar de um momento de grande fragilidade, a mulher precisa de apoio e muitas vezes não sente isso ao buscar ajuda desses canais.

M3 (G1) – E o mínimo que seria necessário, que é o mínimo, é o básico e muitas vezes não tem é o atendimento de forma respeitosa. Porque a gente é tratada como se ainda estivesse fazendo alguma coisa errada, além de ter sofrido a violência. Não existe “violencinha” e “violenciona”, né? Depende de cada um, de como recebeu isso. E aí a gente acaba falando e é visto como algo sem importância. Então, ser ouvida já seria um passo, ser ouvida de forma respeitosa. Porque muitas vezes a gente acaba procurando algo, vai reclamar e é tratado mal nesse atendimento, aí você precisa procurar um órgão para reclamar do órgão que recebe a denúncia. Então isso acaba ficando bem complicado. Um tratamento de forma respeitosa já seria um começo.

M1 (G1) – Eu acho que o principal é você não se sentir menosprezada na tua queixa. Eu me fechei para as equipes seguintes, porque eu passei por 4 equipes. Só durante o meu trabalho de parto e indução do parto eu passei por 4 equipes diferentes. Então depois do que aconteceu, porque a minha violência foi pré-parto e pós-parto. No parto, em si, até não foi tanto. Mas às minhas queixas, ninguém deu importância, sabe, assim. Eu me queixei para a psicóloga, eu me queixei para a enfermeira seguinte e absolutamente ninguém deu importância. Então independente de qual seja o mecanismo, seria interessante que as nossas queixas não fossem diminuídas, colocadas como pequenas. Porque para quem está escutando, pode parecer uma coisa boba, mas para a gente que está em um momento fragilizado, um momento sensível, por menor que tenha sido – porque eu acho que não existe violência obstétrica pequena, mas, enfim, por menor que tenha sido, a violência ela não pode ser deixada de... Ser menosprezada por quem vai escutar.

M2 (G1) – E ter esse acolhimento também. Você se sentir acolhida, você se sentir respeitada para você poder denunciar, é o essencial. Então, você já sabe ali qual é o tipo em que você se enquadra, que enquadra ali o teu caso de violência, aí em segundo lugar você se sente acolhida. Então você já sabe como fazer. E ser levada de maneira respeitosa, também, essa denúncia.

M7 (G2) – Acho que, no mínimo, com empatia. Não acharem, assim, que a gente está exagerando ou algo do tipo. Acho que é isso, principalmente empatia e respeito sobre o que a gente sente, sobre o que a gente passou.

A chave seguinte está, de certa forma, ligada à anterior. As entrevistadas acreditam que o atendimento realizado por mulheres seria melhor porque o acolhimento e a empatia seriam mais fáceis, diante da possibilidade de identificação da atendente com a denunciante.

M1 (G1) – E talvez por isso o que nossa colega ali falou, seria interessante que esses órgãos não fossem tão compostos por homens, mas infelizmente são. Como eles não passam por esse momento, em hipótese alguma, eles não conseguem entender o que a gente sente, como é o parto, como a gente está fragilizada... Eles não têm essa noção. Então isso talvez também dificulte, você falar sobre isso para um homem talvez seja um pouco mais complicado.

M3 (G1) – E sim, eu acho que precisaria ser feito principalmente por mulheres, porque um homem nunca vai saber o que é passar por isso e eles acabam minimizando a dor, esse sentimento pelo qual a gente passa. Então seria já um começo.

Ainda, a necessidade de capacitação foi outro eixo encontrado, considerando que em muitos casos as pessoas que recebem as denúncias nos canais não conhecem o que é a violência obstétrica, suas formas e não sabem como lidar com a situação e com as mulheres que os procuram.

M2 (G1) – Eu acredito que uma equipe especializada nisso, que tenha tido um curso, uma capacitação, para trabalhar com isso e não: “Ah, é um funcionário aqui, vamos colocar ele nesse atendimento”. Porque também as pessoas levam muito das questões pessoais, muitas vezes, para o profissional. Então se aquela pessoa acredita que violência obstétrica não existe ou que é mimimi, como falam, então ela já não vai levar com seriedade a tua denúncia. Então o mínimo é uma capacitação para esses profissionais, profissionais que levem a sério a denúncia, que entendam, que consigam separar ali o que eu acredito, o que é o meu pessoal, do que é o certo, do que é legislação, o que é o errado, então...

Nesse sentido o item subsequente é bastante importante, já que se verifica a multidisciplinaridade como um ponto de destaque no atendimento, justamente por apresentar profissionais que sabem trabalhar com a questão da maneira compreensiva e delicada que o tema necessita.

M4 (G1) – E a outra situação é que deveria ser multidisciplinar, né, multiprofissionais que receberiam essas mulheres que sofreram violência. A gente sabe que muito da depressão pós-parto e dos problemas que as mulheres têm, são causados durante a gestação, dos traumas que ela carrega do parto. Então seria muito importante ter esse suporte.

Entrelaçada com a anterior, a chave seguinte assinala que, para as entrevistadas, o apoio psicológico é aspecto imprescindível no atendimento, considerando a vulnerabilidade em que geralmente se encontram as mulheres vítimas de violência obstétrica, muitas vezes traumatizadas pelo ocorrido.

M7 (G2) – Eu acho que um apoio psicológico. O principal, né. Porque eu demorei um ano, um pouco mais de um ano, para conseguir também falar sobre e procurar entender. Eu acho que o apoio psicológico, principalmente.

A proatividade também foi um item apontado, especialmente no que diz respeito aos serviços de atendimento do hospital, que, segundo as mulheres, poderiam ir até elas e questionar se tudo correu bem, ao contrário de esperar que as mulheres busquem assistência.

M6 (G1) – Eu acho que com o mínimo de atenção, o mínimo de voz. Que alguém fosse lá e perguntasse para nós como foi que aconteceu.

M6 (G1) – Isso, algo mais próximo, assim, mais efetivo desse serviço. De ser uma ideia contrária, de em vez de a gente procurar porque teve problemas, que eles passassem por toda a ala verificando se está tudo certinho, né, o que precisou e o que não.

Por fim, a existência de um canal especializado para a realização do atendimento às mulheres vítimas de violência obstétrica foi ressaltada como ponto importante para facilitar as denúncias.

M4 (G1) – E com certeza deveria ter um órgão específico para atender as mulheres que sofrem violência durante a gestação e o parto, seria ter de extrema importância. Assim como tem, capenga mas tem, né, a questão do atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica, deveria ter para atendimento dessas mulheres que sofrem violência [obstétrica].

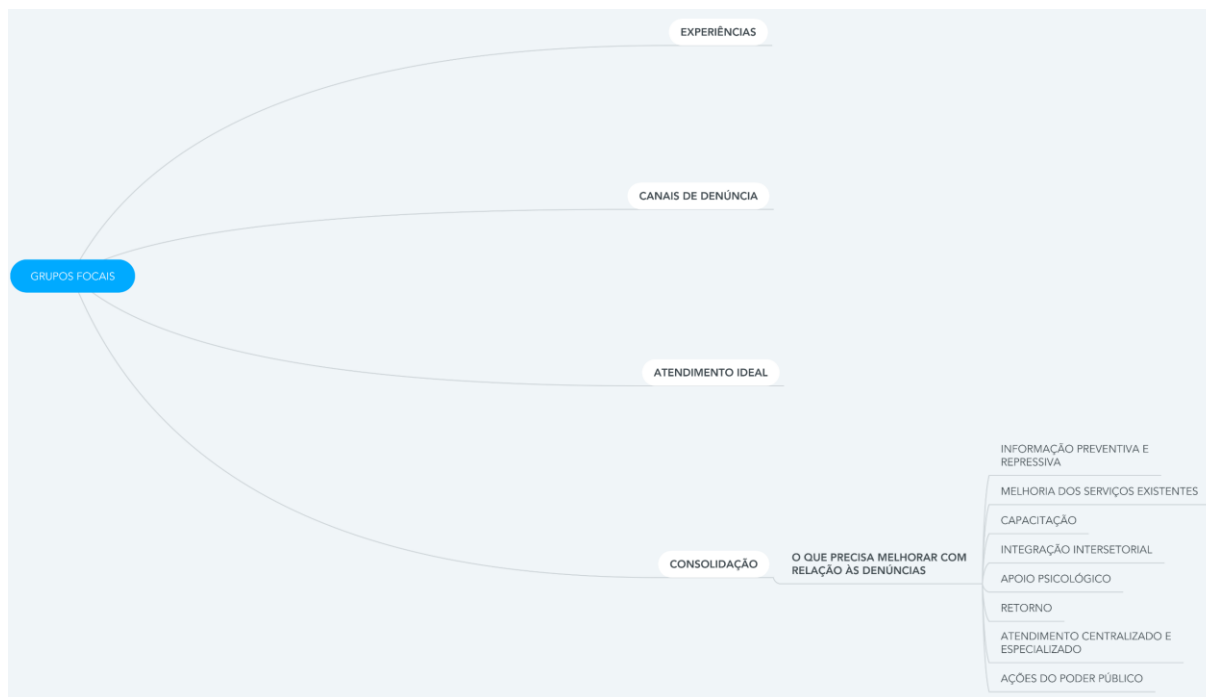
As mulheres conseguiram expor como acreditam que deveria ser o atendimento dos canais de denúncia para as mulheres que sofrem violência obstétrica, bem como o que gostariam de ter tido, mas que não tiveram.

2.4 BLOCO “CONSOLIDAÇÃO”

A última parte do grupo focal foi o momento de consolidação das ideias e da discussão, com apontamentos e proposições do que poderia ser melhorado no

atendimento presente no município de Ponta Grossa, a partir da estrutura que já é encontrada.

Figura 6 – Diagrama dos eixos de análise identificados no momento final de discussão dos grupos focais.



Fonte: A autora.

O principal ponto dessa discussão foi a análise por parte das mulheres dos serviços de assistência existentes e da possibilidade do trabalho em rede, indicando o que poderia ser modificado ou aperfeiçoado, bem como descrevendo ideias de projetos que possibilitariam um atendimento mais completo.

O primeiro eixo de análise, mais citado pelas mulheres e assinalado como o mais importante, foi a informação preventiva e repressiva, com o intuito de evitar situações de violência obstétrica pelo conhecimento e empoderamento das mulheres, mas também para que estas sejam capazes de buscar reparação em caso de sua ocorrência.

M6 (G1) – Eu acho que essa ficha da carteirinha de gestante que a gente faz teria que incluir o mínimo de informações, um serviço, talvez, um local que pudesse atender. A simples pergunta: “Você já ouviu falar em violência obstétrica? Você sabia que é seu direito tal, tal e tal coisa”. Algo talvez não muito longo, mas que já viesse para todas, assim, porque a carteirinha da gestante é exigência em qualquer lugar. Se dentro dessa carteirinha já pudesse ter alguma coisa e, talvez, nas unidades de saúde, dentro dos hospitais, ter um setor específico para atendimento desse tipo de caso, de aconselhamento... [...] Mas eu acho que tem vários lugares onde caberia, de

uma forma bem fácil, um mínimo de luz para a gente saber da questão da violência, de que dá para denunciar, de que dá para correr atrás.

M2 (G1) – Eu acredito que poderia começar mesmo no pré-natal, até as ACS, as agentes comunitárias, poderiam estar levando essas informações nas casas, independente de gestação ou não, porque às vezes uma vizinha ali está gestante, já pode repassar a informação. Então começando com essas informações através dessas agentes comunitárias de saúde, na unidade de saúde também ter essas informações... A partir do momento, como a colega ali falou, a M6, você vai fazer a carteira da gestante, então ali já repassam informações, ter esse tipo de atendimento. Eu acredito que os grupos não são todas que participem, eu nunca participei de nenhum grupo de gestantes. Também nos grupos, mas para além dos grupos, ter alguma informação a partir do momento que você vai fazer a tua carteirinha de gestante, ali já começa o processo informativo sobre a questão da violência obstétrica. Porque quando chega no parto, você já vai estar ciente dos teus direitos, daquilo que você pode fazer, você já assimilou aquilo, né, já está com aquilo ali, então você já sabe: “Olha, essa conduta está errada, não é assim, eu exijo que seja feito dessa forma”. E se, mesmo assim, você acabar sofrendo a violência obstétrica, você ter o mínimo de conhecimento dos canais de denúncia.

M3 (G1) – Precisa melhorar muito a questão da informação. Porque as pessoas ainda não entendem a violência obstétrica como algo real, algo que acontece. A gente acaba relatando, contando e ainda tem muita gente que acha que é qualquer frescura. Então as pessoas precisam ter, assim, a informação clara, precisam realmente dar credibilidade para a questão da violência obstétrica. A gente não tem credibilidade nenhuma quando relata. Então precisa essa credibilidade para o tema.

M9 (G2) – Eles serem mais vistos, porque, na maioria das vezes, a gente não sabe nem 50% desses órgãos. Porque, assim, a gente que passa por violência obstétrica sabe que ela existe e sabe que, sei lá, de alguma forma, a gente tem como falar, por mais que seja escasso. Mas tem pessoas que nem sabem onde denunciar.

M6 (G1) – Eu acho que a mulher mereceria também esse espaço, a gestante precisaria que acontecesse algo muito grande assim de conscientização, campanhas publicitárias, nossa... Muita coisa.

Nota-se que, na opinião das mulheres, essa informação deve ter início no pré-natal, utilizando a estrutura do atendimento às gestantes e os serviços disponíveis, com a difusão ampla do conhecimento sobre o assunto para que ele possa ser levado adiante e não apenas para as próprias gestantes.

Ainda, acredita-se que uma publicidade maior sobre o tema ajudaria na compreensão e conscientização, a exemplo de outras matérias que tiveram maior debate após a difusão na mídia, como a violência doméstica e a violência contra a criança e o adolescente.

Já a segunda chave de discussão expõe a necessidade de melhoria dos serviços existentes, considerando que as falas indicam que as mulheres não sentem que eles funcionam de forma efetiva.

M2 (G1) – O robozinho perguntando como foi o atendimento. É importante isso? É importante. É legal você receber essa ligação. Só que a forma como é colocada, ela já não... Parece que ela não permite que você fale “Não, foi horrível e eu sofri violência”. E também você não sabendo que sofreu violência, você não vai saber como falar isso ali. Então talvez se essa ligação do SUS fosse “Olha, o teu atendimento foi assim? Como foi teu parto? Violência obstétrica é isso... Você acredita que sofreu violência obstétrica? Aperte 5”, sei lá. Algo nesse sentido seria interessante também, porque facilitaria para todas, né. Às vezes a pessoa não se deu conta na hora, mas com essa ligação explicando o que é, ela pode se dar conta da violência. Então eu acho que esse atendimento dessa forma seria bem importante.

M5 (G1) – Eu acho que se pudesse usar a estrutura, por exemplo, da Delegacia da Mulher, que hoje já é reconhecida e tem apoiado e se mostrado sensível a todos os problemas com a mulher, de repente seria um local onde a mulher também sentiria mais à vontade para estar conversando sobre isso. Não há um lugar que a gente possa ir, então de repente usar essa estrutura que já existe na Delegacia da Mulher para poder fazer esse tipo de denúncia, já pudesse ser acolhida de alguma forma, entende? Eu acho que poderia utilizar como um canal mais abrangente para esse tipo de denúncia também.

M7 (G2) – Acho que a agilidade. Agilidade seria é o ideal. Porque, assim, independentemente se a gente demorou um, dois ou três anos para denunciar, uma agilidade nessa resposta, né.

M8 (G2) – Eu acho que poderia ter, dentro do hospital mesmo, alguém responsável para receber essas denúncias. Porque, às vezes, uma própria enfermeira pode ver o que está acontecendo e denunciar ali direto para algo ser feito e a gente não ter que passar por isso.

M7 (G2) – Então eu queria isso, essa imparcialidade, sabe. Que eles fossem completamente imparciais, assim.

Foram citados como pontos a serem melhorados o atendimento prestado pela Delegacia da Mulher, os serviços do hospital, agilidade na resposta e o assistente de atendimento do SUS, por meio do qual a pessoa que utiliza o serviço recebe uma ligação para realizar uma avaliação.

Também foi citada a necessidade de melhoria quanto à imparcialidade ao averiguar as denúncias, já que as mulheres acreditam existir um corporativismo muito grande entre os profissionais dificultando a apuração dos casos.

A chave seguinte encontrada aponta como primordial a capacitação dos agentes que realizam o atendimento nos canais levantados, posto que as mulheres relatam algum despreparo, em maior ou menor grau, em todos eles.

M2 (G1) – E, dentro dos canais de denúncia, pessoas capacitadas para esse atendimento. Porque eu acho que o ponto que não funciona é a falta de capacitação. Em primeiro lugar é a falta de informação e, em segundo lugar, é a falta de capacitação dos funcionários, de quem está fazendo esse atendimento. Então eu acho que essa rede, assim, seria o ideal. Daí você vai, você já sabe, quando chega, se sofreu a violência, você já pode denunciar e

ser muito bem acolhido pelos profissionais que são capacitados para essas questões da violência.

M3 (G1) - E a capacitação, ela é muito importante porque, como a colega falou, eu lembrei de alguns momentos no posto. Eu estava conversando com uma outra menina que já estava com a gestação bem mais avançada e ela estava reclamando das dores, do inchaço e tudo mais, né, que é recorrente. E aí uma das funcionárias do posto falou “É, mas na hora de fazer não reclamou”. Aí como é que a pessoa que trabalha com isso vai e solta um comentário infeliz desse? É muito absurdo, é muito triste. Então a gente já vai se sentindo acuada, vai se sentindo violentada desde o começo. Então essa capacitação é muito importante.

Outro eixo de grande importância identificado foi a necessidade de integração intersetorial entre os canais e dos canais com outros órgãos e agentes, já que em muitos casos a mulher busca o atendimento e não o consegue por falta de aproximação entre eles.

M3 (G1) – Eu acho que tem que ter uma integração maior entre os órgãos de saúde e assistência social da cidade.

M2 (G1) – Eu acho que precisa os órgãos conversarem, porque eles são pontinhos aleatórios. Então ligar, tecer o fiozinho da rede, para que eles se comuniquem entre si. Não necessariamente, então, ser centralizado, mas pelo menos haver comunicação entre eles para ligar esses fiozinhos da rede e formar uma teia, algo que se comunique mesmo.

A falta dessa integração, de uma rede organizada para o atendimento, dificulta a comunicação e o encaminhamento das mulheres, prejudicando a realização das denúncias. Como já mencionado anteriormente, por muitas vezes ao chegar em determinado local a resposta obtida é que aquele canal não recebe esse tipo de denúncia, porém sem qualquer direcionamento aos canais competentes.

Já a chave que expõe o apoio psicológico como ponto a ser melhorado na estrutura atual indica o quanto a violência obstétrica afeta as mulheres, evidenciando as falas anteriores acerca do que as mulheres gostariam de ter tido e não tiveram.

M8 (G2) – Eu acho que também poderia ter um acompanhamento psicológico para quem passe por isso, entendeu? Que eles façam a gente conversar com alguém sobre isso.

Silva, Souza e Leite (2019) destacam que a gestação, que já é um momento de grande sensibilidade, ao ser somada à ocorrência de uma situação de violência obstétrica aumenta as chances de desenvolvimento de algum tipo de trauma. Assim,

o apoio psicológico seria muito importante para amenizar as consequências desse abalo.

O item seguinte aponta para a necessidade de aperfeiçoar o retorno dado às mulheres, uma vez que em alguns casos a denúncia é realizada, porém ao não receberem uma resposta, desacreditam na sua efetividade.

M9 (G2) – Sim, porque eu passei por psicólogo, passei por assistente social, passei por várias enfermeiras, um monte de gente, sabe. E apesar de todas elas me acolherem, entenderem o meu lado, pedirem desculpas, se justificarem e tudo mais, mas, como eu disse, não teve retorno nenhum, ele continua lá.

M7 (G2) – Os responsáveis também falarem, eles também responderem, mesmo que explicando o que houve ou não. Acho que seria o mínimo.

M9 (G2) – Então, no meu caso teve uma pessoa de dentro do hospital, várias pessoas que me ajudaram, só que mesmo assim eu não tive retorno, né.

Ainda, duas outras chaves de análise transpareceram nas respostas das entrevistadas sobre avanços que poderiam ser realizados, porém estes não são exatamente melhorias na estrutura existente, mas sim o desenvolvimento de novas disposições.

A primeira delas foi a questão do atendimento centralizado e especializado, apontada em diversos momentos como uma necessidade para o suporte às mulheres pudesse ser efetivo, com o acolhimento e o recebimento das denúncias de forma qualificada.

M2 (G1) – Talvez centralizar também o serviço, né. Ter para além de só canal digital, porque tem muitas pessoas que não têm acesso ao canal digital, então ter esse local específico que seja, digamos, centralizado, para que pelo menos possa fazer encaminhamento, algo do gênero, assim... E que englobe tudo, tenha um canal de denúncia que seja digital, seja por telefone e seja pessoalmente também, para as pessoas que precisam desse acolhimento maior. Acho que a centralização do serviço e que tenha diversas formas de poder denunciar para se ter o maior acesso, né.

M4 (G1) – Na verdade deveria ter um órgão especializado, né. Assim como de atendimento à violência doméstica ou violência e abuso sexual, teria que ter um órgão especializado, né. Não precisa ser um órgão grande, mas que tivesse uma equipe multidisciplinar.

M7 (G2) – Da rede ideal, assim, eu acho que seria bem interessante um centro apenas para puérperas e mães, assim, depois de algum tempo, específico para isso, um local específico para isso. Porque é tem vastas situações, assim, de violência contra a mulher, então um específico de violência obstétrica eu acho que ajudaria bastante nessa agilidade, nesse retorno, porque estaria focado mesmo na violência obstétrica.

Já a outra foi a da necessidade de ações do Poder Público, não necessariamente municipal, para que esse atendimento seja concreto. Atualmente não existem movimentos em Ponta Grossa/PR nesse sentido.

M3 (G1) – Então, a criação de uma Procuradoria da Mulher ou da própria Secretaria da Mulher é fundamental. Porque aí isso já conseguiria centralizar todas essas questões que envolvem desde a violência contra a mulher, a violência obstétrica, até outras questões que envolvem as mulheres. Isso seria bem importante.

M3 (G1) – Uma política pública específica.

M4 (G1) – E um dos problemas muito graves que a gente tem, no Brasil, é que a gente não tem a tipificação do crime de violência obstétrica. Isso dificulta muito o atendimento dos órgãos que vão receber as denúncias.

A criação de uma Procuradoria ou Secretaria da Mulher para atender as demandas femininas no município de Ponta Grossa, entre as quais as questões relativas aos casos de violência obstétrica, ou mesmo de uma política pública específica revela que as mulheres entendem que o governo municipal precisa organizar um serviço de assistência às mulheres mais eficaz.

Todavia, a necessidade de tipificação da violência obstétrica como um crime depende de lei federal em razão da competência legislativa dessa matéria, estabelecida constitucionalmente, sendo uma questão muito mais ampla. Exatamente por esse motivo a Lei Estadual nº 19.701/2018 dispõe sobre o pagamento de multa em caso de seu descumprimento, mas não determina a criminalização do fato.

Em síntese, foram identificados eixos de análise a partir das falas das mulheres, com a constatação dos principais problemas para a realização das denúncias, bem como foram apontadas, na percepção delas, quais seriam as melhorias necessárias a fim de atingir um atendimento ideal pelos canais de denúncia. O próximo passo da pesquisa é o de entender como funciona o atendimento realizado por esses canais e como os agentes percebem as contradições dos serviços disponíveis para atender as mulheres.

3 REDE INTERSETORIAL: FRAGMENTAÇÃO E A FALTA DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DAS MULHERES

E1/DM - O atendimento em rede, se existe, eu desconheço. Eu conheço aquilo que a gente conhece, a rede de atendimento à mulher vítima de violência doméstica, que a própria lei de violência doméstica ela prevê a existência de uma rede de atendimento multidisciplinar para esses tipos de casos. Mas, assim, sobre violência obstétrica eu desconheço e até acredito que não haja nenhuma legislação especial sobre isso, né.

Evidencia-se pelas falas das mulheres que vivenciaram situações de violência obstétrica nos grupos focais que não se tem clareza de onde buscar acolhimento e de como ter acesso aos serviços para realizar a denúncia. Verifica-se que há um forte anseio para que haja um espaço de atendimento, de modo que, como passo seguinte da pesquisa, me dirigi às instituições que, em tese, prestariam essa assistência a fim de ouvir suas contribuições acerca do tema das denúncias.

Dos grupos focais, diversos tópicos emergiram e constatou-se que muitas mulheres têm interesse em procurar atendimento e suporte diante das situações vividas, de modo que é necessário acolhê-las e assisti-las da melhor forma possível. Nesse sentido, a questão emergente diante do exposto foi acerca dos locais mais apropriados para esse atendimento, sobre quais seriam os canais aptos para o recebimento de denúncias desse tipo de situação.

No início da pesquisa havia feito o contato exploratório por ligações telefônicas a todos os possíveis canais que foram citados empiricamente e, agora, a fim de conseguir as respostas para os questionamentos que foram surgindo ao longo do percurso, passei a realizar entrevistas com agentes de cada instituição citada na pesquisa empírica. Esse movimento de dialogar com os canais, além de ser parte do processo de pesquisa, é também um movimento de resposta a essas mulheres.

Todavia, para dar início à trajetória do diálogo realizada com os canais de denúncia, é necessário partir de alguns conceitos preliminares sobre as temáticas de rede, iniciando por um conceito geral até consolidar a concepção que embasa este trabalho, no sentido de uma rede de atendimento a uma necessidade por meio de políticas sociais.

Ao pensar em rede, ainda que em diferentes campos, geralmente a ideia é a de uma estrutura que se entrelaça. Castells (1999, p. 164) explica que “uma rede, por definição, não tem centro e sim nós, de diferentes dimensões e com relações

internodais que são frequentemente assimétricas. Mas, enfim, todos os nós são necessários para a existência da rede”.

As ideias de Bocaccin (2001) são tomadas por Sanicola (2008, p. 13) ao expor que “o conceito de rede, tanto no singular quanto no plural, é usado para definir sistemas que se encontram conectados, malhas de comunicação, estratégias empregadas por indivíduos ou a ‘forma’ das relações sociais”. E ao analisar uma rede enquanto um sistema de organização para articulação de processos, Sanicola (2008, p. 13) afirma que:

O conceito de rede indica um “objeto” que cria uma relação entre pontos mediante ligações entre eles que, cruzando-se, são amarradas e formam linhas de maior ou menor densidade. No ponto de ligação, ou seja, no nó e por meio do nó, acontecem trocas sinérgicas.

Para Inojosa (1999, p. 120), a rede “[...] é aquela que se tece com a mobilização de pessoas físicas e/ou jurídicas, a partir da percepção de um problema que rompe ou coloca em risco o equilíbrio da sociedade ou as perspectivas de desenvolvimento social.” E nas palavras de Carvalho e Guará (1995, p. 11)

O novo conceito de rede ganha complexidade, pois não são suficientes apenas o compartilhamento de objetivos comuns e a adesão a certos procedimentos tecnológicos e processuais. Há igualmente a exigência de uma adesão ou sintonia com expectativas e valores culturais dos agentes e organizações que a compõem. Por isso mesmo, observa-se que as redes modernas mantêm-se num processo contínuo de busca de legitimação através de fluxos ativos de informação e interação.

Assim, a atuação em rede se trata de um conjunto de sujeitos que se encontram conectados de alguma forma, com maior ou menor proximidade, para alcançar determinado objetivo. “Falar do trabalho em rede, portanto, pressupõe um movimento dinâmico que funciona à base de ligações de um trabalho coletivo, cuja agilidade e eficiência dependem de ações conjuntas e compartilhadas” (BRASIL, 2006a, p. 14).

Todavia essa conexão entre os agentes precisa ser bem estruturada em função de certa necessidade, caso contrário não será efetiva, apesar da soma de esforços. Bourguignon (2001, p. 5) ressalta que

O termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de

serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal.

A compreensão da própria articulação também se faz importante para entendermos o quanto isso é necessário no trabalho em rede. Para Gonçalves e Guará (2010, p. 12) “articular-se significa sobretudo fazer contato, cada um mantendo sua essência, mas abrindo-se a novos conhecimentos, à circulação das ideias e propostas que podem forjar uma ação coletiva concreta na direção do bem comum.”

A articulação e a animação de uma rede dependem do envolvimento de pessoas com um grau razoável de sensibilização e disposição para aprender, pois o trabalho em rede exige formação continuada dos envolvidos. Comumente, a própria rede já favorece o processo de capacitação dos participantes, mas, muitas vezes, é necessário ampliar conhecimentos e acelerar mudanças com base em uma formação específica para que a atuação em rede seja mais produtiva. (GUARÁ, 2010, p. 55).

O nível de articulação faz toda a diferença para o desempenho de determinada rede. Nesse sentido, Schraiber et al. (2012) diferenciam o funcionamento em trama do funcionamento em rede. As autoras ressaltam que o funcionamento em trama articula os serviços apenas parcialmente, com fluxos de encaminhamento determinados e incompletos, sem formar uma assistência conjunta e holística.

Em contraposição, na atuação em rede a articulação entre os serviços deve incluir necessariamente uma interação entre seus agentes, a fim de produzir consensual e conjuntamente o projeto de ações, por meio de discussões amplas que englobem múltiplos setores e/ou serviços disponíveis às mulheres que viveram situações de violência (SCHRAIBER et al., 2012).

A atuação em ‘rede’ requer, assim, um determinado modo de funcionamento, que não é dado apenas pela existência de um conjunto de serviços, pois o conjunto pode expressar só uma somatória de intervenções, com serviços justapostos cuja atuação não necessariamente estabelece alguma integração assistencial. É isto é bem provável que aconteça, em razão dos serviços operarem como unidades de vinculações institucionais e tradições assistenciais distintas entre si, já que estão aderidos a intervenções pertencentes a culturas profissionais bastante diversas. Nesta configuração, os serviços embora voltados para atuarem em casos de violência, efetivam seus desempenhos em torno de problemas percebidos como individualizados e distintos entre si. Assim, não se reconhecem mutuamente como instituições que reforçam suas intervenções e que de fato possam ter algo a compartilhar. (SCHRAIBER, 2012, p. 237-238).

Gonçalves e Guará (2010, p. 12) também ressaltam a importância do trabalho conjunto ao expor que “o movimento em direção ao outro pode trazer boas surpresas quando se descobrem recursos e apoios possíveis tão próximos e tão ignorados quando atuamos individualmente.”

As ações em rede necessitam ser trabalhadas de maneira intersetorial para que consigam integrar seu atendimento, tornando-o mais harmônico e eficiente ao agregar sujeitos, saberes e experiências. A intersetorialidade se constitui pelo desenvolvimento de ações integradas, articuladas e estrategicamente coordenadas, superando a gestão segmentada e fragmentada das políticas sociais, em prol da resolução de problemas e desafios específicos (BRASIL, 2016).

Junqueira (2004) expõe que a intersetorialidade é uma nova forma de atuar, constituindo um novo modo de planejar, articular, executar e controlar a prestação de serviços, a fim de garantir um acesso com maior equidade. A autora afirma que

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e de determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade. O homem é considerado na sua integralidade, superando a autonomização e a fragmentação que têm caracterizado a gestão das políticas sociais para uma dimensão intersetorial. (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Dessa forma, é importante explicitar claramente as atribuições de cada agente ou serviço, bem como compreender suas limitações para que seja possível desenvolver estratégias de articulação com fluxos condizentes com suas possibilidades.

Também é importante considerar o atendimento intrassetorial, que trata do conjunto de ações coordenadas que ocorrem dentro de determinado setor. Assim, nos hospitais, por exemplo, conforme Oliveira, Delziovo e Lacerda (2014, p. 25) a rede intrassetorial diz respeito aos “serviços que compõem uma rede de atenção a pessoas em situação de violência no setor da saúde”. A complexidade da atenção na questão da violência obstétrica demanda que os serviços se esforcem para articular as redes de atenção intra e intersetoriais.

Couto, Yazbek e Raichelis (2010, p. 39) frisam que “a intersetorialidade deve expressar a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social básica ou especial e ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas nas distintas áreas”.

Por sua complexidade, o atendimento às denúncias de casos de violência obstétrica, como forma de violência contra a mulher, necessita de uma atenção em rede que seja intersetorial e articulada, posto que esse tipo de situação é experimentada de formas multifacetadas pelas mulheres, demandando profissionais múltiplos em uma rede de enfrentamento para um atendimento adequado.

Para a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011), o conceito de rede de enfrentamento está relacionado à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, objetivando desenvolver estratégias de prevenção e repressão da violência contra a mulher, ao passo que a rede de atendimento diz respeito ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores, no intuito de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento. Dessa forma,

A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres é marcada, portanto, pela multiplicidade de serviços e de instituições. Esta diversidade deve ser compreendida como parte de um processo de construção que visa abarcar a multidimensionalidade e a complexidade da violência contra as mulheres. Todavia, para que o enfrentamento da violência se efetive, é importante que serviços e instituições atuem de forma articulada e integrada. No âmbito da assistência, é fundamental que os serviços trabalhem a partir de uma perspectiva intersetorial e que definam fluxos de atendimento compatíveis com as realidades locais os quais devem contemplar as demandas das mulheres em suas diversidades. A perspectiva da intersetorialidade representa, portanto, um desafio na medida em que insta a uma ruptura com o modelo 'tradicional' de gestão pública, que tende à departamentalização, à desarticulação e à setorialização das ações e das políticas públicas. (BRASIL, 2011, p. 16).

Assim sendo, a rede de enfrentamento necessita estar inserida em uma política para que sua efetividade seja plena no atendimento àquela demanda, de modo que sua incorporação em uma rede de proteção social é fundamental para que o desempenho dessa assistência seja integral.

Segundo Guará (2010, p. 46) “a proteção social pode ser compreendida como um conjunto de processos, recursos, estratégias e ações mais ou menos formais, oferecido aos indivíduos ou grupos nas diversas circunstâncias e eventos naturais ou emergenciais a vida social e pessoal”.

Para a autora, “as redes de proteção social podem configurar tramas de relações e conexões mais ou menos estruturadas que visam substituir as tradicionais, e ainda presentes relações verticalizadas e hierarquizadas dos serviços. Com esse

movimento, podem criar configurações e pactos temporários ou mais permanentes.” (GUARÁ, 2010, p. 49). Além disso, é necessário ressaltar que:

A Rede de Proteção não requer necessariamente um novo serviço, ou uma nova obra, mas sim uma concepção que dá ênfase à integração e intersetorialidade. A concepção de Rede permite que novos parceiros se agreguem, ampliando o espectro inicial de instituições e, portanto, de alternativas de intervenção. Ampliar parceiros, envolver instituições governamentais e não governamentais e a comunidade, são algumas diretrizes que norteiam a Rede de Proteção. (BRASIL, 2006a, p. 14)

Guará (2010) aponta que quando há participação de diferentes organizações em uma rede de proteção social, é necessário compreender os diferentes níveis de poder, estrutura, cultura etc., sendo necessário que se respeitem e que se discutam as diferenças na busca de convergência para ações e projetos comuns.

Para Gonçalves e Guará (2010, p. 15) “construir redes significa apostar em relações humanas articuladas entre pessoas e grupos que, no debate das diferenças, possam ajustar intenções mais coletivas e produtivas para todos”.

A articulação com todas as redes formais e especificamente com as redes de proteção sociocomunitárias é fundamental e ocorre em diferentes níveis. Para tanto, atores ou grupos que tenham maior habilidade nessa tarefa devem ser identificados e mobilizados a colaborar nessas ações. São “os pontos da rede” que assumem continuamente as ações de articulação internas e externas à rede. (GONÇALVES; GUARÁ 2010, p. 17).

As entrevistas realizadas com agentes responsáveis pelos canais de denúncia apontados na pesquisa empírica inicial foram muito importantes para a compreensão da situação atual do atendimento às mulheres vítimas de violência obstétrica e para refletir acerca das possibilidades de uma rede intersetorial.

As mulheres que sofreram algum tipo de violência durante o ciclo gravídico-puerperal precisam de uma rede que esteja inserida em uma política pública visando atender uma necessidade social. A partir dos conceitos analisados no contexto das redes, nota-se que não se pode buscar apenas a articulação entre os serviços de atendimento a uma demanda, mas na verdade é crucial desenvolver a conexão e a sinergia dos serviços públicos para acolher, atenuar, resolver e encaminhar de forma integral as situações-problema que emergem de determinada sociedade.

A integralidade é uma concepção complexa que possui diversas análises, sendo que, nas palavras de Carnut (2017, p. 1179) “a principal delas está inscrita na

Constituição Federal de 1988, que relata o ‘atendimento integral’ como a necessidade de compreender o indivíduo enquanto um todo holístico, um ser biopsicossocial em sua essência”. Para Silva et al. (2017, p. 794)

Integralidade na atenção é definida como um princípio do SUS que, considerando-se as dimensões biológicas, culturais e sociais do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender às demandas e às necessidades no acesso à rede de serviços.

Após ouvir as mulheres que passaram por situações de violência obstétrica, nota-se que elas desejam um atendimento articulado e integral por parte dos canais de denúncia. Trata-se de uma situação complexa, já que o problema envolve os setores de saúde, justiça e psicossocial.

Por meio dos grupos focais surgiram diversas questões para nortear as entrevistas: Existe algum tipo de atendimento? Esse atendimento possui alguma integração entre os agentes e com as redes de proteção existentes? Existe uma rede intersetorial de atendimento às mulheres que envolva saúde, direitos e assistência psicossocial?

Assim sendo, a etapa seguinte foi buscar o diálogo com os canais citados na pesquisa empírica e nos grupos focais, especialmente em função dos pontos abordados nas discussões realizadas com as mulheres. O intuito foi compreender como as instituições recebem essas mulheres e seu papel nessa assistência para casos de denúncia/reclamação de situações compreendidas como violência obstétrica.

3.1 ENTREVISTAS COM OS CANAIS DE DENÚNCIA

Nas palavras de Olsen (2015, p. 22) “uma entrevista é uma construção mútua”. Para a autora (OLSEN, 2015, p. 22), “as entrevistas têm uma sequência flexível para que qualquer ideia ou alegação possa ser explorada”.

Nesse sentido, a escolha foi pelo formato semiestruturado, no qual, conforme Olsen (2015), a estrutura básica é definida previamente, mas podem ser utilizados estímulos ou questões que surgem no decorrer do percurso para dar seguimento. O roteiro base da entrevista semiestruturada pode ser consultado no Apêndice C.

A teoria da entrevista compreensiva desenvolvida por Kaufmann (2013) também foi utilizada nesta etapa, tanto no momento de realização das entrevistas

como nos momentos de análise das transcrições, comparação e formação dos diagramas.

Kaufmann (2013, p. 40) afirma que “o entrevistador está ativamente envolvido nas questões, para provocar o envolvimento do entrevistado. Durante a análise de conteúdo, a interpretação do material não é evitada, mas, ao contrário, constitui elemento decisivo”.

O objetivo das entrevistas com as pessoas que integram os canais de atendimento de instituições que potencialmente acolhem e encaminham denúncias de violência obstétrica foi de compreender como se estes recebem denúncias de situações de violência obstétrica, como ocorre o serviço nas instituições e os fluxos de atendimento. A ideia foi a de conversar com agentes de todos os canais de denúncia citados na pesquisa empírica inicial, listados no quadro abaixo.

Quadro 3 – Possíveis canais de denúncia disponíveis em Ponta Grossa/PR citados em pesquisa empírica.

1. Instituição Hospitalar Pública (Agente da ouvidoria, psicólogo e assistente social) – 3 agentes
2. Instituição Hospitalar Privada (Psicólogo e assistente social) – 2 agentes
3. Ouvidoria da 3ª Regional de Saúde - 1 agente
4. Ouvidoria Municipal de Saúde – 1 agente
5. Ouvidoria da Instituição Hospitalar Privada e do Plano de Saúde – 1 agente
6. Ouvidoria da Secretaria de Estado da Justiça, Família e Trabalho – 1 agente
7. Ouvidoria da Secretaria de Estado da Saúde – 1 agente
8. Disque-denúncia 181 da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária – 1 agente
9. Delegacia da Mulher – 1 agente
10. Defensoria Pública Estadual – 1 agente
11. Ministério Público Federal – 1 agente
12. Ministério Público Estadual – 1 agente
13. Conselho Municipal de Saúde – 1 agente
14. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher – 1 agente
15. Conselho Regional de Enfermagem – 1 agente
16. Conselho Regional de Medicina – 1 agente

Fonte: A autora.

À exceção do Conselho Regional de Medicina, que não aceitou participar, e da psicóloga da instituição de saúde privada, que afirmou não atender demandas relacionadas a situações de violência obstétrica naquele hospital, todos os outros agentes foram entrevistados.

A seleção do primeiro canal de denúncia a ser entrevistado partiu da proximidade da própria pesquisadora, que, como advogada, possuía mais intimidade com as instituições jurídicas. Desse modo, inicialmente foi escolhido um canal ligado ao sistema de justiça, qual seja a Delegacia da Mulher, em razão do aceite imediato e rápido agendamento. Em seguida, foram enviados convites a todos os outros e a sequência das entrevistas que se seguiu baseou-se na ordem de aceite e agendamento.

A fim de possibilitar que todos os canais pudessem ser entrevistados, em razão das restrições ocasionadas pela pandemia do novo coronavírus (Covid-19), foi necessário realizar as entrevistas de forma online, por meio do aplicativo *Google Meet*.

Após as entrevistas, as gravações foram transcritas e o todo o texto foi disposto em uma planilha contendo as perguntas e as respostas para facilitar a análise. E com o intuito de favorecer a compreensão durante a leitura, os canais de denúncia entrevistados foram identificados com siglas de seus nomes e o número da entrevista por ordem de realização na planilha e ao longo do texto. O quadro com os números e siglas dos canais entrevistados está disposto a seguir, ainda que estas constem na lista de siglas dos elementos pré-textuais.

Quadro 4 – Lista de número das entrevistas e siglas dos canais.

NÚMERO DA ENTREVISTA	SIGLA	CANAL ENTREVISTADO
E1	DM	Delegacia da Mulher
E2	OMDS	Ouvidoria Municipal de Saúde
E3	DP	Defensoria Pública
E4	MPE	Ministério Público Estadual
E5	ORS	Ouvidoria da Regional de Saúde
E6	OPS/OIHPR	Ouvidoria do Plano de Saúde e Ouvidoria da Instituição Hospitalar Privada
E7	CMS	Conselho Municipal de Saúde
E8	DD	Disque-denúncia 181
E9	ASIHPR	Assistente Social da Instituição Hospitalar Privada
E10	PIHP	Psicóloga da Instituição Hospitalar Pública
E11	ASIHP	Assistente Social da Instituição Hospitalar Pública
E12	OIHP	Ouvidoria da Instituição Hospitalar Pública
E13	OSESA	Ouvidoria da Secretaria de Saúde
E14	CMDM	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher
E15	OSEJUF	Ouvidoria da Secretaria de Justiça e Família
E16	COREN	Conselho Regional de Enfermagem
E17	MPF	Ministério Público Federal

Fonte: A autora.

Ainda, a fim de proporcionar uma melhor contextualização das respostas apresentadas, abaixo segue uma tabela com o perfil dos e das agentes que foram entrevistados em cada um dos canais de denúncia participantes.

Quadro 5 – Lista com o perfil dos agentes entrevistados em cada canal.

NÚMERO DA ENTREVISTA	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	TEM FILHOS? SE SIM, QUANTOS?	TEMPO DE ATUAÇÃO NA FUNÇÃO
E1/DM	Feminino	34	Pós-graduação	Sim, 2 filhos	9 anos
E2/OMDS	Feminino	38	Pós-graduação	Sim, 1 filho	7 anos
E3/DP	Feminino	36	Pós-graduação	Sim, 1 filho	7 anos
E4/MPE	Feminino	38	Graduação	Sim, 1 filho	1 ano e 6 meses
E5/ORS	Feminino	61	Graduação	Sim, 1 filho	10 anos
E6/OPS/OIHPR	Masculino	40	Pós-graduação	Sim, 1 filho	6 anos
E7/CMS	Masculino	30	Graduação	Não	5 anos
E8/DD	Masculino	–	–	–	–
E9/ASIHPR	Feminino	28	Graduação	Não	1 ano
E10/PIHP	Feminino	33	Graduação	Sim, 1 filho	8 anos
E11/ASIHPR	Feminino	37	Mestrado	Não	7 anos
E12/OIHP	Feminino	35	Graduação	Sim, 1 filho	6 meses
E13/OSESA	Feminino	45	Pós-graduação	Sim, 3 filhos	3 meses
E14/CMDM	Feminino	47	Graduação	Sim, 3 filhos	2 anos
E15/OSEJUF	Masculino	63	Graduação	Sim, 1 filho	1 ano
E16/COREN	Feminino	43	Pós-graduação	Sim, 2 filhos	3 meses
E17/MPF	Feminino	37	Graduação	Não	1 ano

Fonte: A autora.

Após a transcrição das entrevistas e a disposição na planilha, as perguntas feitas foram divididas em quatro grupos de acordo com as temáticas demarcadas por cores, sendo eles: acolhimento e atendimento (amarelo), processo de denúncia (vermelho), efetividade e resolutividade do atendimento (laranja) e conhecimento e informação sobre a temática (azul).

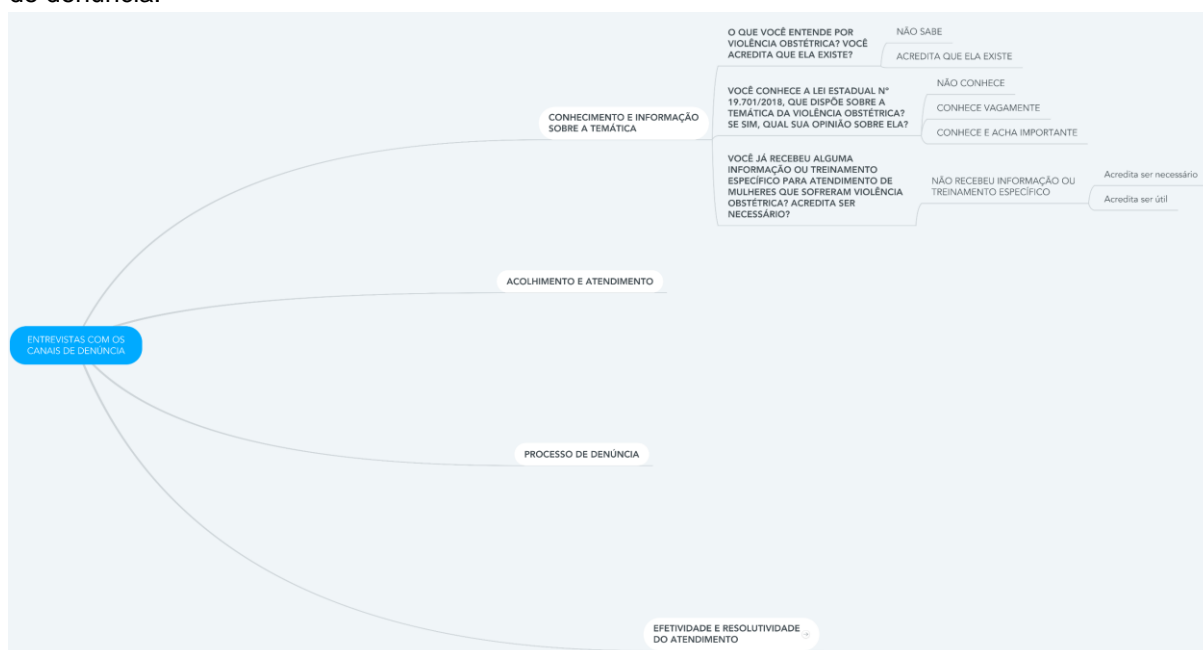
Em seguida, foram identificados os eixos de análise a partir das respostas às perguntas realizadas. Depois, foi montada uma árvore de conceitos e, com base no processo de classificação e divisão realizado, os dados encontrados foram inseridos em um mapa mental produzido no *site* MindMeister (<https://www.mindmeister.com/>). A inserção dessa vez foi apenas das chaves de análise e não das respostas completas, em razão da grande extensão dos dados.

Esse processo foi novamente realizado a fim de facilitar a visualização, produzindo um diagrama, como preconiza a *grounded theory*. O diagrama completo se encontra no Apêndice H e, a seguir, serão discutidos os eixos de análise.

3.1.1 Tópico “Conhecimento e Informação sobre a Temática”

O primeiro tópico extraído das perguntas realizadas aos agentes durante as entrevistas aborda o conhecimento dos canais acerca do tema violência obstétrica e da legislação paranaense que versa sobre o assunto.

Figura 7 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no primeiro tópico das entrevistas com os canais de denúncia.



Fonte: A autora.

O questionamento inicial deste tópico foi sobre o que o responsável pelo canal entende por violência obstétrica e se este acredita que ela existe. Foram dois eixos de análise encontrado, sendo o primeiro a resposta de que o entrevistado não sabe do que se trata.

E15/OSEJUF – Não tenho nem noção do que seja uma violência obstétrica. Juro que eu não tenho conhecimento do que seria.

O segundo eixo encontrado aponta que o restante dos entrevistados possui algum conhecimento sobre o tema violência obstétrica, de modo que descrevem o que ela seria da maneira como a compreendem.

E1/DM – Eu acredito que a violência obstétrica seria se ela fosse, de alguma forma, ofendida pelos profissionais ali que estão atendendo ela, como eu já falei anteriormente, ou sofresse algum tipo de preconceito e não somente agressões físicas, mas agressões psicológicas à mulher. [...] A mulher sabe

entender o que seja uma agressão contra o seu corpo, então se ocorrer algum excesso durante esse exame, eu acredito que seja uma violência, né. Então, assim, eu entendo que seja isso.

E3/DP – A violência obstétrica é todo o tipo de violência que a mulher passa. Pode ser uma violência psicológica que mulher está passando ali, pode ser uma violência física e até mesmo... [...] Então tem a questão da violência física, tem a questão do consentimento, tem a questão de como a mulher quer ter esse bebê, como que o hospital aceita que a mulher tenha esse bebê [...]. Então, assim, tudo o que vá contra o consentimento da mulher eu entendo que seja uma forma de violência.

E6/OPS/OIHPR – Eu acredito que seja qualquer afronta a situação daquela gestante, seja no pré-parto, parto ou pós-parto, entendo que seja uma afronta. Se eu entendo que ela existe, eu acho que daí depende de cada gestante, como ela se sente naquele momento, porque eu acho que realmente o processo gestacional, um processo que é peculiar das mulheres e que ela tem, como ela está se sentindo, como ela entendeu ou compreendeu aquele atendimento que está sendo prestado a ela.

E8/181 – A violência obstétrica se refere aos vários tipos de agressão às mulheres gestantes, seja no pré-natal, no parto ou pós-parto e segundo a Lei Estadual nº 19.701 de 20/11/2018 pode ser praticada por quaisquer profissionais de saúde, de estabelecimentos públicos ou privados, incluindo redes de saúde suplementar e filantrópica e serviços prestados de forma autônoma. Tendo em vista que uma legislação específica foi criada é notável a existência de tal violência.

E10/PIHP – Eu acho que é tudo que tira o protagonismo dos pacientes, de modo geral, mas nesse caso das mulheres é algo meio violento, assim. Acho que as mulheres reconhecem os seus corpos, elas têm os seus próprios desejos.

Nota-se que a compreensão dos canais sobre o que é a violência obstétrica está em consonância com a literatura científica sobre o tema, expondo que se trata de qualquer forma de violação dos direitos da mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal que a ofenda física, psicológica ou sexualmente e retire seu protagonismo ou seu consentimento.

A segunda pergunta desse tópico foi se o entrevistado conhece a Lei Estadual nº 19.701/2018, que dispõe sobre a temática da violência obstétrica e, em caso positivo, sua opinião sobre ela. Três chaves de análise foram encontradas e a primeira delas é a indicação de que os canais desconhecem essa legislação.

E1/DM – Não conheço.

E3/DP – Não conheço.

E15/OSEJUF – Não. Não tive oportunidade de ler por completo a Lei.

A chave seguinte aponta que alguns canais conhecem vagamente o texto legal, sendo que apenas ouviram falar sobre ou até tiveram algum contato, porém sem se aprofundar.

E5/ORS – Não muito. Eu li assim, mas não me aprofundei. Porque, como eu falei, não é que eu não tenha que saber, claro que eu tenho sim, só que como aqui na Ouvidoria tudo que chega a gente encaminha para as seções e as seções avaliam e encaminham para onde tem que ser solucionado, orientado de alguma forma, então assim, não é que não tem, a gente tem acesso, mas como são outras pessoas que respondem, nós temos os auditores também, não é uma coisa assim, não sou eu que respondo.

E6/OPS/OIHPR – Eu não conheço ela a fundo. Sei, tenho conhecimento de que ela existe, mas nunca fiz a análise dessa legislação.

E12/OIHP – Sim, já ouvi falar. Eu participei de uma palestra que essa enfermeira que eu te falei, que é específica da obstetrícia, ela faz lá no hospital e ela falou sobre essa lei, sim. Eu não sei bem detalhada, não tenho bem conhecimento, mas ela pincelou sobre essa lei.

Já a terceira chave de análise expõe que alguns canais conhecem a legislação e acreditam que ela é importante, ainda que precise de um certo trabalho para que seja efetivada plenamente.

E2/OMDS – Como todas as outras legislações, falta efetividade delas na prática do dia a dia. A gente vê que a maior dificuldade nossa da Ouvidoria é efetivar as leis. As leis estão aí para serem seguidas, mas a efetivação das leis é a maior dificuldade que nós enfrentamos na Ouvidoria para assegurar o direito dos pacientes.

E4/MPE – Conheço. Não tenho opinião formada, sinceramente. Eu acho que ela é válida, ela é importante, como qualquer coisa que vem para auxiliar, mas, assim, eu acredito que não adianta a gente ter a legislação sem ter a forma de aplicar ela efetivamente e acredito que a gente tem uma dificuldade na questão da aplicação dela. É que legislação você vai ter para praticamente tudo, mas o problema é que se gente faz a legislação e não se dá meios para que aquilo seja cumprido de maneira efetiva. Então a gente estava ficando com essa dificuldade, porque legislar simplesmente não é tão simples, acho que precisa de um pouquinho mais do que isso. [...] A gente sabe que muito mais do que o que está na legislação, é importante ter os meios para que a gente possa efetivar alguma coisa.

E11/ASIHP – Eu acho assim, que as legislações que estão colocando o assunto no debate têm o seu papel. Existem controvérsias com relação à tudo isso, como eu já falei, mas é importante que isso venha a aparecer em forma de legislação, porque pelo consenso, digamos assim, entre profissionais das diferentes áreas e os grupos que debatem isso, se não existe uma legislação que coloca em pauta e que fala, então, dessas questões do respeito do parto, a gente não consegue avançar, muitas vezes justamente por essa diversidade de formas de pensar.

E13/OSESA – Sim, conheço. E, assim, se fosse seguir do jeito que está lá, seria tudo perfeito. A Lei é clara! Então, é isso mesmo. Eu acho assim que,

no momento, eu não vejo que tenha que mexer em nada, eu vejo que se o processo realmente for adiante, tem lá a pena contra aquele profissional, porque, no meu ponto de vista, as pessoas realmente tem que ser de alguma forma, eu não vou dizer punida, mas cobrada. [...] Então assim, a Lei, para mim, eu estava até dando uma revisada nela hoje, está perfeita.

Por fim, a última pergunta deste tópico foi se os entrevistados já receberam alguma informação ou treinamento específico para atendimento de mulheres que sofreram violência obstétrica e se acredita ser necessário esse tipo de capacitação.

Apenas um eixo de análise foi encontrado, pois nenhum canal disponível em Ponta Grossa/PR foi treinado para recepcionar as mulheres que buscam denunciar situações de violência em seu ciclo gravídico-puerperal.

Entretanto, duas chaves foram identificadas a partir deste questionamento, sendo a primeira delas que muitos canais acreditam ser necessária uma capacitação para esse tipo de atendimento.

E3/DP – O que existe na Defensoria, sempre tem várias... Principalmente agora nessa época de pandemia, tem sempre várias *lives*, então a gente participa dessas *lives*, principalmente pelo NUDEM que pratica bastante as *lives* com relação aos direitos das mulheres.

E5/ORS – Não. Acredito, sim. [...] Algumas mulheres podem achar que isso é normal, essa violência que elas que elas recebem, que seja uma coisa normal e não é, então eu acho que seria legal essa capacitação.

E13/OSESA – No momento nós não temos. Mas assim, como eu te falei, isso me abriu portas. Você ter entrado em contato e ter me falado. Eu já até tinha conversado com a Letícia, que você conversou, da gente estar fazendo o levantamento, da gente fazer isso e deixar claro no sistema sobre a violência, até falei para ela “vamos fazer uma capacitação junto com a equipe que comanda a parte das gestantes” para a gente sempre estar... Porque realmente, se a gente for analisar, passa despercebido infelizmente.

E14/CMDM – Não [tiveram treinamento]. Por isso que eu falo para você da ausência dessa capacitação. Deveríamos ter, sim. Muito necessário.

Já a segunda aponta que alguns canais acreditam que a capacitação seria bastante útil para auxiliar na recepção das denúncias, ainda que não seja efetivamente necessário por já existirem outros treinamentos.

E7/CMS – Nesse caso, não, porque como é uma pauta muito específica e como nós ali trabalhamos mais com o controle social, contratos e tudo mais, mas não foge da questão de ter a inclusão, por exemplo. [...] Então são feitos treinamentos de capacitação continuada para que eles conheçam os protocolos a serem adotados e qual é o fluxo desses protocolos. Inclusive, por parte do Conselho, a gente não tem um treinamento específico sobre essa temática, mas quando o gestor público municipal vem apresentar algumas pautas, a gente sempre pergunta como é que está a capacitação continuada.

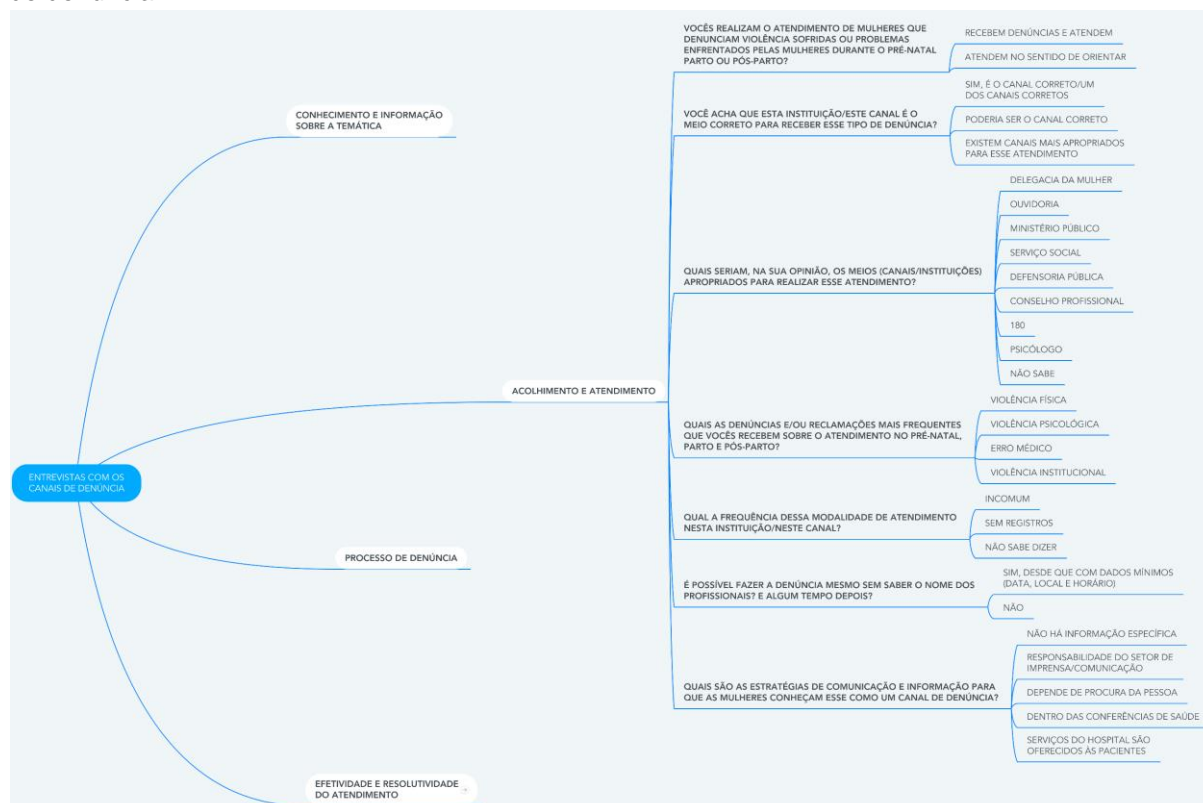
E17/MPF – Eu acho que é útil. Necessário? Necessário parece que está faltando alguma coisa, então isso eu acho que não está faltando, acho que todo mundo é bem atendido, bem recebido, mas eu acho que seria, sim, útil, com certeza.

Este ponto é muito significativo por demarcar o nível de conhecimento sobre a violência obstétrica que os canais e seus agentes possuem. Nota-se que há um grave problema quando um canal responsável legalmente por receber denúncias desse tipo de situação afirma não ter informação sobre o tema e a legislação existente. Ademais, o acolhimento, quando existe, não está acompanhado de treinamento específico e especializado, o que denota problemas de organização e gestão dos serviços para esta problemática.

3.1.2 Tópico “Acolhimento e Atendimento”

O segundo tópico das entrevistas versava sobre questões relacionadas ao atendimento prestado pelos canais. As perguntas tratavam sobre a existência ou não do acolhimento às mulheres, a forma como isso ocorre e a visão dos canais sobre a melhor forma de receber as denúncias.

Figura 8 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no segundo tópico das entrevistas com os canais de denúncia.



Fonte: A autora.

A pergunta inicial deste grupo era se os canais entrevistados realizam o atendimento às mulheres que denunciam violências sofridas ou problemas enfrentados durante seu pré-natal, parto ou pós-parto. As respostas foram positivas, de modo que todos os canais expressaram que realizavam alguma forma de atendimento, com a divisão em duas chaves.

A primeira chave explicita que os canais são responsáveis por receber as denúncias e realizar o atendimento da demanda, ainda que alguns deles nunca tenham, de fato, recebido alguma.

E1/DM – Nós realizamos o atendimento. Na verdade, o nosso aqui é de violência doméstica, especificamente, ou violência sexual sofrida por mulheres ou pessoas que se declaram do gênero feminino. Recebemos também denúncias de outros tipos de crimes, a gente tem esse padrão de atendimento. Os boletins de ocorrência, mesmo de outros crimes, podem ser registrados aqui na Delegacia da Mulher, que são devidamente distribuídos para as delegacias competentes pela investigação. Sobre, especificamente, em relação à violência pré, durante ou após o parto, nós também recebemos denúncias e dependendo do tipo de crime que no caso a mulher sofreu, a gente dá a sequência nas investigações ou em caminha para a delegacia competente, tudo sob análise da autoridade policial.

E2/OMDS – Sim, sim, realizamos atendimento tanto das unidades de saúde do município, bem como das maternidades credenciadas, desde a época do antigo [nome do hospital] até hoje [...].

E8/181 – O Disque Denúncia 181 é um canal de recebimento de denúncias onde são coletadas informações de mais de 50 tipos de naturezas criminais, dentre elas a Violência Contra a Mulher, onde está incluída a violência obstétrica.

E11/ASIHP – Olha, em geral as mulheres que conseguem reconhecer – que são poucas as que conseguem reconhecer situações de violência, elas acabam chegando, sim, para o serviço social, para o assistente social para fazer o atendimento. Muitas vezes não necessariamente porque elas reconhecem esse serviço como um ponto de procura, de ajuda para essas situações, mas também porque a equipe reconhece muitas vezes.

E15/OSEJUF – Sim. Olha, até o momento eu não tive nenhuma demanda sobre esse fato.

A segunda chave identificada indica que os canais atendem a esse tipo de situação, mas que esse atendimento é no sentido de orientar as mulheres sobre onde devem buscar auxílio concreto.

E3/DP – Na área jurídica, nessa situação específica que você está mencionando, o que a gente faz é a orientação jurídica. Nós não temos a atribuição específica para entrar com uma ação aqui em Ponta Grossa relacionada a essa temática. O que poderia ocorrer, dentro da área que a

gente atua aqui em Ponta Grossa, seria na seara criminal, se alguma vítima de violência doméstica vai até a delegacia, relata que aconteceu uma lesão corporal contra ela ou que aconteceu uma situação de maus-tratos e posteriormente a gente poderia atuar na seara criminal. Mas que eu me recorde, desses 7 anos que teve aqui, eu atuando aqui em Ponta Grossa, não me recorde nenhuma situação específica com relação a violência contra a mulher nos temos obstétricos, não me recorde dessa situação.

E7/CMS – Sim. Como que funciona o Conselho? É a participação popular na Administração Pública através de conferências. [...] A finalidade do Conselho é tanto na participação popular, pessoas do povo que se reúnem lá para discutir orçamento e tal. Daí lá tem a divisão: eu lá represento os usuários, mas tem os trabalhadores, os gestores, os prestadores de serviço da área de saúde e os usuários. Dentro do Conselho, nós temos as comissões e essas temáticas como o atendimento à violência obstétrica ou qualquer outro tipo de denúncia vem para a Comissão de Fiscalização e Denúncia, onde, havendo a necessidade, elenca-se 3 conselheiros, há conselheiros titulares ou suplentes, para ir fazer uma visita àquela instituição denunciada e também ouvir o denunciante. [...] Quando ela vem e traz uma demanda para nós, a gente faz uma escuta ativa e já fala para ela que o mecanismo que você pode ter uma resposta mais rápida é por parte da Ouvidoria Municipal ou Estadual ou do próprio Ministério Público, entendendo que há um procedimento a ser adotado, que daí esbarra também na burocracia. Então como há um procedimento a ser adotado de levar essa reclamação para a Comissão, a Comissão se reunir, elencar 3 pessoas, acaba sendo um pouco moroso esse procedimento. A gente tentou fazer algum tipo de fluxo para tentar minimizar essa questão, mas infelizmente há esse rito a ser seguido, então para que aquela pessoa tenha um atendimento mais eficaz, mais célere, ou seja, mais rápido, a gente acaba tendo como acolhimento para aquela pessoa o Conselho, quando ela vem lá e nos procura, mas para o atendimento em si, para ela formalizar a denúncia, nas Ouvidorias ou no próprio Ministério Público.

É importante ressaltar que o Conselho aponta que pode realizar o atendimento efetivo, mas que, em razão do procedimento burocrático de apuração dos fatos, opta por encaminhar as denunciantes para outros canais que possam acolhê-las de forma mais ágil.

E apesar de todos os agentes afirmarem que os canais entrevistados realizam o atendimento de alguma forma, seja diretamente ou para direcionamento, durante a pesquisa empírica das ligações para esses locais, nem todos deram essa mesma resposta, sendo que alguns simplesmente responderam negativamente.

O questionamento seguinte era se o canal entrevistado acredita ser o local correto para receber denúncias de situações de violência obstétrica, o que gerou três eixos de análise. O primeiro deles foi a afirmativa de que sim, o canal acredita ser o local correto ou um dos locais corretos para o acolhimento desse tipo de denúncia.

E1/DM – A Polícia Civil em si, eu falo não só como Delegacia da Mulher, mas também como Polícia Civil, é competente, sim, para receber. Qualquer delegacia competente para receber, no caso. Mas se a mulher se sentir mais

à vontade em ser atendida dentro de uma delegacia especializada, ela pode, sim, procurar a Delegacia da Mulher para estar sendo orientada e estar fazendo seu registro e declarações.

E2/OMDS – Eu acredito que é o meio mais correto para ser investigado, encaminhado e apurado essas situações de violência obstétrica que ocorrem no município, porque a partir dessas denúncias nós temos um contato direto com o Ministério Público, com o Conselho Regional de Medicina, quando necessário, ou de Enfermagem também, para que possam ser encaminhadas as demandas e tomadas as devidas providências.

E4/MPE - É um dos canais. Não somos o único, com certeza, mas é um dos canais e é um canal, digamos, bastante relevante. Apesar de não ser o único, ele é um canal bastante relevante.

E10/PIHP – Eu acredito que sim, porque o momento da internação hospitalar é um momento em que a mulher está bastante fragilizada, assim. Geralmente é o pós-dor, ainda está ali no blues puerperal, que a gente chama, que é um momento de hormônios se adaptando, se adequando no pós-parto, então eu acho que cabe bastante. São mais ou menos 3 dias que as puérperas ficam internadas com a gente, quando tem bebês, e nesse período algumas conseguem abrir ali para nós relatos de violência que sofreram ou no pré-natal ou durante o atendimento, assim.

A segunda resposta a esse questionamento foi a de que este poderia ser o canal para recebimento desse tipo de denúncia, caso as condições fossem diferentes das apresentadas, mas que as condições proporcionadas no momento inviabilizam o atendimento efetivo.

E3/DP – Se nós tivéssemos efetivamente a atuação aqui em Ponta Grossa, que a gente não tem, eu acredito que seria o correto a gente receber a denúncia, até mesmo porque a gente poderia dar os encaminhamentos, a gente poderia encaminhar ofício até mesmo para a Delegacia para averiguar a situação, poderíamos encaminhar ofício para a Secretaria Estadual, para o Município para verificar o que aconteceu. Mas atualmente, como não temos defensores suficientes aqui em Ponta Grossa, que deveria ter mais de 18 defensores aqui em Ponta Grossa nós somos, infelizmente, aqui em Ponta Grossa atualmente nós temos, 3 [...]. Se tivéssemos defensores na área de atuação, eu acredito que seria um meio adequado e efetivo para essas denúncias.

A terceira resposta obtida para esse questionamento é de que existem locais mais apropriados para receber denúncias de violência obstétrica. Não se trata de uma negativa direta do serviço, posto que na questão anterior todos afirmaram realizar alguma forma de atendimento, mas sim de uma afirmação de que outros locais poderiam atender melhor a essas mulheres.

E7/CMS – O Conselho de Saúde é um poder independente dentro do sistema de saúde, então por isso que ele é deliberativo, mas para essas questões, a Ouvidoria seria o melhor canal ou o próprio Ministério Público, porque a Ouvidoria tem muito mais pessoas que podem estar atuando e um processo

de sindicância, porque normalmente a causa da violência obstétrica muitas vezes é inodora, digamos, não aparente, porque é um constrangimento físico ou moral e que acaba não sendo algo assim de fácil comprovação. Então como há necessidade de haver essa comprovação, os mecanismos corretos seriam as Ouvidorias ou o próprio Ministério Público, porque eles conseguem ter uma amplitude, no processo de sindicância chama o profissional que supostamente tenha cometido aquela infração, aquele mau atendimento, e também chama a mulher ali para ser ouvida, para entender melhor o que aconteceu. Não se descarta essa possibilidade de dessa pessoa vir procurar o Conselho, mas o meio mais eficaz, mais célere, seriam as Ouvidorias Municipal e Estadual ou o próprio Ministério Público.

E11/ASIHP – Não se trata de denúncia, porque na verdade, assim, o serviço social dentro do hospital não vai ser um canal de denúncia, ele é um ponto de atendimento, então ele vai se diferenciar disso. O serviço social, sim, pode orientar essas mulheres sobre os canais de denúncia, pode ajudar ela nessa reflexão da importância de se fazer um registro, de se fazer a denúncia, de se fazer a comunicação, daquilo que ela está percebendo como uma coisa errada que aconteceu durante esse atendimento... Mas não se trata... O serviço social não é um canal de denúncia, ele não tem esse poder, são outros os espaços. Aí a gente pode fazer as orientações para que ela siga com relação a denúncia que ela recebeu, que ela tem para fazer.

E14/CMDM – Veja, como nesse fato da violência obstétrica há uma pessoalidade, então exige-se também que ela seja formalizada nos órgãos competentes. Não existe, digamos assim, uma medida administrativa para punir esses crimes, sabe, então realmente elas têm que correr via Judiciário. A via do Conselho é uma via administrativa, então o encaminhamento que ele faz realmente é só a fiscalização nesse sentido, mas ela não vai trabalhar, então há a necessidade realmente do registro do boletim de ocorrência.

E16/COREN – Eu acredito que se for pensando na parturiente, na mulher ou na gestante, não é o canal correto. Pensando pelo lado profissional, da conduta profissional, se o profissional realmente infringiu alguma lei do Código de Ética perante essa paciente, aí sim seria o canal correto, então depende de que âmbito você analisa a situação. Esse lado pela paciente, para poder acolher, como um local de acolhimento não é o melhor lugar, não é onde os profissionais estão lá capacitados para acolher essas pessoas. Agora, por outro lado, isso tem que chegar para o Conselho, porque o conselho tem essa função de estar punindo os maus profissionais, então existem os dois lados da situação.

Nesse ponto algumas considerações importantes são necessárias. O Conselho Municipal de Saúde demarca novamente sua pontuação a respeito do encaminhamento que realizam das denunciadas para outros canais em razão da burocracia procedimental a que está sujeito. O Conselho Municipal dos Direitos da Mulher apresenta uma perspectiva semelhante em sua resposta.

O Conselho Regional de Enfermagem aponta que outros locais seriam mais aptos para o recebimento de denúncias partindo do pressuposto de que não basta receber essa reclamação, mas sim oferecer um atendimento acolhedor e mais completo, de modo que não acredita que consiga fazê-lo. Assim, apesar de poder

receber as denúncias, pontua que o atendimento proporcionado ali não oferece a integralidade necessária.

Ainda, com relação ao atendimento prestado pelo serviço social dos hospitais, a resposta obtida reforça que não se trata de um canal por si só, mas faz parte de uma rede intrasetorial das instituições hospitalares em conjunto com psicólogos e as ouvidorias. Isso é uma delimitação importante para não impor uma carga excessiva ao trabalho desses profissionais, apesar de sua atuação ser primordial com relação aos encaminhamentos para os canais mais adequados, bem como para colaborar na execução de medidas internas.

O ponto seguinte de discussão foi a opinião dos canais sobre qual seria o local mais correto para receber denúncias de situações de violência obstétrica. A partir dessas menções, foi feita uma nuvem de palavras para facilitar a visualização das respostas, por meio do software *Mentimeter* (<https://www.mentimeter.com/>). Foram inseridos manualmente no sistema os nomes das entidades no exato número em que foram citadas para formar a apresentação, sendo que quanto mais vezes a palavra aparece, maior e mais central ela fica na imagem.

Figura 9: Nuvem de palavras indicando a opinião dos canais entrevistados sobre qual seria o local mais adequado para receber denúncias de situações de violência obstétrica.



Fonte: A autora.

Os locais mais citados como corretos para receber denúncias e, conseqüentemente, maiores e mais centrais na imagem foram a Ouvidoria (7 menções), a Delegacia da Mulher (6 menções) e o Ministério Público (5 menções). A

Ouvidoria foi mencionada de forma geral, sem definir exatamente qual das opções deveria ser procurada ou se todas elas seriam adequadas.

Em seguida, os Conselhos Profissionais, a Defensoria Pública e o serviço social também foram citados como locais corretos para o recebimento de denúncias nesse sentido. Por fim, o psicólogo e a Central de Atendimento à Mulher 180 também foram mencionados, além de haver entrevistados que disseram não saber a resposta.

Alguns dos locais mais citados pelos canais como adequados ao recebimento de denúncias vão ao encontro dos locais mais citados também pelas mulheres que foram ouvidas: Ouvidorias, Ministério Público e Conselhos Profissionais, reforçando a imagem de importância na resolução desse tipo de situação que apresentam.

Como visto, a Delegacia da Mulher é compreendida pelos próprios canais como um dos locais mais adequados para acolher as mulheres que sofreram violência obstétrica. Todavia, é pertinente frisar que, conforme resposta anterior da própria Delegacia da Mulher, esse órgão tem competência legal para receber denúncias de situações de violência obstétrica que configurem crimes tipificados no Código Penal Brasileiro, de modo que se a situação de violência obstétrica narrada não caracterizar um crime, é possível que este local não possa atendê-la.

Passando ao tópico seguinte, as denúncias recebidas entraram em pauta. O questionamento feito foi sobre quais as denúncias ou reclamações mais frequentes de situações de violência obstétrica foram recebidas pelos canais. As respostas apontam e descrevem determinados episódios que chegaram ao conhecimento das entidades. A fim de facilitar a exposição, essas situações foram categorizadas no quadro abaixo de acordo com a classificação do Quadro 2.

Quadro 6 – Situações de violência obstétrica denunciadas aos canais.

(continua)

TIPO DE VIOLÊNCIA	EXEMPLO DESCRITO
<i>FÍSICA</i>	E2/OMDS – Então, assim, as mais graves que nós já recebemos de violência foram de, após ao parto cesáreo, a paciente teve o clitóris cortado durante o procedimento de uma forma incorreta, o que foi gerou uma lesão e foi necessária uma correção com cirurgia plástica na paciente. Nós tivemos também vários casos de, ao realizar o toque, infelizmente de uma forma mais agressiva, constrangedora com as pacientes [...].
	E4/MPE – Da gestante é de forçar o parto normal é o mais comum. Forçarem o parto normal, normal, normal e aí a criança vem a falecer.
	E10/PIHP – [...] durante o parto já atendi alguns, como aquele pique que eles cortam ou a paciente que tem vontade de fazer uma cesárea e acaba sendo induzida para o parto normal ou vice-versa, gostaria de fazer um parto normal e acaba que a equipe decide pela cesárea, é esse tipo de queixa que são as mais comuns assim.

(conclusão)

<i>PSICOLÓGICA</i>	<p>E2/OMDS – [...] também problemas, assim, de condutas de atendimento, de mau atendimento, de grosserias durante a realização do pré-natal, tanto na básica, na atenção básica, no centro da mulher e também nas maternidades credenciadas.</p> <p>E3/DP – Eu não sei muito a frequência, os estagiários¹¹ que passam para a gente ou os assessores jurídicos, porque são eles que realizam esse atendimento, mas é mais assim que a mulher se sentiu mal com o tratamento que foi dispensado a ela na hora do parto</p> <p>E13/OSESA – [...] veio também bastante, assim, palavras de baixo calão da equipe, sabe, a falta de humanização de atendimento no momento em que ela mais precisa.</p> <p>E17/MPF – [...] uma gestante que acho que passou mal, quis atendimento no hospital e foi recebida com estupidez.</p>
<i>INSTITUCIONAL</i>	<p>E5/ORS – Olha, é como eu te falei, a gente recebe muito pouco, talvez por falta de conhecimento, mas é assim... Antes, quando nós tínhamos o Hospital [nome do hospital], nós tínhamos muita reclamação de demora no atendimento, chegava no hospital e ficava aguardando, ninguém procurava, mas isso já tem muito tempo, então era esse tipo. Ou então também quando havia a maternidade [nome da maternidade], aqui em frente à Regional, as reclamações que a gente tinha eram que eles não deixavam ficar com acompanhante, com o marido, no caso. Aí a resposta que eles davam era porque não tinham quartos adequados e mesmo que a gente dissesse que tinha que conversar com a outra gestante, caso tivesse no mesmo apartamento, enfim, isso nós tínhamos.</p> <p>E10/PIHP – Tem bastante queixa assim de chamarem e não serem atendidas a pronto, rapidamente, quero dizer. Ou ser desconsiderada sua dor, por exemplo, chamam elas de poliqueixosas, quando elas se queixam demais.</p> <p>E12/OIHP – Então, agora tem diminuído bastante as reclamações que a gente tem tido em relação a isso, mas uma época tinha bastante, a maioria era referente ao pré-natal, às vezes demora do atendimento médico e... Que eu lembre, a maioria era sobre a demora de atendimento médico ou insatisfação com o atendimento médico.</p> <p>E13/OSESA – Muitas foram muito parecidas, vamos dizer assim, sabe. Eu estava lendo cada uma delas, a maioria, nesse momento, foi por conta da pandemia, que não estavam permitindo acompanhantes. Veio bastante sobre isso [...].</p> <p>E16/COREN – Teve um caso assim em que a paciente, por exemplo, ela ia doar o bebê, mas isso não era para todo mundo saber, isso quem tinha que saber era a assistente social e, de repente, algum outro órgão dentro do hospital, mas a alguém da equipe acabou falando e isso constrangeu a paciente.</p>
<i>ERRO MÉDICO</i>	<p>E4/MPE – A maioria gritante é erro médico. De longe, é erro médico, é o que a gente mais recebe.</p>

Fonte: A autora.

¹¹ De acordo com o art. 1º, § 2º, da Lei nº 11.788/2008, a Lei do Estágio, “o estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho”. Nesse sentido, o estágio deve ser uma oportunidade de experiência e desenvolvimento profissional para os estudantes e não uma forma de suprir necessidades de determinados órgãos e instituições. A posição dos estagiários deve ser de acompanhamento para fins de aprendizado e não de transferência de responsabilidades em função de deficiências das organizações, especialmente com relação ao pessoal. Essa pontuação é necessária ao considerar a importância do acolhimento e do atendimento das mulheres que buscam denunciar situações de violência obstétrica em razão da fragilidade que podem apresentar diante da complexidade do tema.

Após compreender um pouco mais sobre os registros das situações de violência obstétrica que chegaram ao conhecimento dos canais, o questionamento foi sobre a frequência desse tipo de comunicação. Alguns canais relataram que esse tipo de denúncia é incomum.

E1/DM – Não, não é comum. Eu acredito que seja até raro, porque a gente tentou fazer um breve levantamento aqui e nós não encontramos registros desse ano ou do ano passado sobre esse tipo de violência, sabe.

E4/MPE – Ah, é muito pouco. É muito pouco. Eu não sei se por desconhecimento, mas é muito pouco. Não chega... Como eu disse, da violência obstétrica que dá para caracterizar como violência obstétrica unicamente, umas 3 que a gente teve.

E10/PIHP – É baixa. É baixa, mas eu acredito que não seja porque tenha poucas, mas por conta daquilo que eu te falei de eu ser mais alguém da equipe, sabe. Então as vezes o vínculo já está contaminado, vamos dizer assim.

E11/ASIHP – Como eu falei para você, como ela não vai aparecer para nós assim qualificada como violência, aquela que aparece qualificada como uma violência obstétrica, que seja uma violência gerada por um profissional em decorrência do atendimento obstétrico é muito reduzida. Então assim, nesse tempo todo se eu atendi umas 2 demandas que eram claras nesse sentido foi muito. Elas vêm muito diluídas em outras queixas, em outras demandas, então elas vão vir aparecendo ali como a não compreensão do que aconteceu, aí eu não sei se eu devia estar tá aqui ou não, eu não entendo porque que é que comigo foi diferente do que com a outra... Então elas vêm assim, às vezes, muito pouco processados, então a gente precisa compreender o que ela vem trazendo, a gente precisa instrumentalizar ela para que ela possa também reconhecer isso, mas de uma forma também de não plantar uma violência que não existe na cabeça dela. Então é uma coisa delicada muitas vezes, porque às vezes elas vêm despreparadas sobre o assunto para o parto, elas não conseguiram ter acesso, não quiseram pensar ou não tiveram referências para pensar sobre isso antes. Então elas vêm para o parto, elas estão em um momento vulnerável, fragilizado, elas vão trazer para nós que somos profissionais, que conhecemos ela ali naquele momento, alguma dessas demandas e a gente não sabe de qual é o histórico de conhecimento dela ou não daquilo que ela está né trazendo para nós. Então muitas vezes é delicado assim, no sentido que se mesmo agora pensando que estou reconhecendo ali uma possível violência, como que eu vou também abrir isso para ela de uma forma que não tenha partido dela? Quanta consequência também eu posso gerar se eu trago isso de uma forma tão aberta? Então é bastante delicado. Nosso instrumento é sempre a informação e a reflexão que tente fazer com que ela consiga perceber, mas que isso e para que isso também não seja mais agressivo do que o que ela já viveu, para a gente não revitimizar essa mulher, essa pessoa.

Ainda, alguns canais relataram que não havia registros e outros que não sabiam dizer a frequência desse tipo de denúncia. Muitos canais frisam que há certo tempo as denúncias eram mais comuns, especialmente quando determinada maternidade de Ponta Grossa ainda estava em funcionamento. Vale lembrar que foi

a grande quantidade de denúncias que impulsionou a instauração da Comissão Especial de Investigação das Maternidades da Câmara Municipal no ano de 2016, que culminou no fechamento desta maternidade (PONTA GROSSA, 2016).

As respostas sobre a questão da frequência contradizem tanto o que as mulheres afirmaram no início da pesquisa sobre sua vontade de denunciar quanto outras fontes de dados como a Central de Atendimento à Mulher – 180, o que será analisado na sequência.

Ainda com relação às denúncias, o questionamento seguinte foi se é possível fazer uma denúncia sem saber os nomes dos profissionais e/ou algum tempo depois do fato. A maioria dos canais respondeu que sim, desde que informados alguns dados mínimos como data, local e horário do ocorrido, ainda que isso possa dificultar um pouco o procedimento de investigação.

E6/OPS/OIHPR – Sim, no nosso caso é, basta que ela informe dados mínimos, então qual foi o dia e horário aproximado, enfim, não precisam ser dados muito, como é que eu vou te dizer, assim, muito precisos, tendo em vista que no nosso hospital, por exemplo, nós temos um monitoramento através do sistema. Então ela entrou através de qualquer recepção na nossa estrutura, ela está sendo monitorada através do prontuário dela, então todos os profissionais que fazem o atendimento, que fazem os lançamentos no prontuário eletrônico a gente consegue identificar, sim.

E7/CMS – Sim, na verdade o que acaba acontecendo, ela tem que formalizar, por exemplo, qual foi o hospital. Não precisa ser, necessariamente, quem era o médico que atendeu, porque hoje existe um protocolo, seja pelo SUS, seja em instituições privadas, que a gente consegue identificar quem era o médico que estava no atendimento, quem era o enfermeiro, quem era a secretária que estava naquele dia, tudo isso a gente consegue por relógio ponto. Então a maioria dos... Vamos pegar assim, eu vou pegar só o SUS, para sair um pouco da rede privada que não seria a nossa pauta, vamos pegar o SUS. Então o médico que atende na unidade básica de saúde tem que registrar o ponto digitalmente, então a gente já sabe que se ela foi naquele dia determinado, naquela hora, o médico que atendeu ela foi aquele. E quem era o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o atendente, a gente consegue verificar pelo relógio ponto ou até mesmo o próprio supervisor, o diretor daquela instituição de saúde acaba nos fornecendo, aí a gente consegue identificar por esses dados.

E13/OSESA – É possível, sim. Mas assim, teria que dar dados para nós, tipo o dia em que ela ganhou, o plantão que ela estava, porque daí todo hospital tem uma equipe já na escala, naquele plantão, então ela pode direcionar dessa forma e a gente consegue descobrir quem fez, quem estava, como foi feito tranquilamente. O que a gente pede é que ela sempre deixe mais dados, em qual maternidade, qual foi o horário, em qual cidade, o mais específico possível para a gente poder chegar naquele profissional que atendeu ela.

E16/COREN – É possível, mas fica mais difícil. Quando a gente recebe uma denúncia que não tem nome, não tem nada do profissional, a gente acaba tendo que fazer... A gente tem uma comissão que se chama Comissão de Instrução, então essa comissão, que fica dentro da Secretaria de Processos

Éticos, tem que tentar buscar dentro do local onde ocorreu alguma coisa que prove ou que descubra quem é. Por exemplo, o dia que aconteceu, que horário; se você tem essa informação de repente você consegue com isso descobrir quem era a equipe que estava de plantão, mas fica muito mais difícil para você poder julgar e punir ou fazer algum outro tipo de retorno quando você não tem o nome da pessoa. O que a gente pode fazer e o que a gente acaba fazendo quando isso acontece, independentemente se é saúde da mulher ou qualquer outra coisa, independentemente de ser violência obstétrica, é daí investir em capacitação para aquele local, conversar com coordenadores para poder estar fazendo uma capacitação naquele local, porque às vezes não tem como, nem sempre você consegue descobrir.

Todavia, também foi obtida uma resposta negativa para isso, com base na dificuldade que a Ouvidoria da Secretaria de Justiça, Família e Trabalho do Estado do Paraná teria para realizar a investigação dos fatos.

E15/OSEJUF – Não, não. Porque nós... Olha, eu acho que a nossa parte da Ouvidoria é de para-raios, é de distribuir. Mas como é que, por exemplo, o Departamento da Mulher vai tomar uma posição se não tem conhecimento do causador, no caso, entende? Se você vai “ah, me fizeram isso”, mas aí “e quem foi?” e é “ah, não posso falar”, aí como é que vamos agir? Se não tiver o causador, como é que eu vou... Eu tenho que ter as informações do causador ou pelo menos se foi no hospital, se foi em uma clínica. Não dá para ser um causador anônimo. Como é que você vai tomar uma posição? Isso eu penso não só na mulher, mas como ouvidor, como pessoa, como é que a Justiça vai tomar uma posição se não sabe quem é, anônimo, abstrato? Não tem como.

Contudo, mesmo a negativa explícita que são necessários dados mínimos para a efetivação da denúncia, de modo que ainda que a mulher não saiba o nome dos profissionais que a atenderam, detalhes como data, local, horário e até mesmo características das pessoas podem ajudar na busca pelas respostas.

Esse tópico é de extrema importância, uma vez que as falas das mulheres que participaram dos grupos focais evidenciam que esta questão é uma grande dúvida e um dos grandes receios apontados a respeito das denúncias, especialmente porque muitas não se sentem à vontade para se abrir logo após o ocorrido ou mesmo não percebem que a situação que viveram se tratou de uma violência.

A última pergunta deste tópico das entrevistas foi quais as estratégias de informação e comunicação para que o local fosse conhecido como um canal de denúncias de situações de violência obstétrica.

Alguns canais expuseram que não há informações específicas nesse sentido, enquanto outros canais declararam que essa responsabilidade seria do setor de imprensa/comunicação.

E1/DM – A Delegacia da Mulher participou, a gente emitiu um folder próprio falando sobre violência doméstica, porque a sensibilização que nós fizemos foi nessa parte. Mas assim, sobre violência obstétrica, como eu te falei, eu nunca vi nada assim, nenhuma campanha por aqui, pela Delegacia da Mulher aqui não teve. Mas a gente tem um canal próprio, o canal mais próprio de comunicação da Delegacia da Mulher é o departamento de imprensa da Polícia Civil. Porque daí é padronizado, referente a todo Estado do Paraná. É um canal próprio de informação, de jornalismo, de publicação de notícias, é através do departamento de informação da polícia, sabe.

E6/OPS/OIHPR – Nosso canal é super divulgado, então para você ter uma ideia, em todo o nosso material publicitário vai obrigatoriamente os dados do SAC e da ouvidoria, nós fazemos também as campanhas, tanto no Facebook, Instagram, enfim, através dos canais de relacionamento, a nossa área de comunicação e marketing faz isso. Nós temos também veiculado tanto através do órgão regulador, mas também através do nosso site essas informações.

E16/COREN – A gente tem uma equipe de comunicação, tanto na questão de Facebook e das redes sociais. A gente tem também, como eu te falei, algumas comissões dentro de alguns locais de trabalho, que são as Comissões de Ética, e se a pessoa tiver interesse de fazer qualquer denúncia, ela pode estar chamando algum profissional dessa comissão de dentro de alguns hospitais – que isso já existe, não é da nossa gestão, já existiam algumas Comissões de Ética dentro de alguns grandes hospitais e maternidades. São esses os canais que a gente tem hoje.

E17/MPF – Nesse caso, esse tipo de informação tem que buscar na assessoria de comunicação. Na verdade, eu não sei de propaganda do Ministério Público, não.

A internet aparece como uma ferramenta muito utilizada para a veiculação de informação e comunicação sobre o trabalho dos canais de denúncia, bem como as redes sociais aparecem sendo bastante citadas.

E3/DP – Olha, o que tem mesmo de entendimento seria a procura mesmo através de serviço da internet, se tiver.

E4/MPE – A maior parte das propagandas do Ministério Público são com base no site e não creio que tenha um grande alcance isso, até porque não tem dinheiro para ficar fazendo divulgação, então acaba sendo limitado.

E15/OSEJUF – Se eu se não me engano, tem no próprio site da Secretaria lá, tem o Departamento da Mulher lá, tem o canal e tem as informações.

Também foi indicada a divulgação dos canais pela comunicação direta e por meio de materiais como folders, cartazes e panfletos, embora em alguns casos o conteúdo dependa de outros setores.

E5/ORS – Olha, não é dada publicidade a isso. A gente tem os banners, tem cartazes, mas é não existe isso assim, essa comunicação. [...] Porque assim, a nossa comunicação, por exemplo, a Regional de Saúde, claro, pode falar na rádio, essas coisas. Mas, assim, a comunicação mesmo teria que ser feita de Curitiba, pela Secretaria de Comunicação do Estado, nós não temos

autonomia para fazer isso nas Regionais, então inclusive banners, tudo isso vem pronto de lá. Nós não temos essa independência, digamos assim.

E13/OSESA – Então, a gente trabalha bastante com os ouvidores das Regionais e municipal, deles estarem indo divulgar a Ouvidoria, a gente sempre fala para eles procurarem estar falando nas rádios, comunicando, colocando panfleto, a gente tem todo o material a gente encaminha para eles estarem trabalhando com esse material, colocando cartazes, sabe. A gente tem contato daí com todos os secretários de saúde municipal, onde eles podem estar conversando em reuniões, tanto no Conselho Municipal como na CIB. Em tudo a gente coloca a Ouvidoria como ferramenta de gestão para todos.

Ainda segundo as respostas, nas instituições de saúde os serviços de atendimento são oferecidos aos pacientes durante a rotina de atendimento enquanto estas se encontram no hospital.

E12/OIHP – Então aqui no hospital, quando elas chegam, a gente tem, assim que chega já tem um quadro da ouvidoria explicando e falando os canais, a gente tem as urnas, a gente tem uns folders igual eu te mostrei, que ficam bem na frente do ambulatório expostos. E todo mundo aqui dentro do hospital já sabe, quando tem alguma reclamação ou que tem alguma denúncia ou até mesmo sugestão e elogio, que sempre tem que orientar a fazer a ouvidoria, todos eles sabem e orientam a pessoa que quer fazer a demanda, eles orientam que tem que procurar a ouvidoria. E no nosso site do hospital também tem, igual eu te disse, que também tem.

E10/PIHP – Na verdade é a enfermagem que oferta, fala “olha, a gente tem as psicólogas aqui no hospital, você quer que chame?”. E é também uma opção dada, não é assim uma obrigatoriedade. Algumas aceitam e algumas acreditam que não vai adiantar ou que não precise, enfim, daí elas têm essa escolha. Mas é enfermagem que oferta.

E11/ASIHP – O serviço social faz rotina nos quartos de toda a puérpera que está acompanhada ali pela maternidade. Então logo, logo após o nascimento o serviço social busca, não é possível todos os casos, mas busca comparecer e fazer o levantamento de algumas informações e levar algumas outras.

Para alguns canais, o conhecimento destes como locais para recepção de denúncias dependem da busca da própria mulher, seja pessoalmente ou por outras formas de contato.

E3/DP – [...] ela pode até mesmo procurar a própria instituição, a qualquer momento ela pode procurar a instituição, está sempre sendo informado a respeito da instituição. Então a qualquer momento, qualquer pessoa que vá até a Defensoria, ela vai ter a devida orientação jurídica.

E14/CMDM – Ela pode estar se dirigindo até o espaço onde o Conselho está alocado, que fica ali próximo ao Shopping Palladium, e também tem o canal de telefone, tem o número de telefone lá do Conselho. E temos também uma página no Facebook, que é através da rede social. Só que lá a gente não recomenda. Seria mesmo mais por telefone e pessoalmente. Pode até participar das nossas reuniões.

Por fim, o Conselho Municipal de Saúde aponta que sua principal forma de divulgação é por meio das Conferências de Saúde do Município.

E7/CMS – Dentro das conferências locais, sempre há um momento ali em que a gente acaba fazendo uma explanação do que é o Conselho e, dentro do Conselho, a gente fala que as pessoas podem procurar o Conselho para as denúncias. Mas sempre deixando os canais tradicionais que seriam a Ouvidoria e o próprio Ministério Público pela questão da celeridade e por ter essa acolhida mais plena. Mas sempre quando as pessoas nos ligam também “Ah, mas eu queria saber se no Conselho eu posso formalizar”, também é dada essa orientação via telefone ou presencialmente. Como as nossas reuniões são abertas ao público, as pessoas podem participar e dentro da reunião ela também acaba sabendo que lá no Conselho ela pode formalizar, não só sobre esse tipo de tema, mas sobre qualquer tema na área da saúde, que ela pode formalizar a denúncia.

Nota-se que as instituições possuem maneiras de informar acerca de seu trabalho de maneira bastante diversificada, com especial atenção para os setores de comunicação e para o uso da internet e das redes sociais. Contudo, mesmo alguns dos próprios canais apontam que essa comunicação pode ser falha ou ter baixo alcance por questões financeiras ou por falta de uma maior divulgação.

Além disso, nota-se que, mesmo sendo variadas, as estratégias de comunicação e informação parecem não ser tão efetivas diante das respostas das mulheres participantes dos grupos focais, que desconheciam boa parte dos canais ou não sabiam com certeza sobre a atuação desses locais e a possibilidade de realizar a denúncia de situações de violência obstétrica ali.

Diante das falas das mulheres e dos agentes responsáveis pelos canais, não é difícil compreender as razões pelas quais o questionamento sobre a frequência desse tipo de denúncia teve como resposta que são incomuns ou até mesmo que nunca houve registros. Falta comunicação e diálogo entre quem deve receber as denúncias e quem gostaria de denunciar.

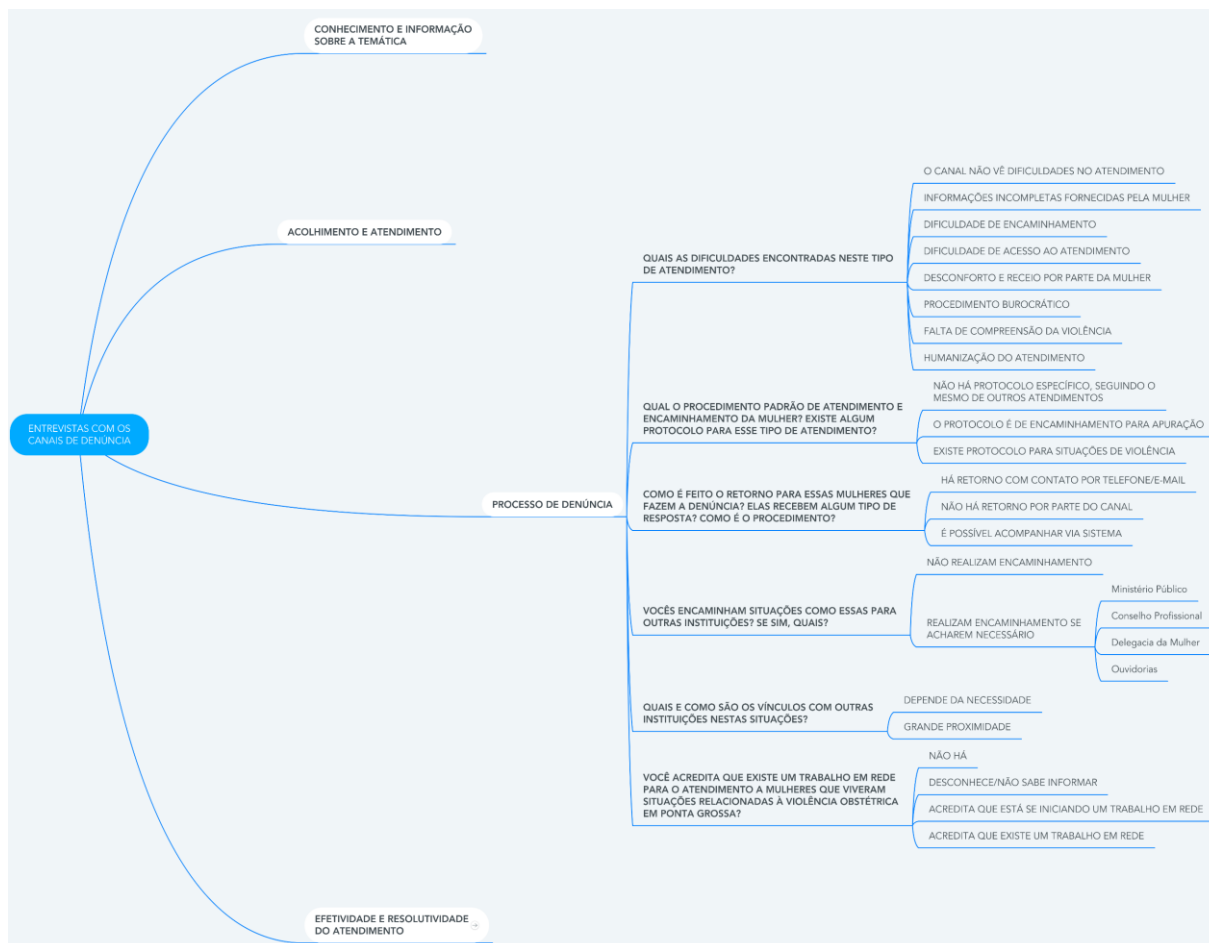
Mesmo os serviços das instituições hospitalares precisam de certa atenção, já que houve relatos nos grupos focais em que eles não foram oferecidos ou, apesar de oferecido o atendimento, este acabou não sendo realizado e as mulheres se sentiram frustradas.

3.1.3 Tópico “Processo de Denúncia”

O tópico seguinte trata do processo de denúncia especificamente, questionando como é realizado o trabalho de atendimento por parte dos canais e a

trajetória desta denúncia. Trata-se de um movimento importante para que seja possível compreender as relações entre os canais e as denunciantes, bem como as relações entre os próprios canais.

Figura 10 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no terceiro tópico das entrevistas com os canais de denúncia.



Fonte: A autora.

A primeira questão tratou das dificuldades encontradas nos atendimentos às denúncias de situações de violência obstétrica, considerando a resposta do eixo anterior de que todos os canais realizavam esse atendimento de alguma forma. O primeiro eixo de análise constata que o canal não vê dificuldades no atendimento caso seja procurado.

E1/DM – Não, não sentimos dificuldades. Até porque aqui, em sendo uma delegacia especializada, a gente já tem um certo padrão de atendimento. Até por ser uma delegacia especializada em violência doméstica, a gente já tem um padrão de atendimento para um público que faz parte das pessoas mais vulneráveis, no caso as mulheres, né. Então, assim, para nós não há dificuldade no atendimento. Da parte da vítima, assim, eu não saberia te dizer. Mas da nossa parte a denúncia é recebida e, no caso, encaminhada

para a delegacia competente, se não for da nossa competência, ou ela tramita de maneira urgente, assim como todas as demais denúncias de violência doméstica ou sexual contra a mulher, e a gente instaura inquérito policial, chama a outra parte também para ser ouvida e faz conclusão ao Juízo ou ao Ministério Público. Então, da nossa parte, nós não temos dificuldades nenhuma com o atendimento, sabe. Se for necessário pedir algum prontuário de atendimento, a gente pede também. Se for algo possível de levantar, fisicamente, a gente corre atrás do corpo de delito, no caso, né, dessa mulher fazer os devidos exames. Não temos dificuldade para conseguir esse tipo de prova, se ela houver. E para nós não tem dificuldade.

E4/MPE – Na verdade, não há assim. É bastante simples quando chega ao Ministério Público. Eu acho que falta conhecimento mesmo. A partir do momento ali o nosso atendimento é bastante ágil. Elas chegam e realmente elas relatam com tranquilidade, não costuma... Porque é um é um canal diverso, eu acho, não é subordinado a governo, a nada, então acredito que elas tenham ampla liberdade. O que chega, mas como eu disse chega muito pouco, então é difícil... Eu acho que chega a ser difícil a gente avaliar dificuldades quando o número de pessoas é tão pequeno, então não tem como a gente dizer com as poucas denúncias que tem. Creio que é mais fácil avaliar a deficiência da busca do canal do que a própria deficiência do canal em si.

Já os eixos de análise seguintes tratam das dificuldades apontadas pelos canais. A primeira delas diz respeito às informações incompletas fornecidas pela mulher no momento da denúncia.

E2/OMDS – Tem, tem sim. A maioria das pacientes não sabe o nome dos profissionais que estão fazendo atendimento, principalmente quando é maternidade. Então o que a gente faz? A gente daí tenta direcionar para o horário dia e o horário do médico que estava de plantão, para sempre tentar fazer a manifestação identificada para que o hospital possa identificar quem foi o prestador. Mas tem vezes que também a gente tem que garantir o sigilo ou o anonimato da manifestante e quando acontece isso, a gente acaba mandando as informações meio que incompletas, porque a manifestante ainda tem medo de se identificar. E às vezes a gente não consegue ter um retorno tão eficiente porque não teve identificação da manifestante, sabe. Já teve vários casos assim.

Outra dificuldade encontrada é a questão do encaminhamento para auxílio jurídico. Uma dúvida apresentada é se os núcleos de prática jurídica das faculdades do município atendem esse tipo de situação.

E3/DP – Então, as dificuldades que a gente encontra, que nem eu mencionei para você, é a questão do encaminhamento. Tem essa dificuldade porque não são todas as faculdades aqui que fazem a área cível. E agora, na época da pandemia, o que a gente fez, a gente entrou em contato com todas as universidades para saber o que elas estavam atuando e algumas pararam de realizar o atendimento jurídico por conta da pandemia. [...] Se for questão de criminal, acho que essa demanda seria mais fácil ser resolvida, porque o Ministério Público pode ser acionado, até mesmo para iniciar a investigação, e a Delegacia. Agora se for no campo da responsabilidade civil, aí eu acho não são todas as universidades que atendem. E às vezes tem a questão de

férias, tem questões que inibem um pouco atuação, então tem um agendamento também que é realizado por essas universidades... Então acredito que é mais o acesso a esse atendimento jurídico para entrar com a ação que é a nossa dificuldade, é esse encaminhamento de ter um local que realize essa área jurídica, que realize essa ação para essa pessoa.

À vista disso, é importante destacar que, em contato com as cinco faculdades do Município que oferecem o curso de Direito, a informação obtida foi a de que esse tipo de situação não é atendida em nenhuma delas¹².

Ressalte-se também que a dificuldade aqui apontada trata do encaminhamento das mulheres que buscam o atendimento. Contudo, para que essa mulher possa ser encaminhada, primeiramente é necessário que ela seja acolhida e ouvida.

O próximo problema identificado é a dificuldade de acesso ao atendimento, seja por falta de conhecimento (sobre os canais ou sobre a violência obstétrica em si) ou mesmo em razão da forma como o serviço de atendimento é oferecido, que não é acessível a todos.

E16/COREN – Eu acho que é o acesso mesmo, da própria paciente, sabe. Porque elas não têm essa visão de que elas podem estar indo até o Conselho, acho que isso é uma dificuldade para o paciente. Para o Conselho não é uma dificuldade, porque se ela chegar com essa fala na recepção, ela vai ter para onde ser encaminhada, mas eu acho que ela não tem, o paciente não tem essa visão de que ele pode ir até o um Conselho, de que o Conselho é um canal.

E13/OSESA – O nosso é só realmente, assim, no interior. Tem muitas pessoas que não tem acesso a celular, tem muitas pessoas que são sítiantes e não conseguem ter, por isso que a gente inventou o WhatsApp, por isso que a gente inventou o 0800. Algumas regionais também trabalham com o 155 e eu acho que a dificuldade ainda está sendo isso, de chegar até o cidadão para ele ter esse acesso.

Também são apontados como dificuldades o desconforto e o receio por parte das mulheres para realizar as denúncias, em razão de não terem confiança nos profissionais, em especial os agentes dos serviços oferecidos pelas instituições hospitalares, ou mesmo pela sensibilidade e complexidade do tema.

E9/ASIHPR – Eu acredito que a dificuldade é às vezes a mulher, a paciente, se sentir à vontade em fazer a denúncia.

¹² Todas os contatos foram realizados por meio de ligação telefônica no dia 29 de setembro de 2021 para a Universidade Estadual de Ponta Grossa e as faculdades Unicesumar, Cescage, Unopar e Unisecal. A faculdade Unicesumar afirmou que ainda não possui Núcleo de Prática Jurídica e as outras informaram que atendem apenas casos na área de advocacia familista.

E10/PIHP – Essa é uma dificuldade bem grande, pelas mulheres nos verem como a pessoa de jaleco que faz parte da equipe. E eu, como psicóloga, eu analiso as pessoas, as formas delas trazerem as dores para nós, então eu percebo muitas vezes que o que ela está trazendo não é só aquilo, mas que está maquiando um pouquinho, tentando minimizar aquilo que as vezes está doendo bastante. Então essa é uma dificuldade bem grande, porque ali na hora é difícil da gente também botar a paciente na parede e falar “você está mentindo para mim, fale a verdade”. Então é uma coisa, é um desafio bastante grande, assim.

Ainda, o procedimento burocrático é uma dificuldade apontada, uma vez que existem processos que precisam ser seguidos e que exigem determinado tempo, bem como a análise dos fatos e os encaminhamentos podem ser intrincados.

E7/CMS – A principal delas, como eu posso dizer assim, é o procedimento a ser adotado. Então veio a pessoa fazer uma reclamação, seja qualquer que for, de baixa ou alta gravidade – a gente não tem como mensurar naquele momento que a pessoa nos traz a reclamação, aquela reclamação é formalizada e encaminhada. Formalizada que eu digo é escrita no papel, a pessoa põe os dados dela, muitas das vezes assina para ter a parte do denunciante, para que depois esse processo vire um processo administrativo ou um procedimento judicial. [...] Então a gente vai lá fazer a verificação, tanto em hospitais do município e também nos conveniados. [...] Aí dentro da Comissão são elencados três conselheiros para fazer essa visita e, depois de eles fazerem essa visita, eles chamam a pessoa denunciante para coletar mais informações, juntam esses dois dados e apresentam em uma reunião plenária com o respeito à segurança, tanto à parte que foi denunciada como à própria parte que fez a denúncia. [...] Aí a gente apresenta em uma reunião plenária e, em colegiado, decide qual que é a melhor maneira de ser adotada. Mas como esse procedimento acaba dando por volta de trinta dias ou mais, desde o início, desde a pessoa formalizar, até a conclusão, que seria o encaminhamento ou para a Ouvidoria ou para o Ministério Público. [...] Então para que não haja, dentro do procedimento, essa perda, essa demora que acaba gerando um prejuízo, seja psicológico ou físico, porque às vezes precisa de um atendimento mais rápido, a gente encaminha para a Ouvidoria que eles dão lá a melhor acolhida [...].

E14/CMDM – É por conta da situação que está envolvida ali, são outros profissionais da enfermagem, o próprio médico que vai fazer o parto, então são várias situações que estão ao redor dessa parturiente no caso ali, na situação. Ela vai narrar os fatos e como são muitas pessoas envolvidas ali, todos no caso... Essa fiscalização vai ter que correr com todas essas pessoas que estão envolvidas na situação. E a depender também, como eu te falei, da forma como ela ocorreu, se vai se encaixar realmente na violência obstétrica ou só em uma violência moral, alguma coisa assim, um assédio...

A falta de compreensão da própria violência obstétrica também é apontada como uma dificuldade para a realização de denúncias. O desconhecimento por parte das mulheres ou mesmo a divergência de entendimentos são indicados nesse sentido.

E11/ASIHP – Essa questão da percepção da mulher e também percebo assim, muito do que a gente vê na literatura, nos estudos mais atuais sobre violência obstétrica são coisas incoerentes com aquilo que outros profissionais de outras formações entendem que seja ou não. [...] A questão

da medicalização do parto e uma cultura assim de se dever ao médico a responsabilidade de que o parto dê certo. [...] E muitas vezes vindo dessa formação mais técnica, dessa formação que ensinou ele de fato que a mulher está impossibilitada de fazer e de viver o seu próprio parto, ele acredita nisso também. Então isso são dificuldades conceituais, eu acredito, dificuldades éticas e de linguagem profissional para se compreender tudo isso. E aí quando eu digo isso, eu não estou não estou falando de uma cultura exclusiva médica, eu estou falando assim que 60%, 70% das mulheres que a gente atende na maternidade desejariam ter um parto medicalizado, elas desejariam ter um parto com muita intervenção. [...] A gente vai fazer um acolhimento da demanda, porque dentro do que aquela mulher entendeu sobre o parto dela, ela está insatisfeita, porque ela queria intervenção, porque ela queria episio, porque ela queria o soro, porque ela queria outros procedimentos que a gente entende como desnecessários pela literatura atual. Então assim, é uma divergência grande da interpretação sobre o que é isso, disputas e conflitos de saberes em relação ao parto e que estão presentes na sociedade como um todo.

Esse ponto exposto apresenta uma questão importante, acerca de um possível desejo das mulheres pela medicalização. E para entender esse argumento, é necessário compreender a situação do parto no Brasil.

As práticas da assistência ao nascimento se transformaram ao longo do tempo, com a medicalização se iniciando a partir do século XVII, especialmente no século XX (PALHARINI; FIGUEIRÔA, 2018; SILVA et al, 2019; FERNANDES; ROSA, 2020). Com isso, foi construído um modelo considerado “ideal” para o parto que perdura até hoje, bastante intervencionista e tecnocrático, resultante de um novo conhecimento médico-científico, pelo qual houve a retirada do protagonismo da mulher, que ficou centralizado na atuação do médico durante o atendimento (DAVIS-FLOYD, 1992; SILVA et al, 2019).

Esse modelo consolidado inclui intervenções e práticas obstétricas que são realizadas de forma rotineira, algumas delas sem real comprovação da necessidade ou até mesmo desaconselhadas pela literatura científica mais recente, mas que são compreendidas muitas vezes como sinônimo de uma boa assistência, com a falsa ideia de que “quanto mais medicalizado, quanto mais intervenções realizadas, ainda que de forma desnecessária, melhor o serviço”.

Lima (2014) ressalta que as disputas para determinar qual seria o saber legítimo e como devem se desenvolver as relações de poder sobre o parto e nascimento estão expressas na forma de atuação profissional, nas propostas das políticas de saúde para este setor, na posição ocupada pela mulher como objeto desse discurso e nos modos como o tema é tratado academicamente.

E apesar de a violência obstétrica ser relatada por mulheres dos mais diferentes grupos sociais, determinantes como raça e classe fazem com que algumas sejam ainda mais afetadas por esse problema (AGUIAR, 2010; LEAL et al, 2017; SENA; TESSER, 2017).

O estudo de Leal et al (2017) que analisa a pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada entre 2011 e 2012, aponta que foram identificados piores indicadores de atenção pré-natal e parto para mulheres de cor preta e parda em comparação com mulheres brancas. Segundo o trabalho, “mulheres pardas e pretas sofreram menos intervenções obstétricas no parto que as brancas; no entanto as pretas receberam menos anestesia local quando submetidas à episiotomia” (LEAL et al, 2017, p. 5).

Essas diferenças na assistência a depender das condições étnicas e socioeconômicas somadas ao alto índice de violência sofrida no ciclo gravídico-puerperal e aos relatos de sofrimento são passados de mulher para mulher, a exemplo das falas nos grupos focais, expõem que algumas mulheres desejam ter intervenções durante seu atendimento porque acreditam que esse modelo é o correto e que, caso não o recebessem, estariam desassistidas.

Por fim, outro item apontado como uma dificuldade no atendimento às mulheres que buscam fazer a denúncia é a questão da humanização, na medida em que a complexidade do tema demanda um grande acolhimento.

E12/OIHP – Ai, eu acho que é a questão da humanização, da empatia, de a gente sentir que a mulher está fragilizada... Então até por esse motivo, como na verdade eu vou estar ali como ouvidora, a gente sempre pede para ter alguém do serviço social ou uma profissional que nem a psicóloga, então sempre quando eu vejo necessidade, que a paciente está realmente precisando desse apoio, a gente sempre tem ajuda do serviço social e da psicologia também. Porque quando a gente vê que ela está frágil, que ela está em uma situação que precisa de atendimento, a gente sempre encaminha para eles não deixarem essa mulher sozinha, porque a gente imagina a dor do sofrimento e tudo mais, que é um momento bem delicado da mulher, então a gente nunca deixa ela sem assistência. Não faz parte da ouvidoria a gente fazer esse acolhimento, essa parte, mas a gente encaminha sempre para o responsável, para o profissional que possa estar ajudando ela, a gente nunca vai deixar ela na mão, porque quando elas vêm, elas vêm fragilizadas.

A pergunta seguinte deste tópico foi sobre qual o procedimento padrão de atendimento e encaminhamento da mulher e se existe algum protocolo para esse tipo de atendimento. Foram encontrados três eixos de análise nas respostas dos canais,

sendo que o primeiro é de que não há protocolos específicos, seguindo o mesmo de outros atendimentos.

E4/MPE – Não existe nenhum protocolo diferenciado, ela entra no mesmo protocolo normal de saúde. Então ela é atendida, ela chega no Ministério Público e é atendida pela central de atendimento. A pessoa que faz o atendimento ali verifica e encaminha pra minha promotoria, já vem o relato, tudo e se precisar de mais esclarecimento a gente chama a gestante. Se não, a gente já busca o hospital, o médico e a gente já vai... Se aquilo que ela trouxe já for suficiente, a gente busca o médico, o hospital e a própria Regional, se for o caso, ou a Prefeitura, se for o caso, a gente busca os meios. Caso tenha outras análises, aí a gente verifica, mas a princípio ela entra no atendimento normal e daí é repassado para a promotoria.

E6/OPS/OIHPR – É que a gente não faz um atendimento diferenciado. Nós buscamos um atendimento humanizado e empático em todos os atendimentos que a gente realiza.

E10/PIHP – Segue o mesmo fluxo dos atendimentos psicológicos comuns, que é a preparação, o acolhimento, alguma intervenção ali no momento, alguma psicoterapia breve e, dependendo do grau desse abalo psíquico, a gente dá um encaminhamento para a continuidade pós alta hospitalar. Mas como eu te falei, depende muito da queixa e para onde que a gente vai encaminhar; se tem transtorno, para o CAPS, se não tem nenhum transtorno aparente diagnosticado com CID assim, a gente encaminha para os ambulatórios das faculdades daí.

E13/OSESA – Então, nós temos o nosso protocolo que também é do sistema, que a gente tem certinho o número ou link para a pessoa estar acompanhando a sua manifestação. E aí funciona assim, eles entram em contato com a gente, a gente lê toda essa demanda, vê o que aconteceu, eu encaminho para a equipe que é responsável pelas gestantes, onde elas também avaliam, elas próprias entram em contato com o hospital ou com o diretor do hospital para se passar o que aconteceu. Em alguns casos vai para o Ministério Público, quando é médico, vai para o CRM dele e quando é enfermeira também vai para o COREN.

O segundo eixo de análise encontrado foi a existência de protocolo de encaminhamento para apuração. Nesse caso, o canal recebe a denúncia, mas não realiza a apuração ali, enviando-a a outro setor ou outra entidade para a análise efetiva do caso.

E2/OMDS – Quando é manifestação de unidades de saúde ou do centro da mulher, todas as manifestações envolvendo violência obstétrica ou denúncia, nós encaminhamos direto para a coordenação, para a secretária, para o presidente da Fundação e para o coordenador imediato, para que ele possa acolher essa denúncia e fazer o levantamento das informações. Já as denúncias envolvendo os prestadores, os hospitais, nós temos que encaminhar para a 3ª Regional de Saúde, porque o contrato é via Estado, então fica a cargo deles fazer essa apuração. Quando vem, quando a gente faz essa coleta dessa manifestação, quando ela é realmente muito grave, a gente já aconselha a manifestante a levar também uma cópia no Ministério Público e também no CRM, no Conselho Regional de Medicina, se tratando de médico, ou no COREN, se tratando daí dos enfermeiros, sabe, para que a

gente possa fazer a rede funcionar e ter uma maior efetividade na resposta dessas denúncias recebidas.

E5/ORS – Então, é porque assim, a Ouvidoria só encaminha. Encaminha, informa e tal. Então nós temos uma sessão aqui na Regional que é a SCRACA, a Seção de Regulação... Ai, esses nomes, eu nunca me lembro. Mas é a Seção de Regulação, Controle e Avaliação e Auditoria, aí lá tem auditores. A gente encaminha para lá, se for o caso eles vão até o hospital ou onde for, fazem a auditoria e a avaliação e nos dão a resposta. Daí, dependendo da resposta... De qualquer forma, com uma resposta deles, a gente caminha para a gestante ou para o familiar que fez a denúncia. E se a resposta... Se eles concordarem com a resposta, a gente encerra.... Entra em contato com eles, conversa e eles vem buscar o documento ou a gente passa por telefone e, se eles concordarem, a gente encerra. Se quiserem continuar, se a resposta não foi o que eles esperavam que fosse, eles podem continuar buscando mais informação. Nisso a gente orienta a procurar o Conselho Regional de Medicina, a gente... Varia, mas assim, é como eu te falei, quase não acontece aqui conosco, não.

Já a terceira chave de análise evidencia que alguns canais possuem um protocolo para situações de violência de maneira geral, mas não dispõem de nada específico para casos de violência obstétrica.

E1/DM – Especificamente para violência obstétrica não. [...] Segue os mesmos trâmites [violência doméstica e violência sexual].

E12/OIHP – Sim, aqui no hospital existe sim. Eu não sei te falar tudo detalhadamente, porque não é a minha área, mas quando acontece a gente tem um protocolo que é seguido. Daí a enfermeira, por exemplo, para qualquer pessoa que a mulher relate que “ah, eu sofri, fui vítima” e tal, aí a gente acaba encaminhando sempre para o serviço social igual eu te falei, que daí ele que vai ser a pessoa mais adequada para estar orientando o que vai ser feito. Então todo mundo da equipe sabe, teve alguma reclamação referente à violência já aciona o serviço social.

O questionamento seguinte foi sobre como é feito o retorno para as mulheres que fazem a denúncia, se elas recebem algum tipo de resposta e como é feito esse procedimento, caso exista. Três eixos de análise foram encontrados a partir das respostas, sendo o primeiro deles que existe um retorno, com o contato feito por e-mail ou telefone.

E2/OMDS – Nós registramos a manifestação aqui na Ouvidoria e conforme a classificação dela tem um prazo para retorno. Então a denúncia é de quarenta e cinco a noventa dias. As reclamações até dezesseis dias. E nós sempre retornamos no telefone que a manifestante nos deixa, sabe, ou às vezes por e-mail, conforme o contato que a pessoa solicita. Às vezes também elas voltam até a Ouvidoria para pegar a resposta de forma presencial, para ter acesso à íntegra do processo e daí a gente pode nesse momento, por telefone ou presencial, fazer as demais orientações do que veio de resposta, onde a pessoa pode recorrer. Se ela de repente quer procurar um advogado particular, daí a gente já dá a cópia do processo e orienta a pedir cópia dos

prontuários médicos para entrar com uma ação. Então sempre fazendo assim nesse sentido de trabalho de orientação mesmo do direito das manifestantes.

E4/MPE – Sim, na verdade qualquer procedimento do Ministério Público em que haja um denunciante – porque no caso ela é vítima, mas ela é denunciante também da situação – há que ter resposta posterior, do desenrolar daquilo para a pessoa. Então, por exemplo, nos casos de erro médico, o procedimento acaba sempre sendo o mesmo. Como a gente não pode, por exemplo, processar pedindo indenização para pessoa pelo erro médico, a própria violência obstétrica seguiria o mesmo padrão, a gente pega esse prontuário todo, encaminha para o nosso centro de apoio, eles fazem uma análise se efetivamente houve um erro médico ou uma violência com base no prontuário e aí eles encaminham. [...] Aí eles encaminham para a gente, a gente liga para a pessoa, dá toda essa documentação para que ela possa sozinha entrar com uma ação para receber indenização.

E5/ORS – Sim, a gente entra em contato. Quando tem... Porque assim, às vezes, acontecia, agora não mais, de elas fazerem denúncia anônima, essas coisas assim, então a gente... A resposta, mesmo que seja anônima, a resposta fica aqui com a gente, só que a gente não tem como passar para a paciente, mas fica aqui conosco, elas podem vir buscar. Assim que a gente tem a resposta a gente entra em contato pelo telefone, às vezes eles deixam o endereço e como não tem telefone a gente encaminha pelo correio com AR, então a gente tenta responder e tenta entrar em contato com eles.

E7/CMS – Isso mesmo, todas as denúncias que passam pelo Conselho, a pessoa que formalizou a denúncia... Por isso que a gente pede os dados lá, até a gente está em um processo de adaptação, fazendo um formulário próprio, não só para esse caso de violência obstétrica, mas para todos os casos, que é colocar os dados dela e o cartão SUS para ter a referência. Mas o que acaba acontecendo é que, muitas vezes, a pessoa não quer deixar o nome ou os dados. Então a dificuldade é que se ela não deixar o telefone, é impossível o contato e na Ouvidoria como ela pode fazer aquela denúncia preconizando a não divulgação, ela faz a denúncia para a Ouvidoria de Saúde e consegue, digamos, não ter os dados, só a ouvidora de saúde que tem os dados. Mas o feedback da nossa parte, do Conselho, é sempre feito para a pessoa via telefone ou e-mail, normalmente via telefone. Ou às vezes a pessoa, no curso do tempo, acaba retornando e indo até lá no Conselho para ver como está o andamento e a gente já dá o feedback verbal.

E12/OIHP – A gente sempre liga dando um retorno e eu sempre oriento elas a virem buscar aqui. Às vezes quando elas me passam e-mail, porque agora a maioria das pessoas tem e-mail, eu também acabo encaminhando digitalizado sempre a resposta, que aqui nesse sistema da ouvidoria a gente sempre digitaliza a resposta, e encaminho por e-mail para a solicitante. Aí ou também se ela quiser vir pegar pessoalmente a resposta, ela também vem. Daí se a resposta dela não foi, a resposta que a gente deu dentro do hospital internamente, se ela não se sentiu confortável com aquela resposta ou que ela não aceitou aquela resposta que foi dada, aí ela procura externamente algum outro meio para ela estar reivindicando os direitos dela.

Nota-se que, embora afirmem que as mulheres recebem algum retorno sobre as situações denunciadas, há uma ênfase no fato de que muitas vezes são elas que vão atrás dessa resposta. Também se verifica a importância de que essas mulheres

deixem o máximo de informações quando realizam a denúncia para que o contato seja facilitado e o retorno possa ser garantido.

A segunda chave de análise encontrada foi a de que não há um retorno direto pelo canal entrevistado, o que pode ocorrer em razão do procedimento de denúncia ou pela própria atuação do canal, que não possui competência para agir a partir da denúncia, mas sim de acolher e encaminhar.

E11/ASIHP – Então, isso vai cair naquela mesma questão que a gente já conversou, as mulheres ficam 2 dias no hospital. Se esse retorno não chega para nós, nós não sabemos também se chega para elas, então o máximo que a gente tem de retorno é o recebido do e-mail, é o “realizaremos a visita”, “estamos atendendo de tal a tal horário”, isso é o máximo que a gente pode ter de retorno a respeito. Mas sobre a efetividade do acompanhamento, é uma fragilidade que se tem na rede, eu não sei dizer para você se aquela denúncia que ela fez na Delegacia da Mulher foi para frente ou não. Eu não consigo saber isso até porque caso tenha ido, a instituição vai precisar também, a própria Delegacia ou o processo pelo Ministério Público, por onde tenha ocorrido, ele vai precisar também investigar de uma forma não pública. Então não vai chegar para nós assim “agora o médico tal está respondendo por aquele episódio que a mulher falou para não fazer”, então isso pode ser que aconteça, mas aí não chega para nós de uma forma pública ou como isso tem sido tratado.

E16/COREN – Geralmente é feito isso em Diário Oficial, se a gente for punir. Na verdade, não é o retorno para a paciente, é o retorno para o profissional. Então o profissional vai ter o retorno e, se ela quiser, ela vai conseguir acompanhar isso através do próprio Conselho, ela não vai receber uma ligação dizendo o que foi que aconteceu, mas se ela acompanhar o número da denúncia certinho, ela vai conseguir saber se foi arquivada, se foi para julgamento, o que aconteceu com esse profissional.

Já o terceiro eixo expõe que, em alguns casos, o trâmite ocorre por meio de protocolo, de modo que é necessário que a mulher realize o acompanhamento da denúncia por meio de algum sistema oferecido pelo canal.

E13/OSESA – Então, geralmente a gente... Com esse protocolo, eles conseguem acessar. Muitos, quando não tem acesso, ou procuram a gente aqui pessoalmente ou nos ligam e a gente manda, a gente faz um PDF de toda a demanda e encaminha para ela.

E15/OSEJUF – É o mesmo sistema, é o mesmo protocolo. Porque é gerado um número do protocolo que a reclamante vai ter o número, aí ela vai receber via protocolo, via internet, via e-mail ou coisa que o valha, aí ela vai acessar lá e vai ter a resposta dela.

A terceira pergunta deste tópico foi se os canais entrevistados encaminham as situações de violência obstétrica recebidas para outras instituições e, em caso

positivo, para quais. O primeiro eixo de análise exprime que alguns canais não fazem qualquer tipo de encaminhamento das situações registradas.

E10/PIHP – Não, essa parte de denúncia é toda com o serviço social, a gente realmente não se envolve, tanto que eu nem tenho esse conhecimento para orientar elas, sabe. O que a gente tenta um pouco mais é dar uma voz ali, empoderar um pouco, mas quem vai direcionar onde que ela tem que procurar, quem que ela tem que buscar, para essas questões legais, é o serviço social mesmo.

E12/OIHP – Da minha parte, da ouvidoria, não. Mas eu acredito que o serviço social faz o encaminhamento, sim, se vê que tem necessidade, porque a gente não consegue estar 24 horas com aquela paciente, mas se, por exemplo, ele vê que é uma paciente que está precisando de um auxílio maior, aí assim eles entram em contato.

E14/CMDM – Não. Na verdade, como eu te falei, administrativamente a gente nem tem essa competência, até porque o Conselho não é um Conselho deliberativo, é um Conselho consultivo e não tem essa competência de encaminhar, de fazer o encaminhamento dos casos. É a própria pessoa mesmo que vai formalizar essas situações nos órgãos.

Por outro lado, alguns canais fazem esse encaminhamento para que outros órgãos ou entidades também possam apurar as situações denunciadas, caso entendam ser necessário. Os locais mais citados para onde esse encaminhamento é realizado são o Ministério Público, os Conselhos Profissionais, a Delegacia da Mulher e as Ouvidorias.

E1/DM – Aqui a gente também tem atendimento da assistente social, sabe. Ela, em sendo acionada para fazer algum tipo de atendimento psicológico da vítima, ela encaminha para atendimento psicológico, às vezes até atendimento de outras regionais de assistência social, também tem encaminhamento. [...] É que a gente não atendeu ainda esse tipo de situação, né. Mas, por exemplo, por parte do médico, assim, é acertado que a vítima também se dirija ao Conselho Regional de Medicina, tudo, no caso do enfermeiro, ao seu Conselho. A gente também faz ofícios comunicando esse tipo de ocorrência para que seja tomada, de repente, alguma providência na parte administrativa e não só na área na esfera criminal. Mas é esse tipo de encaminhamento que nós fazemos, sabe.

E2/OMDS – Isso, encaminhamos. Encaminhamos daí para o Ministério Público, para o Conselho Regional também fazer avaliação e acompanhar, porque tem muitas coisas que se tratam de condutas e que daí devem ser realmente acompanhadas pelos Conselhos. E também para a Delegacia da Mulher, para fazer abertura de boletim ocorrência

E3/DP – Se a vítima relatar que foi um crime, que a gente visualizou que pode estar... Que ocasionou um delito, que é isso que ela quer relatar, que ela se sentiu lesionada, o primeiro local que a gente vai encaminhar, vai ser para o Ministério, para a Delegacia. Se ela falar assim “Não, eu já compareci na Delegacia e não aconteceu nada, eles não fizeram nada no meu caso”, aí o próximo encaminhamento é para o Ministério público. Se ela falar “Não, o que

eu quero é uma ação indenizatória”, aí a gente vai encaminhar para um dos núcleos das faculdades daqui de Ponta Grossa.

E5/ORS – Então, outra instituição seria o Conselho Regional de Medicina, às vezes para o COREN também, dependendo. Quando acontecia aqui na frente, que era mais frequente, a gente encaminhava para o COREN também. E daí assim, eu não tenho como te dizer, porque aí como a gente encaminha para os auditores e para outras seções, eles podem, acredito que dependendo da situação, poderiam até encaminhar para uma delegacia para fazer um boletim de ocorrência ou orientar familiar, uma gestante a fazer isso, vai depender da situação que chegue até nós.

E8/181 – A atuação do Disque Denúncia 181 é especificamente coletar informações para posterior repasse aos órgãos que irão dar atendimento propriamente dito à denúncia aqui gerada. Depois da geração da denúncia ela é analisada pelos supervisores do 181 e difundida para os órgãos de execução que são os responsáveis pelo atendimento.

Uma das respostas obtidas foi especialmente interessante, pois inicialmente a afirmativa foi de que não era feito encaminhamento para outros locais, embora logo em seguida a agente entrevistada tenha exemplificado várias situações em que isso poderia ser realizado, denotando certa fragilidade no trâmite.

E4/MPE – Não, ou é caso que a gente possa resolver ou é caso individual, porque se for coletivo é o nosso e ponto final. E se for individual... Ah, encaminhamos só para a Delegacia se for o caso de crime, se verificar crime a gente encaminha para a Delegacia. Só. E daí o retorno para o denunciante. Ah não, eventualmente para Prefeitura, para que tome alguma providência, mas aí seria mais um caso de recomendação e tal. E para a Regional, se for o caso da Regional. Existe esse trâmite. Existiria, mas eu vou te dizer que nos últimos tempos aconteceu? Não aconteceu.

Com base nessas declarações, a questão seguinte foi sobre como são os vínculos com as outras instituições quando existe esse encaminhamento. As respostas indicam que os vínculos tendem a ser de duas formas, sendo que a primeira é que estes podem ocorrer quando o canal visualiza a necessidade desse direcionamento para outro local conforme o caso concreto.

E5/ORS – Então, na verdade assim, essa seção que eu falei, a SCRACA, eu encaminho pra lá e é uma situação de violência, qualquer coisa assim, a própria seção encaminha para os meios. Nós recebemos, encaminhamos para o chefe da seção, para a pessoa responsável e eles vão buscar as seções. Dependendo da situação, não nesse caso, mas pode ser encaminhado para Curitiba, para a Secretaria de Saúde direto, tudo depende de como que chega aqui para a gente também, para as seções que a gente fala que são as sub-redes.

E7/CMS – Esse colegiado ele fica como poder fiscalizador e de construção de políticas na área da saúde, então eles são autônomos às ouvidorias, respondem à Secretaria de Saúde ou à Secretaria Estadual de Saúde, à Promotoria de Saúde e ao Judiciário, mas eles acabam conversando da

seguinte forma: nós prestamos, quando há necessidade esclarecimentos, para a Promotoria de Saúde Pública e a Ouvidoria Municipal de Saúde presta esses dados e acompanhamentos.

A segunda forma indicada é de que esses vínculos dependem da existência de uma relação de grande proximidade entre os canais, seja por competência ou por outras ações realizadas em conjunto, facilitando o fluxo.

E1/DM – No caso, nós somos totalmente vinculados ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, né. A denúncia que é recebida aqui na Delegacia, se for um crime que dependa de representação da vítima, ele será certamente comunicado ao Poder Judiciário e ao Ministério Público. Eles vão receber lá o procedimento que nós fizemos aqui na Delegacia e vão analisar. Então o canal com o Poder Judiciário e o Ministério Público é direto. Há outras instituições aí, como eu já te respondi, a gente faz o encaminhamento em sendo necessário e dependendo de cada caso, né.

E2/OMDS – Então assim, na Ouvidoria, como nós somos um canal de mediação, então nós temos assim um contato muito grande principalmente com a Regional, com a Ouvidoria da 3ª Regional de Saúde, que também recebe essas denúncias, sabe. A ouvidoria... Nós ficamos aguardando os retornos das manifestações para que a gente possa oferecer o retorno ao manifestante, então, assim, nosso contato com eles é diário, sabe. Nós temos uma proximidade com o Ministério Público, com a 3ª Regional de Saúde e também com a Delegacia da Mulher, para que efetive o direito dessas pacientes que estão sem atendimento, estão tendo direitos não executados.

E embora algumas falas apontem a existência de encaminhamento de algumas situações, nota-se que não possível indicar um fluxo de atendimento e encaminhamento a partir das respostas.

A última questão desse tópico foi se os entrevistados acreditam que existe um trabalho em rede para o atendimento a mulheres que viveram situações relacionadas à violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR. As respostas geraram quatro eixos de análise, sendo o primeiro deles que essa rede inexistente.

E2/OMDS – Não, não tem. Não tem, porque a gente observa no relato das pacientes que quando elas recebem, a gente até pergunta se quer ser encaminhada para um atendimento psicológico, mas aí a fila de psicólogo é grande, aí às vezes essa paciente vai no CRAS, mas aí a profissional não faz o atendimento da psicologia... Ela sai sem ter um norte de quem ela procura para fazer a continuidade do atendimento, sabe. Então não tem uma rede estruturada, bem definida disso e é uma falha da política pública de saúde.

E4/MPE – Não existe.

E16/COREN – Não, acredito que não existe. Pensando em municípios menores, pensando em sistemas de saúde como um todo, não acredito que exista, não.

No segundo eixo, as respostas apontam que os entrevistados desconhecem ou não sabem informar sobre a existência de uma rede de atendimento para acolher esse tipo de situação.

E3/DP – Essa parte eu não sei te informar. Efetivamente eu não sei te informar como que é esse atendimento em rede, se tem ou se não tem.

E6/OPS/OIHPR – Eu desconheço isso. Lógico, a gente a gente sabe isso, que existe uma a regulação, uma normatização a respeito disso, mas você é a primeira que nos busca para conversar disso, que nos traz realmente a reflexão, que foi o que eu refleti aqui dentro do setor: se acontecesse um caso desse, de que forma que nós iríamos conduzir?

E12/OIHP – Eu já ouvi falar da violência, eu até já chamei, porque como eu também estou na educação, a gente já chamou aqui uma pessoa responsável da violência contra a mulher, agora da obstétrica eu nunca ouvi falar.

A chave de análise seguinte aponta que existe a crença de que um trabalho em rede para atendimento a esse tipo de demanda está se iniciando no município, diante das normas que surgiram recentemente.

E5/ORS – Eu não conheço, eu não posso te dizer que sim. Acredito que está se iniciando alguma coisa. Existe agora, eu também não sei exatamente como funciona, essa questão do parto, há uma que as mulheres podem escolher o parto natural ou cesáreo, enfim. Mas eu sinceramente não sei te responder com certeza.

A última chave encontrada é a de que alguns canais acreditam que existe uma rede atuando no atendimento de denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR.

E7/CMS – Eu acredito que sim. A gente não tem, digamos assim, dados mais precisos sobre a situação, mas normalmente as pessoas que recorrem à Ouvidoria ou o próprio Ministério Público tem tido sempre uma resposta, sabe. Mas a gente busca que dentro do serviço, principalmente do Municipal, que fica mais dentro da nossa realidade, as mulheres não tenham que recorrer nem à Ouvidoria, nem ao Judiciário para ter a garantia do direito, que o próprio profissional que esteja dando o primeiro atendimento tenha essa noção de que aquele procedimento adotado ali não é o mais correto.

E13/OSESA – Olha, eu acredito na parte assim que a gente mais trabalha aqui mesmo, sabe, de a gente ter acesso e encaminhar as coisas para o Ministério Público, junto com o CRM, em parceria com o COREN... Então assim, eu acredito que sim.

E14/CMDM – Eu acredito que sim. Eu não sei se essa violência se encaixa lá no NUMAPE. A gente... O NUMAPE também faz parte do Conselho e eu acho que o trabalho deles, que compõe a rede, eu acho um trabalho bem

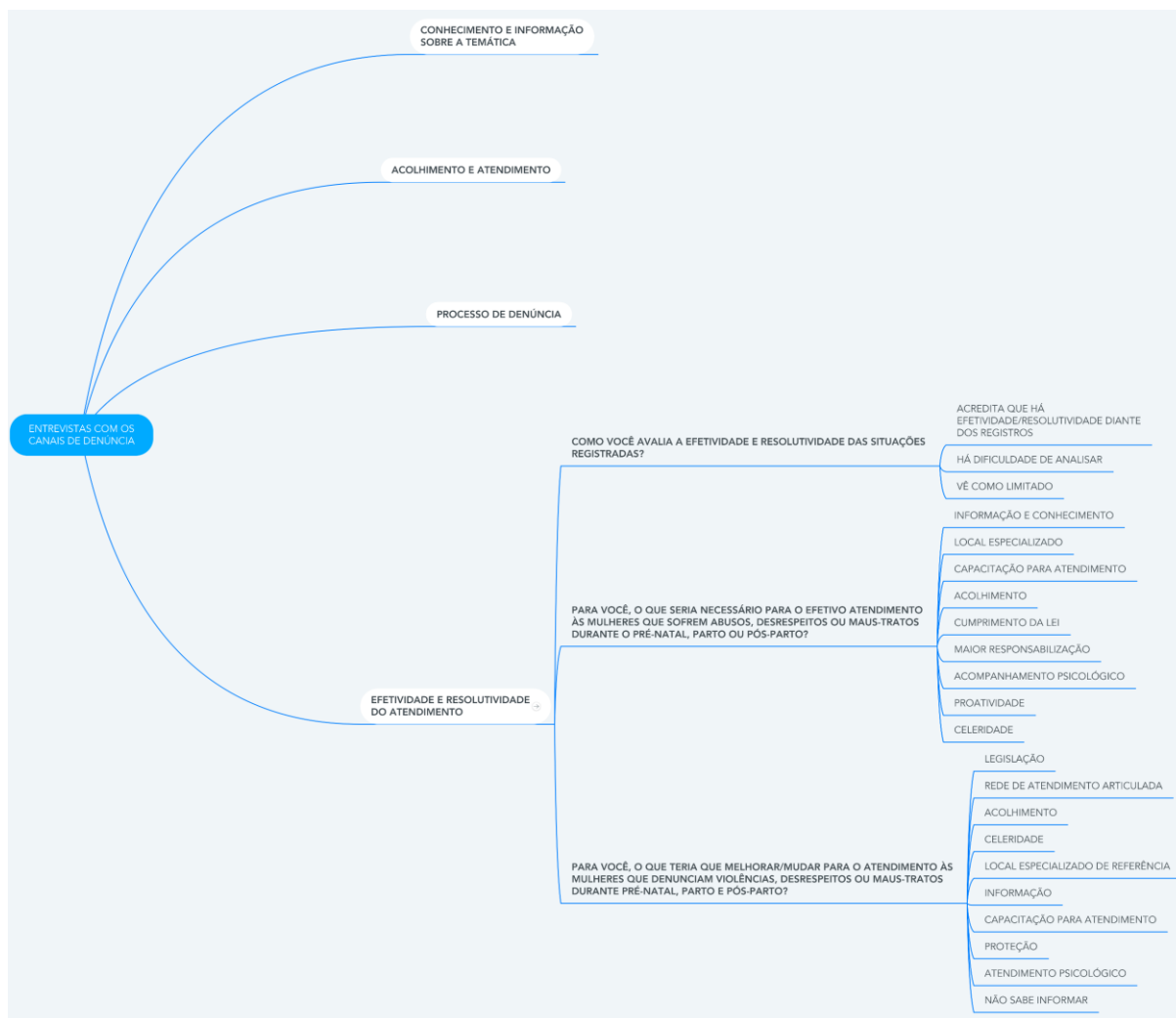
interessante, muito interessante. E tem a Guarda Municipal da Lei Maria da Penha, que eu acho que também abarca bastante.

Vale ressaltar que foram citados alguns órgãos da rede relacionada à violência doméstica, que não atendem a situações de violência obstétrica, embora ambas se tratem de formas de violência contra a mulher.

3.1.4 Tópico “Efetividade e Resolutividade do Atendimento”

O tópico seguinte trata da visão dos entrevistados acerca da eficiência no atendimento às demandas relacionadas à situações de violência obstétrica recebidas pelos canais de denúncia.

Figura 11 – Diagrama dos eixos de análise encontrados no quarto tópico das entrevistas com os canais de denúncia.



Fonte: A autora.

O questionamento inicial desse tópico foi sobre como os canais avaliam a efetividade e a resolutividade das situações registradas, com três chaves de análise encontradas. A primeira aponta que alguns canais acreditam que há efetividade ou resolutividade diante dos registros, que são de extrema importância para que a mudança ocorra.

E4/MPE – Sempre tem efetividade, porque a gente consegue pelo menos constatar existência do problema ali e pelo menos para a pessoa, individualmente, repassar para ela ali. A gente consegue efetivamente trazer para eventuais hospitais ou médicos, a gente chama, a gente escuta, a gente explica, a gente... Mas assim de uma forma coletiva seria muito mais efetivo, mas aí a gente depende realmente de denúncia. Não é uma coisa que a gente consiga fazer sozinho, sem as denúncias. A gente depende das denúncias para isso.

E12/OIHP - A efetividade e a resolutividade? Ainda bem, a maioria é eficaz, na maioria as pessoas saem daqui e a gente vê que a resposta foi efetiva. A maioria, tem algumas que infelizmente não, que daí provavelmente elas vão atrás de outros meios, mas eu acho que na maioria é efetivo e é resolutivo. Só complementando a outra questão que você disse, é que assim, para mim, pelo menos, quando eu passo a resposta elas saem daqui falando que está okay, mas a gente nunca sabe o que realmente se passa. Para nós da Ouvidoria, pelo menos, quando a gente encaminha resposta, que você perguntou da efetividade e da resolutividade, pelo menos para mim ela não exterioriza se realmente... Porque eles falam que está okay, então é difícil avaliar o que ela avalia disso. O que eu sei, que eu posso dizer da Ouvidoria, é que daí elas falam “então tá, tá okay”, mas se elas levam isso para frente ou não, daí não é do meu conhecimento, eu não sei, eu não posso te afirmar, sabe.

Já em alguns casos, há muita dificuldade em analisar a efetividade e a resolutividade dos registros, seja em razão da ausência de denúncias de situações nesse sentido ou mesmo pela falta de acesso aos dados posteriores dessa denúncia.

E8/181 – Em relação à violência obstétrica não temos condições de gerar dados estatísticos e de efetividade, pois não temos registros de tal natureza.

E11/ASIHP – Tem muita fragilidade, inclusive em a gente conseguir fazer a avaliação disso. Como que eu posso avaliar se esse atendimento que eu fiz foi efetivo se eu não tenho, por exemplo, se eu não conheço um lugar que centralize essas informações? Se uma vai procurar a Promotoria de Saúde, outra vai procurar a Delegacia da Mulher, a outra vai procurar a Ouvidoria do Estado, outra vai procurar a do Município, outra a do hospital, então assim, uma vai fazer um telefonema para o 180, outra vai procurar, vai fazer isso diretamente... Eu não consigo nem, na questão do levantamento de dados, saber os indicadores sobre como as questões têm sido encaminhadas, aí muito menos eu vou conseguir saber também a efetividade do acompanhamento mais personalizado, mais individualizado. [...] Então é realmente muito difícil a gente ter esse canal, poder avaliar também a efetividade desse atendimento, não sei se deu certo. Eu sei que eu ofereci as ferramentas que nós tínhamos em mãos, o que aconteceu depois que eu não tenho essa forma de ter esse resultado de volta. É uma coisa que faz falta.

E17/MPF – Eu como faço parte só do atendimento inicial, eu não acompanho a solução dos casos, eu não tenho essas informações para dizer qual é a efetividade da solução.

Ainda, para alguns canais a efetividade é limitada, o que pode decorrer da própria competência do órgão, que atua dentro de suas delimitações e não opera na resolução da situação, ou também pode ser restrita pelo receio de represálias por causa da denúncia.

E14/CMDM – Fica muito limitado por conta dessa situação que eu acabei de falar para você. Por conta de ser um órgão consultivo, nós não temos autonomia para deliberar, para ampliar mais o nosso atendimento nessas situações e nas outras também, mas existe, claro, um empenho de todo o Conselho para tentar pelo menos amenizar essa situação. Mas isso torna realmente pouco resolutivo, por conta de ser um Conselho mais limitado, então fica muito realmente restrito o trabalho, todo o empenho do Conselho até de saber dessas situações e concluir alguma coisa assim. Então é por conta disso que eu digo para você que é bem complicado para o Conselho em si, como entidade.

E5/ORS – Olha, eu gostaria que fosse assim com mais... Que as pessoas... Porque eu vejo que as pessoas têm assim um certo receio de se expor, de fazer alguma coisa para a Ouvidoria. Muitas vezes... Isso não é um registro, mas a gente ouve assim “Ah, eu tenho medo de fazer alguma coisa e como eu vou ter que fazer o pré-natal, de acontecer alguma coisa, de me tratarem mal”. Isso não aconteceu aqui na nossa ouvidoria, mas em outras. Quando a gente tem reunião com os ouvidores dos outros municípios, às vezes surgem essas coisas. A gente orienta que assim: “Olha, então faz o seguinte: em vez de falar com vocês, que estão no município, que são municípios pequenos, encaminha para a nossa Regional que a pessoa não vai nos conhecer e a gente pode fazer o encaminhamento de uma outra forma”.

É possível depreender que muito dessa efetividade dependeria da existência de um fluxo bem delineado para o atendimento a essas denúncias, com destaque para a comunicação entre os canais participantes, o que não se verifica atualmente de acordo com as declarações obtidas.

O próximo questionamento deste tópico foi o que, na opinião dos agentes dos canais entrevistados, seria necessário para o efetivo atendimento às mulheres que sofrem abusos, desrespeitos ou maus-tratos durante o pré-natal, parto ou pós-parto. Diversos eixos de análise foram encontrados, sendo o primeiro a necessidade de informação e de conhecimento.

E1/DM – Eu acredito que a informação à vítima é o que falta, é o principal. Mais do que isso, a gente, como eu te falei, tem um procedimento aqui padrão de atendimento às mulheres. Então aqui dentro da Delegacia, a mulher chegando até aqui, fazendo a sua denúncia, já seria o suficiente, né, que eu digo, pois aí já seria encaminhado para a devida investigação, sabe. Isso é o

que falta, assim, na minha opinião, é informação para a própria vítima poder chegar até a porta da Delegacia, digamos assim, de uma maneira mais direta.

E4/MPE – Eu acho que falta conhecimento. Acho que é a partir do momento... Eu não sei quais canais elas procuram mais, talvez o canal que elas estejam procurando não seja o adequado. Talvez fosse necessária uma campanha de divulgação dos canais adequados para o atendimento nessas situações. Creio que talvez falte informação.

A segunda chave de análise encontrada foi a necessidade de um local especializado para realizar essas denúncias, que pode ser dentro das instituições já existentes ou um local diverso estruturado especificamente para atender a essas mulheres.

E2/OMDS – Eu acredito que teria que ter uma estrutura maior dentro dos hospitais, principalmente na hora do parto das gestantes, dos atendimentos das gestantes. Porque nas unidades de saúde a gente tem as agentes comunitárias que auxiliam a fazer divulgação para registrar, muitas vezes as enfermeiras também auxiliam. Mas o que mais a gente sente assim a falta é de uma estrutura de acolhimento dentro dos hospitais mesmo, na hora do parto ou do pós-parto, de ter esse acolhimento, de ver como que foi esse atendimento, de fazer uma pesquisa de satisfação como a usuária até para poder pegar uma denúncia e tentar fazer uma melhoria do sistema.

E5/ORS – Eu penso que elas devem ter um local acolhedor para elas fazerem essa denúncia, que traga confiança para elas, e efetividade, em que realmente ela seja atendida, que a denúncia dela seja encaminhada, de forma que ela venha a confiar e até passar para outras pessoas, porque eu acho que tem que haver mais divulgação para que elas se sintam acolhidas e que tenham certeza ou que tenham convicção de que elas vão ser bem atendidas e que vai ser resolvido.

E10/PIHP – Eu acho que tinha que ter um lugar mais especializado, assim, porque ali para nós, a gente acolhe o sofrimento e aí é feito o acolhimento pela psicologia aqui, o serviço social entra com orientação dos seus direitos, como reclamar na Ouvidoria e aí chama uma outra enfermeira que é ouvidora. Mas eu percebo também que as mulheres ficam um pouco receosas de reclamar da equipe do hospital para a equipe do hospital. Às vezes tem um pouco assim de que todo mundo faz parte do mesmo time, então eu não abro aqui nesse momento muito por conta disso, até porque eu vou ficar aqui mais dois ou três dias, não sei quantos, e eu dependo dessas pessoas para o meu cuidado e para o cuidado do meu bebê, então eu percebo que tem um pouco mais de receio. Eu acho que seria ideal assim, eu realmente não entendo como funciona a rede nesse sentido, mas algo, por exemplo, tipo o negócio da Maria da Penha lá, que é um núcleo especializado em violência contra a mulher. Não sei se lá eles atendem esse tipo de queixa, enfim, mas eu acho que algo além, fora do hospital seria um pouco mais ideal.

E11/ASIHP - Olha, pensando nisso, que inclusive você me fez pensar aqui, com relação a essa avaliação, o ideal seria que se tivesse dentro do Município ou na parceria do município e do Estado, um lugar especializado que se prestasse a estudar essa demanda, a atender, a acompanhar e trazer essas devolutivas também para a instituição.

A chave seguinte trata da capacitação para o atendimento a essas mulheres que buscam realizar sua denúncia, tanto para compreender mais sobre o tema da violência obstétrica como para entender a melhor forma de recepcionar a denunciante.

E3/DP – Inicialmente eu acho que precisa de um treinamento de pessoal. O pessoal precisa estar treinado, porque muitas vezes a mulher pode chegar lá e a pessoa menosprezar aquela situação, não entender o que aquela mulher está passando. Então precisa muito de um treinamento de pessoal. E eu acho que precisa sempre ter nos locais, principalmente hospitais, os locais onde essa mulher vai realizar esse parto, informativos de quais os procedimentos e quais os direitos delas. A partir do momento que tem esses informativos, quais os procedimentos, o que pode ser feito com elas, o que é necessário o consentimento dela, ali tudo. Na verdade, é necessário o consentimento dela, salvo se ela tiver em uma situação de vida ou morte. Mas é necessário ter uma explicação dos direitos, porque a gente visualiza assim, principalmente o público da Defensoria Pública que é o que a gente atende, é o público que mais tem direitos, mas o que menos acaba sabendo dos direitos deles. Então muitas vezes a mulher nem sabe efetivamente que aquilo foi uma violência. Então, assim, se tivesse sempre informativos, chamadas, campanhas na televisão informando o que pode e o que não pode ser feito, eu acho que isso já vai ajudar muito na questão das denúncias. E também no treinamento do pessoal. Por exemplo, está na Delegacia, saber, ter cursos específicos treinando o pessoal, demonstrando o que pode ser considerado um ato, porque às vezes a mulher pode chegar lá e aquele agente que vai atender ela nem sabe que aquilo pode ser considerado um tipo de violência. Então acho que sempre o treinamento do pessoal, a qualificação do pessoal... E sempre ter informações para as pessoas que vão passar por aquela situação. Informação até mesmo no momento das consultas, as enfermeiras informando como vai ser o procedimento, porque às vezes no procedimento é tudo tão rápido que elas não são informadas adequadamente. Então eu acho que informação e ter campanhas para dar publicidade mesmo nessa questão desses direitos.

A próxima chave diz respeito à necessidade de um bom acolhimento, para que a recepção às mulheres que buscam registrar as situações pelas quais passaram seja respeitosa, humanizada e sem julgamentos.

E6/OPS/OIHPR – Eu acho que ela tem que ter canais onde ela possa acessar em que ela se sinta segura, porque eu acho a situação por si só – eu nunca tive um relato, enfim, mas eu acho que exercitando a empatia, eu acho que a mulher deve ficar super insegura com tudo isso, então de que forma que as instituições podem acolhê-las sem ter um juízo de valor, porque eu acho que não é esse o objetivo, o objetivo é entender a forma que ocorreu e prestar uma assistência adequada para ela dentro deste processo de humanização e de acolhimento. Eu acho que talvez seja esse o caminho.

E12/OIHP – Assim, que ela seja acolhida, que ela seja ouvida, que seja encaminhada para o profissional adequado, que seja orientada, que sempre orientem ela a estar relatando isso, a estar deixando registrado por meio da Ouvidoria, que daí fica registrado, que seja feito o esclarecimento para essa mulher que ela tem os direitos e os deveres dela, principalmente os direitos, e dar assistência para ela.

E17/MPF – Eu acho que, para mim, aí é uma opinião pessoal, acho que como em qualquer caso em que alguém vai fazer uma denúncia, a pessoa tem que ser acolhida, ela tem que ser ouvida e não cabe, inclusive, a ninguém que está ali atendendo fazer o pré-julgamento, fazer o julgamento do que foi que aconteceu. Então acho que é o acolhimento, a privacidade, o direito à privacidade da pessoa, eu acho que é bem importante.

A proatividade também é uma chave encontrada, sendo necessária no atendimento posterior à alta para identificar possíveis problemas ocorridos durante o atendimento.

E9/ASIHPR – Acredito que fazer um atendimento talvez posterior à alta. No momento em que acontece a violência eu acho que está acontecendo muita coisa ao mesmo tempo, talvez fazer uma continuidade do atendimento após a alta para verificar como que ocorreu o parto, se foi tudo bem, se teve algum problema, tanto na parte antes, durante ou depois.

Da mesma forma a celeridade no procedimento de apuração da denúncia realizada é percebida como uma necessidade para que as situações sejam mais efetivas.

E16/COREN – Eu acredito que teria que ser no momento, isso não teria que ser uma coisa assim tão longa como a gente vê hoje. Por exemplo, para chegar até o Conselho tem um tempo, vai passar por um outro canal para chegar... Se tivesse um meio mais direto, digamos assim, que ela chegasse aqui na hora, aconteceu hoje e amanhã eu consigo ir na ouvidoria e resolver isso, uma coisa menos burocrática, seria melhor, muito melhor para ela. Seria isso, uma rapidez.

Outra chave de análise encontrada aponta que o efetivo atendimento demanda uma maior responsabilização dos profissionais denunciados, para que sejam punidos e também para evitar que ocorram novas violações

E10/PIHP – Eu acho que devia ser mais responsabilizado as pessoas que recebem essas queixas, essas ouvidorias, porque eu não vejo muita mudança ou muita consequência para a equipe médica, equipe de enfermagem ou, enfim, qual seja o profissional de saúde de quem a paciente esteja reclamando. Eu acho que não tem muita consequência, eu acho que é mais a ouvidoria, por exemplo, é mais número assim, mais para saber aqui do que para efetivamente resolver, sabe. Eu sinto que há um pouco de descaso, nesse sentido, de o que fazer com essas denúncias.

Ainda foi citado como item necessário ao bom atendimento para as mulheres que buscam realizar denúncias o acompanhamento psicológico posterior, visto que o puerpério por si só já é um momento delicado.

E13/OSESA – Sem dúvida nenhuma, assim, no meu ponto de vista, um acompanhamento psicológico, sabe. Eu acho que deve ser acompanhado porque é uma coisa que fica realmente marcado. Eu tive três cesáreas, graças a Deus fui bem cuidada, foi bem sucedido, mas assim no momento em que a gente vai para casa, a gente fica um pouco perdida, vulnerável. E eu fui muito bem atendida e muito bem cuidada. Imagina aquelas pessoas que no momento de felicidade, que deveria estar tudo 100%, sofre tudo isso e aí eu acho que fica um trauma. Então eu acho que deveria ter um acompanhamento, sim, da psicóloga, talvez até uma assistente social para ajudar em algo mais que essa mãe necessite junto com seu bebê.

Por fim, o último eixo de análise encontrado nesta pergunta foi o cumprimento da legislação existente como ponto importante para o atendimento ideal às denunciadas.

E7/CMS – O cumprimento da Lei, porque isso não é, digamos, um favor que o Estado faz ou aquele agente público faz, mas sim uma previsão legal que tem que ser cumprida. Até nós temos recentemente duas Leis, uma Lei que foi feita sobre a própria violência obstétrica a nível estadual e outra que veio regulamentando a escolha da mãe de poder escolher se ela quer uma cesárea ou se ela quer o parto normal, porque anteriormente havia essa discussão. Às vezes a mulher chegava lá no hospital em o médico via que era gravidez de risco então já encaminhava ela para a cesárea e às vezes não ouvia a mãe. Claro, sempre orientada pelo profissional de saúde, porque ele vai saber a melhor condição ali, até que não possa causar risco para a mãe. Então tem a Lei, a Lei assegura a escolha, mas o fator decisivo é o médico, porque ele também responde, tanto cível como criminalmente, por adotar um procedimento adverso. Ele pode instruir ela de que, de repente, aquele procedimento a ser adotado não é o mais correto, mas ele também responde cível e criminalmente se aquele procedimento que foi adotado não foi o mais correto para a medicina, no caso.

A pergunta final deste tópico é sobre o que, na opinião dos canais entrevistados, precisaria melhorar ou mudar com relação ao atendimento às mulheres que denunciam violências, desrespeitos ou maus-tratos durante o pré-natal, o parto ou o pós-parto.

O primeiro eixo de análise encontrado aponta que uma mudança ou melhoria necessária seria a elaboração de uma legislação específica sobre o tema da violência obstétrica.

E1/DM – Eu não sei se existe uma lei que é que determine, que seja específica, assim como existe a lei de violência doméstica. Então para melhorar esse atendimento, eu acredito que deveria ter uma lei específica para atender esse tipo de violência. Porque a gente não recebe denúncias aqui, mas eventualmente você vê alguma situação na televisão, que aconteceu esse tipo de coisa ou um comentário, assim, de alguma pessoa conhecida, fora do teu atendimento, fora da tua instituição. Você ouve comentários de que ocorre esse tipo de violência, mas não tem uma lei específica que discipline o atendimento a esse tipo de crime, então eu acho

que para melhorar é a primeira coisa. Infelizmente como não há uma iniciativa própria no nosso país, né, tudo é debaixo de lei para melhorar, eu acredito que deveria ter sim uma lei que disciplinasse esse tipo de atendimento.

Ressalte-se que, como já explanado, existe uma legislação estadual que dispõe sobre a violência obstétrica no Paraná, conquanto não haja uma tipificação dessa forma de violência como crime no ordenamento jurídico brasileiro.

Ao citar como necessária a criação de uma norma, fica demonstrado que lei existente que trata do assunto ainda não teve o alcance que se requer. Na questão anterior foi citado como crucial para o efetivo atendimento às mulheres o cumprimento desta lei, embora seja difícil a concretização desta se ela sequer é conhecida.

O segundo eixo diz respeito à necessidade de uma rede de atendimento estruturada e articulada, que os canais acreditam ser importante para o atendimento às mulheres.

E2/OMDS – Se tivesse essa rede de atendimento com apoio de psicólogo, assistente social, setor jurídico junto, para que elas pudessem fazer a defesa dos seus direitos e um acolhimento para elas poderem fazer o tratamento pós-violência, né. Então teria que ter a reestruturação da rede de serviços focada nesses objetivos, sabe, que hoje a gente não tem.

E4/MPE – Uma articulação seria bastante efetiva. Mas assim, é muito complicado realizar essa articulação, a gente tem... Em algumas outras áreas a gente tenta a articulação, por exemplo, saúde mental, que a gente está toda hora tentando fazer articulação, e idoso também. E a gente tem muita dificuldade. Dentro da própria parece que não se fala a mesma língua, então essa dificuldade é muito grande. E cada vez que tu troca o governo, troca equipe, é um desafio constante. Na verdade, para praticamente tudo que se refere à saúde e idoso mesmo, assistência de forma geral, seria necessária uma articulação melhor, porque não tem como conversar sozinho, são áreas que vão ter que se articular, mas é sempre muito difícil. Não é algo... Até porque a própria legislação, ela traz delimitações que ela dificulta a própria articulação em determinadas situações. Então é um trabalho complexo, é um trabalho sempre muito difícil, mas que vale a pena ser tentado, claro, mas ele não é tão simples assim.

A terceira chave de análise expõe a necessidade de aperfeiçoamento no acolhimento oferecido durante o atendimento às demandas, que poderia ter maior preparo para recepcionar as denunciante.

E5/ORS – Eu acho que a primeira coisa que tem que ser feita, que tem que melhorar – e muito, não só para as mulheres que sofrem violência obstétrica, mas de um modo geral no serviço público, é o acolhimento. [...] É a forma que você acolhe as pessoas, isso faz diferença no atendimento. Então eu penso que nesses casos o acolhimento é primordial, porque assim, imagine, uma pessoa já sofreu essa violência, vai chegar aqui e de que forma eu vou

receber essa pessoa? Então eu acho que tudo isso tem... O acolhimento é primordial. E a partir daí vem as outras coisas, as melhorias.

E14/CMDM – Eu acho que, em primeiro momento, assim, eu acho que deveria ter uma capacitação mais aprimorada para as pessoas que vão estar à frente desses atendimentos, para que eles pudessem dar um atendimento com mais empatia, eu acho. Não que isso esteja faltando, mas deixa a desejar muitas vezes. Eu acho que se houvesse uma capacitação diferenciada para esse pessoal que vai fazer esses atendimentos, eu acredito que seria mais confortável até para mulher fazer essas denúncias. Tornaria um pouquinho mais agradável, porque não é agradável, mas tornaria um pouquinho mais... Mais... Como que eu vou te falar? Mais confortável para ela, porque não deve ser fácil.

Outra questão levantada é sobre a melhoria ou mudança com relação à celeridade nas denúncias, seja para a realização ou no procedimento de apuração dos registros.

E7/CMS – Eu acredito que é o seguinte, primeiramente a questão da celeridade. [...] que o procedimento também não seja tão demorado e que não, como é que eu posso dizer, que não haja prejuízo da perda de prova ou até mesmo a própria mãe que ali, no caso, que foi agredida física ou moralmente, que não haja prejuízo ainda maior.

E15/OSEJUF – Eu acho que é a agilidade. A pessoa que sofre, a mulher que sofre uma violência... A culpa é de quem? Analisar a culpa de quem com agilidade execução da penalidade ou coisa que o valha.

E16/COREN – Eu acho que é a agilidade mesmo, a agilidade porque tudo o que é jurídico, digamos assim, é um pouco mais lento, então eu acho que teria que melhorar essa questão da agilidade.

Alguns canais assinalaram a necessidade de um local de referência especializado para atendimento às mulheres que passaram por situações de violência obstétrica, que deveria oferecer um atendimento completo, ainda que integrasse algum dos serviços já existentes.

E7/CMS – Criar um canal específico para esse tipo de violência, como é o caso da violência contra a mulher, que já tem a Lei Maria da Penha, já tem todo o procedimento a ser adotado para esse tipo de violência e a violência obstétrica não fica tão distante assim, que a cada dia novos casos aparecem, a nível estadual ou nacional pela mídia que acaba divulgando. [...] Mas a gente acredita que isso só pode ser sanado com políticas públicas mais voltadas para essas áreas. É que hoje, mesmo a gente tendo essa dificuldade ainda no acesso, são criadas essas leis tentando regulamentar e minimizar essas situações.

E11/ASIHP – No meu entendimento, o ideal seria que existisse uma referência, um ponto de referência e que conseguisse se especializar mais nesse tipo de atendimento, seja ele qual for. Ele pode estar localizado dentro, por exemplo, de uma delegacia, ele pode estar localizado dentro de um

CREAS, ele pode estar localizado dentro de uma Regional de Saúde, enfim, mas é um espaço em que se pudesse dar a atenção mais específica para a questão.

A informação, que apareceu também como essencial para um atendimento efetivo, é apontada como um ponto de melhorias ou mudanças necessárias, para que as mulheres tenham conhecimento sobre o assunto e possam não apenas entender melhor seus direitos como também consigam identificar qualquer violação que venha a ocorrer.

E9/ASIHPR – Então assim, conforme a atuação, a gente acaba se especializando mais naquele público que a gente realiza atendimento. Então essa questão de melhoria eu realmente penso que seria uma maior das informações, tanto antes, no momento do pré-natal, já iniciar com as orientações. Porque eu acredito que muitas mulheres não têm o conhecimento do que é a violência obstétrica, como que isso ocorre... O pouco que eu entendo, até as questões assim de não permitir acompanhante, que é uma coisa que serviço social acaba trabalhando bastante, é também um tipo, por exemplo, de violência. Então assim, eu acredito que a disseminação mesmo de o que é violência obstétrica, como identificar isso e como faço uma denúncia, porque eu não sei se hoje a gente tem um protocolo bem definido. Eu, por exemplo, trabalho dentro de um hospital e eu não tenho esse conhecimento.

E12/OIHP – Eu acho que o conhecimento, que elas têm o direito de reclamar e também... O conhecimento eu acho que é o principal, o que é normal o que não é normal, o que é o direito dela, ela ter melhores esclarecimentos. A gente tem uma enfermeira obstetra que ela faz os pré-natais lá hospital e ela sempre ela sempre explica para essas gestantes quais são os direitos dela e tudo mais. E eu acho bacana elas saberem disso para elas identificarem que elas foram vítimas da violência, porque senão às vezes a mulher é vítima e nem ela sabe que ela foi vítima. Então acho que esse conhecimento elas teriam que ter, os canais sempre abertos para elas poderem registrar, ter esse acolhimento e a efetividade.

Da mesma forma, a capacitação dos canais de denúncia, também citada como fundamental para o atendimento efetivo, aparece como um ponto de grande importância nas melhorias e mudanças, a fim de que os canais compreendam melhor sobre o tema e sejam capazes de recepcionar as mulheres que os buscam da melhor forma possível.

E9/ASIHPR – O pouco que eu entendo, até as questões assim de não permitir acompanhante, que é uma coisa que serviço social acaba trabalhando bastante, é também um tipo, por exemplo, de violência. Então assim, eu acredito que a disseminação mesmo de o que é violência obstétrica, como identificar isso e como faço uma denúncia, porque eu não sei se hoje a gente tem um protocolo bem definido. Eu, por exemplo, trabalho dentro de um hospital e eu não tenho esse conhecimento.

E13/OSESA – Eu acho que essas pessoas, os profissionais, no meu ponto de vista, eles deveriam ser mais capacitados, sabe, ter uma capacitação, ter um acompanhamento com aquele profissional.

E17/MPF – Eu acho que um treinamento específico é sempre bem-vindo. Nós somos treinados para fazer o atendimento ao cidadão, não especificamente para violência obstétrica, mas eu acho que qualquer treinamento que ajude a detalhar um pouco mais para receber, como que faz para receber uma pessoa nesses casos, é sempre bem recebido, digamos assim, no órgão.

A chave de análise da capacitação é muito próxima do eixo da informação, já que uma das falas acima expostas indica que mesmo trabalhando em uma instituição hospitalar e podendo atender casos em que uma mulher tenha sofrido violência obstétrica, a agente entrevistada afirma não ter conhecimento sobre o tema.

Outro ponto indicado foi que deveria haver melhorias ou mudanças acerca da proteção às denunciantes para que não sofram nenhum tipo de retaliação devido ao fato de denunciarem determinada situação.

E10/PIHP – Eu acho que tinha que ter algo mais protetivo delas assim, no sentido de não sofrer nenhum tipo de represália.

Trata-se de uma questão bastante importante, pois foi uma das apreensões declaradas pelas mulheres nos grupos focais realizados, motivando-as, em muitos casos, a não realizar a denúncia do caso de violência obstétrica.

Também o atendimento psicológico é um item mencionado como algo que demanda mudanças ou melhorias durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Atualmente não é oferecido acompanhamento às denunciantes além do atendimento no hospital.

E10/PIHP – E se tivesse esse acompanhamento psicológico logo no início, por exemplo, se fosse no pré-natal, no início do pré-natal, talvez na hora do parto não estivesse tão ruim, daí, porque isso é uma consequência a longo prazo, principalmente na questão psicológica.

Ainda, outros entrevistados disseram não saber informar o que poderia ser alterado ou aperfeiçoado, bem como que não haveria nada a ser aperfeiçoado diante do atendimento oferecido.

E3/DP – Eu não tenho informações específicas quanto a isso, o que acontece nesse ciclo, nesse acompanhamento. Então eu também não tenho como te informar o que poderia melhorar por falta de conhecimento de como se dá esse acompanhamento, porque quando chega essa informação,

efetivamente o nosso trabalho mesmo é na orientação jurídica, então posterior a isso a gente não tem um acompanhamento aqui em Ponta Grossa.

E6/OPS/OIHPR – Daí eu fico, como eu falei para ti, eu acho que eu não tenho informação para responder à tua pergunta, tendo em vista que eu não tive caso ou casos que eu não tomei conhecimento a respeito, então eu não enfrentei a matéria para participar dessa reflexão.

E17/MPF – No Ministério Público Federal – e eu só posso falar pelo órgão em que eu trabalho, eu desconheço a necessidade de alguma mudança, porque eu acho que todo mundo é recebido em igualdade ali. Então no Ministério Público Federal, especificamente para esse tipo, eu não vejo alguma necessidade.

É importante frisar como alguns aspectos que foram mencionados como primordiais para que o atendimento às mulheres que buscam denunciar as situações de violência obstétrica são indicados como pontos de mudança ou melhoria diante do panorama atualmente encontrado. Assim, os próprios canais apontam que essencialmente existem mudanças importantes a serem realizadas para que os serviços acolham e atendam as mulheres da maneira mais adequada.

Em suma, foram extraídas diversas chaves de análise das entrevistas com os canais, evidenciando as possibilidades de assistência, principais dificuldades no atendimento e os pontos que demandam avanços e aperfeiçoamentos para a realização das denúncias. Com isso, é possível avaliar e compreender os pontos de convergência e divergência entre os pontos de vista das mulheres e dos canais.

4 TEORIA SUBSTANTIVA: PERSPECTIVAS PROVENIENTES DO PROCESSO COMPARATIVO

E4/MPE – A gente sabe que muito mais do que o que está na legislação, é importante ter os meios para que a gente possa efetivar alguma coisa.

Após as codificações e o posterior agrupamento das falas dos canais entrevistados em eixos de análise, com base nos conceitos encontrados na codificação inicial, o passo seguinte foi realizar a comparação, chamada de codificação acontecimento por acontecimento.

Charmaz (2009) afirma que essa fase é de grande auxílio, sendo que inicialmente a comparação é entre dados com dados para identificar as semelhanças e as diferenças. E nas palavras de Tarozzi (2011, p. 131), “esse processo consiste em confrontar entre si episódios, sejam similares, sejam diferentes, registrados nos dados para fazer desencadear ideias e intuições”.

O confronto entre elementos diferentes e distantes é o que prepara o terreno para a intuição, verdadeiro motor para a construção da teoria, e indica o mecanismo da metáfora o qual, ligando entre si conceitos distantes, produz inferências e gera novos conhecimentos em um plano conceitual mais elevado. A constante comparação convida a apresentar constantemente perguntas aos dados, nos vários níveis de análise, e essas perguntas, que buscam nexos entre os dados e os conceitos, favorecem o progresso da compreensão conceitual dos fenômenos estudados. (TAROZZI, 2011, p. 25).

Por meio dessa codificação, verificou-se que alguns eixos de análise encontrados nas codificações anteriores se repetiam na análise comparativa, de modo que puderam ser agrupados para formar novas chaves de análise. Tarozzi (2011, p. 26) explica que

Tal maneira gradual e progressiva de codificar é necessária para manter a evidência e os traços do percurso gerativo dos conceitos que constituem a teoria enraizada. Por isso são exigidos periódicos retornos aos dados iniciais, mesmo nas fases mais avançadas de elaboração teórica [...].

Esse movimento facilitou a compreensão de determinados pontos, chamando a atenção para alguns eixos que enfatizaram falas dos participantes, bem como para outras questões que, embora não tenham se repetido nas chaves, também foram destacadas.

Após a análise comparativa, é essencial que a literatura científica seja revisitada e utilizada para fundamentar os achados no campo, ainda que para

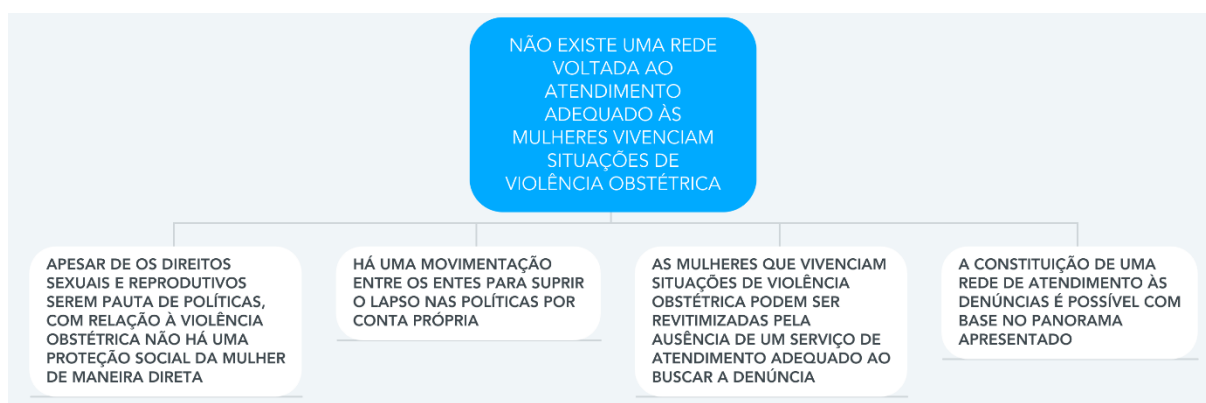
demonstrar contradições, na medida em que para a *grounded theory* nenhuma teoria é fixa ou imutável, porquanto “a emergência de novos dados, novas situações aplicativas, mudanças estruturais ou históricas induzem à modificação constante de uma teoria, mesmo que o processo social de base que constitui o eixo permaneça substancialmente igual” (TAROZZI, 2011, p. 32). Em função disso, Strauss e Corbin, (2008, p. 61) explicitam que

Quando um investigador termina sua coleta e sua análise de dados e está no estágio de redação, a literatura pode ser usada para confirmar resultados e, exatamente o contrário, os resultados podem ser usados para ilustrar onde a literatura é incorreta, excessivamente simplista ou explica o fenômeno apenas parcialmente. Trazer a literatura para a redação não apenas demonstra sentido acadêmico, mas também permite avaliar e refinar o conhecimento no campo.

Esse passo é fundamental para que os dados produzidos no campo sejam corroborados ou contrapostos ao que o conhecimento teórico da literatura científica estabelece. Trata-se de um encontro muito importante, mas que deve ser realizado cuidadosamente para que não haja um afastamento do empírico, que é a base real desta metodologia.

Charmaz (2009, p. 104), expõe que “a codificação da teoria fundamentada começa a unificar as ideias de um modo analítico, porque você levou em consideração quais poderiam ser os significados teóricos dos seus dados e códigos”. Durante a codificação realizada diante da análise comparativa, foi possível identificar e sintetizar as informações encontradas em categorias, além de uma categoria central (*core category*).

Figura 12 – Diagrama da categoria central (*core category*) e as categorias encontradas na análise.



Fonte: A autora.

Tarozzi (2011, p. 140) aduz que “uma *core category* é um conceito-chave, uma categoria central, nuclear, essencial que organiza o conjunto das categorias”. É central porque dessa categoria decorrem outras, anteriores ou posteriores, que a desenvolvem de maneira ramificada.

Encontrar e aprofundar a (ou as) *core category(ies)* é o objetivo da codificação teórica, a fase de codificação que se desenvolve no nível máximo de abstração conceitual. Aqui o(a) pesquisador(a), depois de ter identificado as categorias, suas propriedades e as primeiras inter-relações, através de intuições, fugas para frente e retornos aos dados, dá forma à teoria, seja identificando hierarquias analíticas entre as categorias, ou propondo intuições, conjeturas, inferências antecipadas, das quais mais tarde controlará o enraizamento nos dados.

Dessa forma, as categorias encontradas serão analisadas a seguir por meio da descrição dos achados na comparação entre as codificações realizadas nos dados obtidos por meio dos grupos focais e nas entrevistas.

Algumas chaves de análise identificadas no ideal de atendimento das mulheres dos grupos focais também apareceram nas respostas dos agentes dos canais entrevistados acerca do que poderia ser melhorado com relação ao atendimento oferecido atualmente. Isso demonstra que o modelo que as mulheres objetivam ainda está distante da realidade, pois, conforme dados obtidos tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas, diversos pontos ainda precisam ser aprimorados para que os serviços se mostrem preparados para o que as elas precisam.

No primeiro ponto que merece atenção com base em todo o exposto, não se verifica a existência de uma rede intersetorial para atendimento às vítimas de violência obstétrica em Ponta Grossa. As mulheres ouvidas nos grupos focais afirmaram desconhecer se há qualquer rede e as entrevistas com os canais de denúncia demonstram que os agentes também não acreditam que algo assim tenha sido formado.

Faz-se necessário rememorar a divisão entre trama e rede realizada por Schraiber et al. (2012). Ao tratar dessa distinção, Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2020, p. 3) explicitam que

[...] o funcionamento em rede não apenas implica na articulação das ações entre os serviços, mas também deve incluir necessariamente uma interação entre agentes de práticas desses serviços, sendo que essa interação é voltada para a construção consensual de um projeto assistencial em comum.

Por meio de algumas respostas, o que poderia ser visto no município é o atendimento em trama, ou seja, sem uma assistência articulada, com fluxos de encaminhamento limitados e incompletos, uma vez que “uma trama pode resultar da justaposição de intervenções particulares de cada serviço sem uma integração entre as ações” (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020, p. 3). E em muitos casos, nem mesmo essa trama pode ser identificada.

Apesar de algumas das respostas expressarem acreditar que existe uma rede atuando no atendimento de denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR, isso não ocorre. Se, como aduzem Malvezzi e Nascimento (2020, p. 2), “em sua essência, as redes visam integrar e conectar pessoas, objetos ou ideias, com vistas a descentralizar as estruturas e estabelecer relações mais horizontais entre os elementos”, o município de Ponta Grossa/PR está longe de conseguir proporcionar essa acolhida.

O atendimento existente citado nessas falas ou recebe apenas casos de violência doméstica, no caso do Núcleo Maria da Penha – NUMAPE, ou não chega a configurar uma rede, tratando-se apenas do direcionamento de certas situações para outros órgãos, que depende do empenho de cada instituição.

Diante das respostas obtidas, tanto as mulheres ouvidas como os canais entrevistados têm certa dificuldade ao abordar o atendimento relacionado às situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR, sem conseguir explicar qual seria a estrutura para isso. Aguiar, D’Oliveira e Schraiber (2020, p. 3) alertam que

[...] o funcionamento em rede não se dá simplesmente pela existência de um conjunto de serviços em determinada região, ainda que estes façam encaminhamentos dos casos entre si. É preciso que haja uma articulação das ações e dos profissionais no sentido de uma assistência que seja compartilhada e acordada entre os atores envolvidos a partir das necessidades particulares de cada caso.

As autoras ressaltam que um maior reconhecimento dos diferentes serviços existentes não se traduz, necessariamente, em uma maior articulação e comunicação entre eles, pois, muitas vezes, ainda assim cada um permanece voltado apenas para o seu âmbito específico de atuação de forma fragmentada, sem avançar para além da trama (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020). Schraiber e D’Oliveira (2006, p. 12) discorrem que

A depender da forma como a violência é visibilizada e de como cada serviço entende os limites e potencialidade de seu trabalho sobre a questão a rede

poderá ser melhor ou pior efetivada e o conhecimento e encaminhamento para outros serviços fará mais ou menos sentido no trabalho realizado.

O fato de alguns canais encaminharem determinados casos para outros locais não forma uma rede porque não há organização ou diálogo entre essas instituições, o que pode ser verificado pelas respostas obtidas quando se questiona como são os vínculos entre esses serviços, ou seja não há articulação ou compartilhamento de um modelo de atuação.

Com isso, é possível destacar a invisibilidade da violência obstétrica como demanda para esses canais, pois ainda que alguns deles demonstrem saber que esse problema existe, ele não é reconhecido como questão que integra suas responsabilidades e incumbências. Quando a demanda chega, é tratada sem o devido cuidado em razão da carência de planejamento e estruturação para o atendimento e o encaminhamento.

E além de não possuir uma rede de atendimento específica para as situações de violência obstétrica, os casos também não são acolhidos pelas redes de proteção existentes, justamente por sua singularidade e multidimensionalidade, uma vez que a violência obstétrica se caracteriza como uma violência de gênero contra a mulher praticada por instituições ou profissionais da saúde durante a gestação, o parto, o pós-parto e em situações de abortamento, por meio de ações ou omissões, podendo atingir diversas esferas.

No caso da violência contra a mulher, o documento que estabelece a constituição e o fortalecimento das redes de atendimento às mulheres em situação de violência determina que estas devem ser compreendidas no âmbito do I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) e, em especial, da Política e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que estipulam os conceitos, as diretrizes e as ações de prevenção e combate à violência contra a mulher (BRASIL, 2011b).

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011a, p. 16) expõe que:

A violência contra a mulher em todas as suas formas (psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres) é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças. Faz-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote políticas públicas acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais ela se expressa.

E mesmo não utilizando o termo “violência contra a mulher” como sinônimo de violência doméstica e familiar, bem como apesar de falar da violência contra a mulher “em todas as suas formas” e das “diferentes modalidades pelas quais ela se expressa”, a violência obstétrica não se encontra incluída entre os exemplos dados.

São cinco os eixos e ações estruturantes do pacto, como se verifica no diagrama abaixo:

Figura 13 – Diagrama dos eixos do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher.



Fonte: BRASIL, 2019a.

O Eixo IV do Pacto estabelece que “uma das expressões da violência contra as mulheres mais eficazes para a manutenção das desigualdades e da opressão tem sido o controle sobre suas vidas, seu corpo e sua sexualidade” (BRASIL, 2019a), de modo que o enfrentamento à violência contra as mulheres exige mudanças significativas por parte do Estado e da sociedade perante os seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como diante das diferentes formas de violação desses direitos e das ações e os debates que visam sua garantia.

Em julho de 2004 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (1ª CNPM), fomentada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) do Governo Federal, com a posterior elaboração do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. O I PNPM (BRASIL, 2004b, p. 73) expõe que “a violência contra a mulher

acontece no mundo inteiro e atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, etnias e orientação sexual”. O documento cita que

Qualquer que seja o tipo, física, sexual, psicológica, ou patrimonial, a violência está vinculada ao poder e à desigualdade das relações de gênero, onde impera o domínio dos homens, e está ligada também à ideologia dominante que lhe dá sustentação. São muitas as formas de violência contra a mulher: desigualdades salariais; assédio sexual; uso do corpo como objeto; agressões sexuais; assédio moral, tráfico nacional e internacional de mulheres e meninas. (BRASIL, 2004b, p. 73).

Esse documento traz, em seu Capítulo 3, o tema “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos” e, em seu Capítulo 4, o “Enfrentamento à violência contra as mulheres”, com objetivos, metas, prioridades e planos de ação relacionados aos assuntos.

O capítulo 4 do I PNPM (BRASIL, 2004b) aborda diversos pontos importantes como a atenção obstétrica e o planejamento familiar, a mortalidade materna, o acesso à assistência pré-natal e a atenção ao parto e tem como um de seus objetivos a garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

O plano aponta a humanização como uma prioridade, permeando diversas ações planejadas, pois, à época, o termo “violência obstétrica” ainda não havia sido introduzida. A expressão foi criada pelo médico Rogelio Pérez D’Gregorio, presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, consolidando-se quando, no ano de 2007, a Venezuela promulgou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência (D’GREGORIO, 2010; MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016; SENA; TESSER, 2017).

Antes da difusão do termo violência obstétrica, o tema dos direitos sexuais e reprodutivos nos planos, documentos e planejamentos voltados para a saúde da mulher era tratado como humanização da atenção obstétrica e neonatal, pois não se falava em violência nesse âmbito, sendo que até hoje há uma grande disputa de narrativas com relação ao tema (SILVA; GASPERIN; PONTES, 2021).

Ainda assim, o documento “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher” do Ministério da Saúde, do ano de 2001, ao tratar do atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal, dispõe que “é importante considerar, nesse processo, os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais” (BRASIL, 2001, p. 3),

ou seja, mesmo antes do termo violência obstétrica ser criado as violações nesse período já começavam a ser reconhecidas.

O II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de 2008, dispõe que “A violência contra mulheres se constitui em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física” (BRASIL, 2008, p. 95). Ele retoma o conceito de violência contra a mulher da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, a Convenção de Belém do Pará (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1994), pelo qual:

Artigo 1

Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

Artigo 2

Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

- a. ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;
- b. ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e
- c. perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

O conceito adotado pela Política Nacional e, como consequência, pelo II PNPM, é fundamentado na Convenção de Belém do Pará e considera as mais diferentes formas de violência contra as mulheres, como a violência doméstica, a violência sexual, o abuso e a exploração sexual, o assédio sexual, o assédio moral, o tráfico de mulheres, a violência institucional e as mulheres que exercem a atividade de prostituição nas metas e nos planos de ação.

O termo “violência obstétrica” ainda era muito recente e, por isso, ainda não havia sido difundido, mas a promoção da assistência obstétrica qualificada e humanizada é apontada como uma das prioridades com relação à saúde das mulheres e seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2008).

A assistência obstétrica e as questões de saúde sexual e reprodutiva também foram abordadas, com informações sobre os avanços que ocorreram desde o I PNPM,

especialmente após o lançamento, em 2004, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) pelo Ministério da Saúde.

Por sua vez, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2013-2015, resultado da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que ocorreu em dezembro de 2011, traz algumas mudanças. O Capítulo 3, referente à “Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, articula que ao longo do tempo, com influência das diversas conferências internacionais organizadas pelas Nações Unidas, os planos de ação na área da saúde foram ampliados para incluir grupos historicamente marginalizados das políticas públicas, bem como empenharam-se em abranger as transformações que se sucederam no corpo social (BRASIL, 2013). O objetivo geral é de:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência. (BRASIL, 2013, p. 31).

Entre as metas relacionadas ao objetivo estão “reduzir o número de cesáreas desnecessárias e de procedimentos desnecessários que comprometam a integridade física das mulheres e causem riscos à sua saúde” e “reduzir a violência institucional e a violência obstétrica nos serviços de saúde” (BRASIL, 2013). Essa é a primeira vez que o termo é reconhecido e adotado expressamente em documento oficial ao tratar das políticas de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no país.

Todavia, o Capítulo 4, que dispõe sobre o “Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres” e que tem como objetivo geral “reduzir os índices de todas as formas de violência contra as mulheres” (BRASIL, 2013, p. 43), a violência obstétrica não é mencionada de forma específica, embora um dos objetivos específicos presentes no capítulo seja “Prestar atendimento às mulheres que têm seus direitos humanos e sexuais violados, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo e sobre sua sexualidade” (BRASIL, 2013, p. 43).

Mesmo com a menção desse objetivo específico, a ausência da violência obstétrica neste capítulo demonstra como essa forma de violência contra a mulher é

compreendida como uma questão do setor de saúde e não multidimensional. Com isso, o tratamento a ela dispensado é muito diferente, evidenciando que a violência doméstica é vista como multifatorial, enquanto a violência obstétrica parece ser encarada como individual, restrita à área de saúde.

Essa situação representa um grave problema a partir do momento que, em razão dessa compreensão limitada, não se entende que o atendimento necessário deve ser plural e multidisciplinar, abrangendo diversos aspectos como o jurídico, o psicológico e o de saúde.

Como explicitado, os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres I e II e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres são fundamentos do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2013-2015 e do guia que estabelece a constituição e o fortalecimento das redes de atendimento às mulheres em situação de violência.

A rede de proteção social voltada para a questão da violência contra a mulher parece não abarcar a violência obstétrica pela compreensão de que se trata de um tema específico da área da saúde, como visto anteriormente. Porém, na área da saúde as políticas relativas à saúde sexual e reprodutiva também não atendem a essa questão de forma completa, como se constata na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, apesar dos esforços.

O documento da PNAISM incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. (BRASIL, 2015c, p. 12).

Na medida em que os documentos que norteiam o trabalho das instituições e dos canais não têm uma visão de atendimento às mulheres por meio ações integradas e em rede, o trabalho conjunto é prejudicado, com a consequente fragmentação dos serviços que não as acolhe da maneira que elas necessitam.

Nesse sentido, considerando que nenhuma rede existente parece julgar que o assunto seja de seu âmbito de atuação, poderia ser elaborada uma rede de atendimento e proteção específica para o tema. Mas somente a elaboração desta rede por meio de uma legislação ou uma política, sem que exista um diálogo entre os

serviços e sem que cada um compreenda seu papel, não seria suficiente e esse atendimento tenderia a não ser efetivo.

Para Gonçalves e Guará (2010, p. 18) “a comunicação é um vetor de extrema importância nos processos grupais de formação de uma rede. A circulação da palavra e o acolhimento e a escuta do outro devem ser assegurados e estimulados”. Quando não há esse diálogo entre todos os componentes de uma rede de atendimento, não existe um fluxo estruturado e coerente. Para Santos e Kind (2020, p. 5)

O grande desafio do século atual é construir um projeto comum com sujeitos e organizações sociais que se articulem, superando a visão reducionista do mundo e considerando a realidade local por meio de ações interdisciplinares, com governos que primem por políticas e programas que articulem saberes contra modos predatórios que se impõem em abordagens verticais.

Por meio das respostas obtidas é possível compreender que não há a construção de uma comunicação entre os canais. Alguns deles não sabem para onde encaminhar os atendimentos e, quando encaminham, o fazem por disposição própria, sem ter um encadeamento conexo e coeso, pois aparentemente não conseguem enxergar o tema como multidisciplinar.

Outro exemplo sobre a falta de diálogo é o da Lei Estadual nº 19.701, de 21 de novembro de 2018, que dispõe sobre os direitos da gestante e da parturiente e sobre a violência obstétrica. Para sua proposição não houve uma audiência pública ou um amplo debate, de modo que diversos pontos não foram contemplados.

Um exemplo disso é o fato de que alguns dos canais citados no texto legislativo como locais aptos para receber denúncias de casos de violência obstétrica sequer tinham conhecimento adequado a esse respeito, tendo um deles afirmado, inclusive, desconhecer o tema. Não houve uma capacitação adequada para que os agentes dos canais indicados para o recebimento de denúncias pudessem recepcioná-las corretamente e a legislação sequer previu essa necessidade, reforçando a imprescindibilidade de uma regulamentação.

Sem um extensivo debate acerca do assunto que o aborde em toda sua complexidade, o próprio texto legal se torna raso e insuficiente na medida em que os locais não possuem conhecimento do tema de forma a oferecer um serviço com acolhimento integral. Contudo, ainda assim a legislação se encontra vigente e precisa ser implementada de imediato, não apenas após regulamentação, demandando mobilização política para sua efetivação.

A discussão sobre a violência obstétrica ocorreu muito depois dessa legislação já ter sido sancionada e publicada, tendo ocorrido apenas no dia 07 de agosto de 2019, no Plenarinho da Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, proposta pelo mandato do Deputado Estadual Goura e com participação de diversos especialistas das áreas do direito, da saúde, representantes de movimentos sociais e da sociedade civil.

Na audiência (AUDIÊNCIA..., 2019), alguns pontos se mostram importantes para esta pesquisa. O médico obstetra Jan Pawel Andrade Pachnicki, Conselheiro Regional de Medicina e Presidente da Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná (SOGIPA) no biênio 2018-2019, expõe que a violência obstétrica não é a violência do médico obstetra e que essa compreensão dificulta o debate, pela culpabilização de determinada classe diante de tantos problemas que envolvem a questão.

A enfermeira obstetra Carolina Bolfe Poliquesi, coordenadora de Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, apontou que é necessária uma regulamentação da Lei nº 19.701/2018, pois apesar das disposições que ela estabelece, não fica claro quem seria o encarregado por dizer se a eventual situação denunciada se caracterizaria como violência obstétrica ou não, bem como quem seria o responsável pela aplicação da multa ao profissional ou instituição de saúde violadores, nos termos da norma existente.

Eliana Lopes, defensora pública e coordenadora do Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher – NUDEM da Defensoria Pública do Estado do Paraná, assevera que o termo “violência obstétrica” não quer culpabilizar nem antagonizar os profissionais da saúde frente às mulheres e os defensores de seus direitos, mas sim afirmar que a realidade das violações existe de forma inegável, sendo sua contraposição a busca por boas práticas e dos direitos das mulheres. Além disso, ela pontuou que há uma falta de denúncias sobre o tema, ressaltando que é necessário fortalecer os canais de denúncia e de reclamações, bem como que a palavra da mulher deve ter um grande valor perante a situação relatada.

Faz-se necessário ressaltar que o atendimento às situações de violência obstétrica pela Defensoria Pública do Estado do Paraná ocorre apenas no município de Curitiba, que conta com um maior número de defensores públicos e com núcleos especializados de atendimento, como o Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher – NUDEM. Em Ponta Grossa, como afirmado pela entrevistada, esse

atendimento não é realizado pela ausência de atribuição específica e pela insuficiência de defensores.

Salienta-se que o termo “violência obstétrica” diz respeito a todo tipo de violação de direitos, desrespeitos e maus-tratos que ocorrem no atendimento obstétrico. A obstetrícia, cujo termo provém do verbo latim “obstare”, que significa “estar ao lado”, é a área da saúde que trata do desenvolvimento uterino, do nascimento e do pós-parto (BOYACIYAN, 2018). Esses profissionais atendem às gestantes, parturientes e as puérperas e seus bebês recém-nascidos durante o período neonatal, que são os primeiros 28 dias de vida.

No ramo da obstetrícia estão inseridos diversos profissionais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e obstetizes. Reduzir a obstetrícia aos profissionais da medicina é apagar e menosprezar todo o conjunto de profissionais que atuam nessa área.

O discurso acerca da humanização do parto e nascimento está entremeado por conflitos de ordem sociopolítica (LIMA, 2014). Nesse sentido, a estratégia de crítica ao uso do termo e campanha para sua abolição vem sendo utilizada como forma de controle, já que este é realizado não apenas por meio de práticas, como também das concepções existentes, pelas narrativas e discursos (SILVA; GASPERIN; PONTES, 2021).

Ainda, as falas reforçam que não há um planejamento para que a legislação estadual vigente seja cumprida, inviabilizando sua plena aplicação e dificultando que as denúncias sejam realizadas. A regulamentação da lei é necessária para que ela possa ser efetivada, fazendo-se fundamental o desenvolvimento de uma política pública voltada ao tema.

Ao tratar sobre a atuação dos gestores frente às políticas de saúde, o Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS (CONASEMS, 2021, p. 20) dispõe que

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas alternativas de atuação, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, a qualificação necessária ao acolhimento e ao cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Com isso, observa-se que o papel dos órgãos gestores não está sendo realizado de forma apropriada, uma vez que a legislação existente não evidencia o

trabalho para sua efetivação por meio dessa política e nem o diálogo e os vínculos necessários para que o atendimento às mulheres seja adequado.

A rede voltada a esse atendimento não se constrói e nem ganha dinâmica sozinha, pois os componentes que a devem formar não conseguem se articular por conta própria, pela dedicação dos profissionais ali atuantes, sem um órgão gestor que a mobilize. Isso fica claro na análise realizada, onde mesmo com a movimentação que cada canal demonstra por vontade própria, não se consegue formar uma rede mais organizada por não haver fluxo estruturado.

Assim, somente a reunião e capacitação dos agentes e profissionais também se mostra insuficiente perante o problema, ainda que seja um avanço perante a situação existente. É preciso que haja uma mobilização política dos órgãos gestores em conjunto com os canais para que o atendimento seja realizado da forma devida, além de transformações na formação dos profissionais voltadas para a melhoria do atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal.

A política relativa à questão da violência obstétrica pode ser inserida dentro de uma das redes já existentes, como a de enfrentamento à violência contra a mulher ou a que trata da saúde sexual e reprodutiva da mulher, embora para Gonçalves e Guará (2010, p. 19) “uma rede de proteção social precisa estar focada em seu objetivo e sua(s) temática(s). Uma generalização para muitos temas pode incorrer em uma descaracterização, perda de foco e consequente perda de potência da rede.”

Mas, independentemente de ser inserida em uma rede já formada ou da elaboração de uma própria e específica, a política pública sobre a violência obstétrica precisa da criação de um plano de ação e de um maior diálogo entre todos os agentes relacionados para que a assistência seja bem sucedida. Para Cortes, Padoin e Kinalski (2016, p. 8)

A composição de uma rede exige a articulação entre as ações particulares de cada serviço, o que somente ocorrerá quando a produção assistencial for minimamente compartilhada pelos diferentes serviços. Para isso há necessidade de definições institucionais que dialoguem entre si, serviços organizados em dinâmicas de atendimento que também possam convergir para aspectos compartilhados dessa assistência, assim como é preciso comunicação e interação entre os diversos profissionais envolvidos. Dessa forma, a rede será o modo de funcionamento em que cada serviço irá reforçar e acrescentar ações promotoras de um projeto de intervenção que seja comum aos serviços.

Nas palavras de Gonçalves e Guará (2010, p. 13) “A construção da política exige a participação dos atores internos da própria política pública (seus trabalhadores e gestores públicos) e atores externos (grupos da sociedade civil). Caso contrário, a própria política se enfraquece e perde legitimidade”.

A falta de denúncias de situações de violência obstétrica apontada tanto nas entrevistas com os agentes dos canais de denúncia quanto na audiência pública sobre o tema também evidencia um grave problema. Muitas das falas assinalam que há uma baixa demanda desses casos, porém isso não quer dizer que existam poucas ocorrências, mas sim que essas mulheres que sofrem as violações não estão chegando aos canais de denúncia.

A realidade demonstra um aparente paradoxo: os agentes dos canais entrevistados ressaltam a baixa demanda, mas os grupos focais desta pesquisa, bem como outros trabalhos científicos evidenciam que o problema existe, é sério e bastante comum. O problema é a falta de articulação e comunicação entre os serviços para o atendimento à população de modo geral.

Uma pesquisa de abrangência nacional realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Sesc constatou que uma em cada quatro mulheres (25%) já foi vítima de violência obstétrica e que um total de 23% das entrevistadas afirma ter ouvido falas pejorativas e desrespeitosas durante a assistência (HOTIMSKY; AGUIAR; VENTURI, 2013). Diante desse alto número de casos, questiona-se por que não há denúncias nos canais.

Outras pesquisas, como a Nascer no Brasil, realizada pela Fiocruz em 2014 (LEAL, 2014), e a Sentidos do Nascer, realizada entre junho de 2015 a janeiro de 2017 (LANSKY et al, 2019), além de matérias jornalísticas e relatos pessoais demonstram a ocorrência de situações como essa ao longo dos anos.

Alguns dos entrevistados chegaram a assumir que não acreditam que o baixo número de casos denunciados se deva ao fato de que as violências não ocorrem, mas por outras razões, entre as quais o medo, a desconfiança e o desconhecimento, o que se apresenta como mais provável ao analisar as respostas obtidas nos grupos focais.

Por meio deles, as mulheres explicitaram que deixam de denunciar por diferentes causas, como o medo de retaliação, as dificuldades do puerpério, a falta de identificação dos profissionais, o tema doloroso, a dificuldade de comprovação e a falta de informação, entre outras.

Contudo, as mulheres afirmaram no início desta pesquisa que têm vontade de denunciar as situações vivenciadas e os dados como os da Central de Atendimento à Mulher – 180, de âmbito nacional, demonstram ser crescente o número de denúncias feitas por meio da plataforma desde o ano de 2017, quando a esta passou a discriminar esse tipo de caso em seus registros e a contabilizá-los em seus relatórios.¹³

Quadro 7 – Número de denúncias de violência obstétrica na Central de Atendimento à Mulher – 180.

ANO	NÚMERO DE DENÚNCIAS
2017	74
2018	75
2019	164
2020	669*

Fonte: Relatórios com os dados sobre violência contra a mulher e violência doméstica e familiar contra a mulher registrados na Central de Atendimento à Mulher – 180 (BRASIL, 2018b, 2019b, 2020, 2021).

(*) Total referente à soma do número de denúncias constante dos relatórios do primeiro e do segundo semestre no ano de 2020.

Nota-se que o número de denúncias aumenta exponencialmente ao longo dos anos, provavelmente diante da maior divulgação e o debate sobre o assunto que tem ocorrido nos últimos tempos. Porém, pondera-se que a trajetória percorrida ao longo dessa pesquisa demonstra que informação e conhecimento representam apenas alguns dos tópicos a serem melhorados.

Os dados obtidos na Central de Atendimento à Mulher – 180 são marcadores importantes porque evidenciam que a demanda é crescente, mas os canais em Ponta Grossa/PR não enxergam essas mulheres. Muitas delas podem estar buscando atendimento em um canal distante e não nos canais locais, revelando um grande desencontro que faz com que o problema pareça inexistir ou não ter tanta relevância.

O que se entende, diante de todo o exposto, é que não basta ter uma legislação que aponte o que é a violência obstétrica e onde denunciar, mas também que se capacitem os agentes responsáveis por recepcionar as mulheres que buscam acolhimento caso vivenciem uma situação, além de ser primordial a elaboração de um fluxo de atendimento e a coordenação dos órgãos e instituições em prol do

¹³ De acordo com a consulta nº 00137.006968/2021-37 à Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação Fala.BR, no ano de 2016 foram realizadas diversas ações de informação e capacitação das atendentes do Ligue 180 para orientação de denúncias relativas à violência obstétrica (parceria com SPM), possibilitando a recepção e o monitoramento desse tipo de denúncia.

enfrentamento a essa forma de violência. Silva Júnior, Alves e Alves (2005, p. 292) aduzem que

A articulação do trabalho das diversas equipes e serviços de uma rede não é feita só por normas e formulários, mas pela discussão conjunta de processos de trabalho e objetivos pactuados entre si e com a população sob responsabilidades. O papel dos gestores dos serviços e da rede é fundamental na condução desses pactos.

Algumas respostas obtidas nas entrevistas, ao questionar os agentes sobre o conhecimento e a opinião acerca da legislação paranaense sobre violência obstétrica e os direitos da gestante e da parturiente evidenciaram que é muito importante ter positivada uma norma voltada ao tema, mas isso se mostra insuficiente sem que sejam proporcionados meios para a efetivação da legislação.

E2/OMDS – As multas também, a gente vê assim que é uma coisa muito difícil de acontecer, dos serviços serem multados pela prestação de serviço, sabe. Como todas as outras legislações, falta efetividade delas na prática do dia a dia. A gente vê que a maior dificuldade nossa da Ouvidoria é efetivar as leis. As leis estão aí para serem seguidas, mas a efetivação das leis é a maior dificuldade que nós enfrentamos na Ouvidoria para assegurar o direito dos pacientes.

E4/MPE – Não tenho opinião formada, sinceramente. Eu acho que ela é válida, ela é importante, como qualquer coisa que vem para auxiliar, mas, assim, eu acredito que não adianta a gente ter a legislação sem ter a forma de aplicar ela efetivamente e acredito que a gente tem uma dificuldade na questão da aplicação dela. É que legislação você vai ter para praticamente tudo, mas o problema é que se gente faz a legislação e não se dá meios para que aquilo seja cumprido de maneira efetiva. Então a gente estava ficando com essa dificuldade, porque legislar simplesmente não é tão simples, acho que precisa de um pouquinho mais do que isso.

Nesse sentido, Gonçalves e Guará (2010, p. 13) assinalam que “a ação em rede exigirá uma mudança cultural na forma de relação entre comunidades locais, regionais, nacionais e entre serviços e programas de organizações governamentais e não governamentais”.

Essa mudança cultural depende de muitos fatores, mas principalmente da informação para mulheres, para que tenham o conhecimento necessário; da formação dos profissionais que vão assistir essas mulheres durante todo o seu ciclo gravídico-puerperal, para que essa assistência seja humanizada, atualizada e baseada em evidências científicas; e da capacitação dos agentes dos canais de denúncia, para

que eles consigam realizar o atendimento da melhor forma possível, com informação, respeito e empatia.

Outro item que observado durante a análise comparativa é questão da informação. Ao tratar sobre a violência doméstica, Côrtes, Luciano e Dias (2012, p. 138) discorrem que

A falta de uniformização no registro dos casos, a deficiência no estabelecimento de um consenso sobre a melhor definição e delimitação do fenômeno, a neutralidade de gênero, raça/etnia nas práticas estatísticas, a inexistência de um sistema integrado de registro de ocorrência entre os órgãos, a falta de percepção de profissionais das organizações, quanto à necessidade de produzir e sistematizar a coleta de dados, dificultam o monitoramento e as investigações sobre a temática.

Esses termos também se aplicam às situações de violência obstétrica. Tanto as mulheres quanto os canais atestam que ainda há muito a ser trabalhado para que o tema seja conhecido, a fim de possibilitar que as mulheres reconheçam os casos, seja antes ou depois de sua ocorrência.

M3/G1 – Precisa melhorar muito a questão da informação. Porque as pessoas ainda não entendem a violência obstétrica como algo real, algo que acontece. A gente acaba relatando, contando e ainda tem muita gente que acha que é qualquer frescura. Então as pessoas precisam ter, assim, a informação clara, precisam realmente dar credibilidade para a questão da violência obstétrica.

M7/G2 – Então essa falta de informação para a gente é um dos pontos mais importantes, porque nem falar a palavra a gente não pode.

E4/MPE – Eu acho que falta conhecimento. Acho que é a partir do momento... Eu não sei quais canais elas procuram mais, talvez o canal que elas estejam procurando não seja o adequado. Talvez fosse necessária uma campanha de divulgação dos canais adequados para o atendimento nessas situações. Creio que talvez falte informação.

E9/ASIHPR – Então essa questão de melhoria eu realmente penso que seria uma maior das informações, tanto antes, no momento do pré-natal, já iniciar com as orientações. Porque eu acredito que muitas mulheres não têm o conhecimento do que é a violência obstétrica, como que isso ocorre... O pouco que eu entendo, até as questões assim de não permitir acompanhante, que é uma coisa que serviço social acaba trabalhando bastante, é também um tipo, por exemplo, de violência. Então assim, eu acredito que a disseminação mesmo de o que é violência obstétrica, como identificar isso e como faço uma denúncia, porque eu não sei se hoje a gente tem um protocolo bem definido.

Nesse sentido, nota-se que a informação é percebida como um excelente recurso para evitar que algumas situações que podem ser compreendidas como violência ocorram. Nas palavras de Côrtes, Luciano e Dias (2012, p. 134)

Um dos grandes desafios nas ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres é a visibilidade do fenômeno, por isso é essencial disseminar a informação para prevenir e publicizar a violência, alicerçada em profundas desigualdades de gênero na sociedade.

Mas isso não é tudo, uma vez que, conforme relato de uma das mulheres, mesmo bem informada ela sofreu diversas violações durante seu parto, das quais somente se deu conta posteriormente.

M7/G2 – No meu caso, eu pesquisei sobre a violência e o que eu ia falar na hora, o que eu queria e o que eu não queria, mas eu nunca procurei os portais. Porque na minha cabeça, eu achava “Eu estou bem informada, eu sei o que eu posso, o meu direito”, então eu achava que eu não tinha não ia passar por isso, não teria perigo de eu passar por isso. E daí depois, como eu disse, também eu procurava não pensar sobre. E depois quando eu percebi, mais ou menos 3 ou 4 meses depois, que foi uma violência, assim, foi um baque. Mas esse foi o meu caso, eu sabia os tipos de violência, mas eu não achava que eu precisaria dos canais, então eu nunca fui atrás, assim, nem depois.

Dessa forma, a informação deve ser realizada para a prevenção, mas também para que as mulheres saibam o que fazer caso percebam que vivenciaram abusos, desrespeitos ou maus tratos durante seu ciclo gravídico-puerperal e saibam como denunciar esses episódios. Côrtes, Luciano e Dias (2012, p. 135) afirmam que

A informação ocupa uma posição de centralidade para que as mulheres tenham acesso aos serviços disponíveis na rede de atendimento, conheçam os seus direitos e se fortaleçam para superar o medo, a vergonha, o isolamento e o preconceito, que perpassam a dinâmica da violência. A insuficiência, a ambiguidade e a falta de consistência de informação, nas organizações, impedem a visibilidade e o dimensionamento da violência de gênero e dificultam a implantação de políticas públicas eficazes para garantir a vida das mulheres.

Outro aspecto relativo à questão da informação que foi apontado pelas mulheres e pelos canais vai para além do conhecimento sobre o tema da violência obstétrica. É encontrada uma grande contradição no fato de que elas desconhecem os profissionais que as atendem e, em razão disso, sentem dificuldades para denunciar. Ao mesmo tempo, os canais veem como um obstáculo à apuração as informações incompletas que as mulheres oferecem ao realizar a denúncia.

Apesar de, posteriormente, a maioria dos canais ter respondido que é possível realizar a denúncia sem saber o nome dos profissionais que realizaram o atendimento às denunciadas ou mesmo algum tempo depois do ocorrido, a ausência dessas informações foi apontada como algo que dificulta, demandando um esforço maior na

averiguação da ocorrência. Releva-se a partir dos relatos que em muitos casos, como apontado nos grupos focais, as mulheres não possuem esses dados para poder informar quando denunciam.

Nos termos da Carta dos direitos dos usuários da saúde, conforme o artigo 4º, parágrafo único, inciso II, é direito de todas as pessoas, na rede de serviços de saúde, “a identificação dos profissionais, por crachás visíveis, legíveis e/ou por outras formas de identificação de fácil percepção” (BRASIL, 2011c, p. 11). Todavia, os relatos demonstram que nem sempre essa prerrogativa é respeitada.

Com isso, verifica-se que a mudança nesse quadro ultrapassa a questão da denúncia, requerendo que sejam realizadas modificações em toda a assistência prestada às mulheres, para que elas tenham o direito à informação, aí inserido o direito à identificação dos profissionais, realmente efetivado.

Também é importante discutir qual é a informação que chega a essas mulheres e o que forma suas opiniões a respeito de sua própria gestação, parto e pós-parto. As falas das mulheres indicam que muitas vezes as más experiências são aquelas que chegam ao seu conhecimento primeiro, fazendo com que esperem um determinado tipo de atendimento – medicalizado, intervencionista e, inclusive, insensível.

Em pesquisa tratando da escolha da via de parto realizada por Rocha e Ferreira (2020, p. 565), “o medo da dor e o medo de sofrer violência na hora do parto apareceram nos discursos como fatores negativos do parto normal, o que reflete o impacto da violência obstétrica na saúde e reforça a importância da informação no processo de gestar e parir.”

Da mesma forma, uma das agentes entrevistadas indicou que em muitos casos as mulheres esperam tanto esse tipo de atendimento que estranham quando não são realizadas diversas intervenções, chegando a crer que houve algum nível de desamparo ou desatenção durante a assistência. Para Leal et al (2014, p. s29)

Esse processo inicia durante a atenção pré-natal quando as mulheres não são informadas sobre as boas práticas e cuidados obstétricos adequados, sobre os benefícios do parto vaginal, e não são preparadas para conduzirem o seu parto. No hospital, esse processo tem continuidade com a imposição de uma cascata de intervenções que não se baseiam em evidência científica e produzem um parto ruim.

Todavia, “mesmo quando as intervenções são necessárias ou desejadas, as mulheres geralmente desejam manter uma sensação de realização e controle

pessoal, envolvendo-se na tomada de decisões estreitando o vínculo com o bebê após o parto” (OMS..., 2018).

O atendimento/acompanhamento psicológico foi mais um item em consonância nas falas obtidas nos grupos focais e nas entrevistas com os agentes dos canais de denúncia, considerado como muito relevante na assistência às mulheres que sofrem violência obstétrica.

M7/G2 – Eu acho que um apoio psicológico. O principal, né. Porque eu demorei um ano, um pouco mais de um ano, para conseguir também falar sobre e procurar entender. Eu acho que o apoio psicológico, principalmente.

M8/G2 – Eu acho que também poderia ter um acompanhamento psicológico para quem passe por isso, entendeu? Que eles façam a gente conversar com alguém sobre isso.

E13/OSESA – Sem dúvida nenhuma, assim, no meu ponto de vista, um acompanhamento psicológico, sabe. Eu acho que deve ser acompanhado porque é uma coisa que fica realmente marcado. [...] Então eu acho que deveria ter um acompanhamento, sim, da psicóloga, talvez até uma assistente social para ajudar em algo mais que essa mãe necessite junto com seu bebê.

Dias e Pacheco (2020) aduzem que, independentemente da forma que acontece, a violência contra a mulher causa comprometimentos e consequências à saúde física e à saúde mental da mulher, especialmente quando vivenciada em um momento de vulnerabilidade como a gestação, o parto ou/e o pós-parto. Como disserta Vargas (2018, p. 13-14)

O ciclo gravídico-puerperal é marcado por alterações emocionais, fatores sociais e psicológicos, que podem influenciar o desenvolvimento da gestação, assim como o bem-estar e saúde materno-infantil. Embora a maioria das alterações no pós-parto seja fisiológica, as mulheres convivem com desafios e mudanças, situações que podem afetar a relação mãe-filho. Entre os fatores psicológicos estão os estressores vivenciados na gravidez e no puerpério.

Em razão disso, nesse período ocorrem diversas mudanças na vida da mulher, bem como de sua família e de seu círculo, como alterações hormonais, físicas, psíquicas e sociais, que, por si só, já acarretam (re)adaptações e até mesmo certo desconforto, ainda que tudo corra perfeitamente. Quando, além disso, a mulher é atravessada por uma experiência que a viola e desrespeita, esse momento de transição pode passar a ter um peso que deixa profundas marcas, pois, “as consequências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, produzem danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis” (BRASIL, 2006c, p. 134).

A pesquisa realizada por Assis, Meurer e Delvan (2021) evidenciou que, nos depoimentos das mães, o impacto relatado com maior frequência foi o emocional, sendo unânime em todos os relatos, demonstrando sentimentos de tristeza e desespero, dificuldade de formação do vínculo mãe-bebê e problemas na amamentação. O Conselho Federal de Psicologia (2012, p. 71) alerta que

Com frequência, alterações psíquicas na mulher podem surgir em função do trauma, entre elas o estado de choque que ocorre imediatamente após a agressão, permanecendo por várias horas ou dias. Entretanto, independentemente do tipo de violência e o comprometimento causado à saúde física, as sequelas geralmente vão além dos danos imediatos. O aspecto traumático da violência pode comprometer seriamente a saúde mental da mulher, especialmente porque interfere em sua autonomia, gerando sentimentos duradouros de incapacidade e de perda da valorização de si mesma.

A revisão de literatura realizada por Dias e Pacheco (2020) constata que há escassez em materiais específicos na literatura científica acerca da atuação da psicologia frente à violência obstétrica, embora exista uma crescente área da psicologia perinatal englobando os cuidados com a mulher e o bebê no período pré, parto e pós-parto. Todavia, os trabalhos encontrados asseveram que a violência obstétrica resulta em um impacto significativo no funcionamento psicológico e comportamental das mulheres, podendo causar traumas, sintomas depressivos, estresse, depressão pós-parto ou até episódios psicóticos.

Nos grupos focais, algumas mulheres expressaram inclusive o sentimento de culpa em razão disso, por acreditarem que uma ocasião que para elas foi tão importante não deveria estar envolta por memórias e sensações tão negativas. Nota-se que, além da própria violência as afligir, a culpa e o constrangimento por não possuírem uma lembrança plena dessa experiência pode se tornar uma mágoa profunda.

Nesse estado de alteração emocional em que existe uma maior vulnerabilidade psíquica, o atendimento e o acompanhamento psicológico se mostram essenciais para que as mulheres saibam lidar com o ocorrido e com o que sentem diante disso. Dessa maneira,

O atendimento psicossocial tem o objetivo de promover o resgate da autoestima da mulher em situação de violência e sua autonomia, auxiliar a mulher a buscar e implantar mecanismos de proteção e/ou auxiliar a mulher superar o impacto da violência sofrida. (BRASIL, 2006b, p. 11).

A atenção apropriada às mulheres em situação de violência representa apenas uma de muitas medidas de enfrentamento desse fenômeno, mas essa oferta de serviços permite acesso imediato a cuidados podem modificar muito a forma como essas mulheres poderão encarar esse problema (BRASIL, 2006c).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde. (BRASIL, 2006c, p. 142).

Noli et al. (2021) afirmam que a assistência psicológica nas situações de violência obstétrica é muito necessária para a construção de estratégias de enfrentamento da violação dos direitos, o acolhimento e ressignificação das vivências traumáticas.

Esse acolhimento pode ocorrer dentro do hospital, com os serviços ali existentes, durante a rotina de atendimento. Mas esse suporte dentro da instituição hospitalar poderia ser ainda maior, posto que “a inserção do psicólogo nas equipes de obstetrícia, deve ser uma inserção multiprofissional, na qual o psicólogo juntamente com médico e enfermeiro devem trabalhar juntos para dar atenção a este momento importante na vida da gestante e da família” (JABER, 2018, p. 30).

Além disso, o atendimento às mulheres também deve ser oferecido em momento posterior, caso elas o busquem, já que algumas falas dos agentes apontam que o período que ela passa no hospital é muito pequeno, especialmente ao considerar que algumas das mulheres somente se dão conta do ocorrido depois de certo tempo. Para Assis, Meurer e Delvan (2021, p. 153)

A percepção tardia é um indício de que as mulheres têm pouco conhecimento sobre a VO, pois a crença de que o parto é um momento de grande sofrimento e de dor física que a mulher precisa passar, também impede que as mulheres compreendam de imediato que o sofrimento no parto foi uma violação de seus direitos.

Com isso, o atendimento psicológico representa um aspecto importante na assistência às mulheres que passam por situações de violência obstétrica e que precisa ser desenvolvido, pois existe a indicação de que não há nenhum serviço que auxilie as mulheres nesse sentido após deixar o hospital.

E10/PIHP – Eu não sei para onde eu posso encaminhar, por exemplo, alguma que fica muito traumatizada ou que precise de acompanhamento psicológico,

infelizmente. Encaminho a continuidade do atendimento psicológico para faculdades que tem ambulatório gratuito, essas opções assim, por exemplo, hoje é a [nome da faculdade] e acho que ano que vem vai começar a [nome da faculdade] também a atender com ambulatório do último ano dos acadêmicos, enfim. Geralmente a gente envia para esse tipo de lugar, porque os nossos outros encaminhamentos de continuidade de tratamento psicológico geralmente são para o CAPS, o que não cabe nesse sentido. Não tem nenhum transtorno envolvido, não é nada que precise assim, a princípio, de intervenção medicamentosa ou psiquiátrica, então é um quadro grave e sério, porém não entra na questão de transtorno mental, por exemplo, para dar conta no CAPS. Então eu realmente não conheço na rede onde exista um lugar que possa dar essa continuidade.

Essa situação ocorre porque os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são constituídos por uma equipe multiprofissional que atua prioritariamente no atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2015b). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 15)

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Diante disso, é possível depreender que o tipo de atendimento psicológico que as mulheres desejam, em decorrência da violência obstétrica, não está inserido nos serviços prestados pelos CAPS. Na realidade, esse tipo de atendimento deve ser realizado pelos ambulatórios de saúde mental. Esses ambulatórios prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores, sendo referência para inúmeras consultas em psiquiatria e psicologia, mas, em sua grande maioria, apresentam um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde, nem mesmo existindo em muitos locais (BRASIL, 2007).

Não há, hoje, um serviço na rede de saúde que realize o atendimento de mulheres que vivenciam situações de violência contra a mulher de modo geral, incluindo casos de violência obstétrica, fazendo com que esta entre em um gargalo no atendimento psicossocial. Assim, por mais que a necessidade de um acompanhamento psicológico seja identificada nos serviços oferecidos dentro dos hospitais, não se sabe para onde as mulheres devem ser encaminhadas para que possam receber o atendimento necessário.

Entretanto, é importante demarcar que tanto as mulheres quanto os agentes entrevistados frisam que é de suma importância que esse atendimento e acompanhamento psicológico seja oferecido às mulheres que sofrem violência obstétrica, demandando que seja estudada a melhor forma de disponibilizar esse serviço.

Ainda, a existência de um local específico e especializado para o recebimento de denúncias de casos de violência obstétrica e o atendimento às mulheres também foi um item encontrado nas falas dos grupos focais e das entrevistas durante a análise comparativa.

Todavia, para que seja efetiva a rede específica para receber situações de violência obstétrica, ainda é preciso que os serviços existentes estejam articulados em prol dessa assistência, pois se trata de uma questão multifatorial e multidisciplinar, de modo que apenas o local especializado não resolve o problema se não atender a essa necessidade de uma forma integral.

Como já explicitado, uma rede só funciona se tiver características de rede, de maneira que não adianta somente acolher as demandas se não houver diálogo, debate e cooperação entre os entes participantes. Mesmo a criação de um local especializado exige a convergência entre os serviços já existentes para que esse acolhimento tenha eficiência.

Segundo o documento Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, os serviços especializados de atendimento à mulher são “aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres” (BRASIL, 2011b, p. 15).

É importante lembrar que, como visto, muitas mulheres que vivenciam situações de violência geralmente desconhecem os meios e procedimentos disponíveis para o seu atendimento, de modo que é importante que exista um profissional que atue como referência, o qual deve passar à mulher todas as informações necessárias (BRASIL, 2006b).

Para outros casos de violência contra a mulher, como a doméstica e a sexual, existem órgãos que atuam como de forma especializada, como as Delegacias da Mulher e os Centros de Referência, e buscam oferecer esse tipo de acolhimento, mas a violência obstétrica não possui um local representativo dessa maneira.

Por meio dos grupos focais foi possível identificar que as mulheres conhecem diversos locais disponíveis em Ponta Grossa/PR, mas não têm certeza sobre as

possibilidades desses lugares atenderem aos casos de violência obstétrica ou mesmo sem certa desconfiança sobre a atuação de alguns deles. Com isso, é sentida a necessidade de um espaço que seja específico para esse tipo de atendimento, qualificado para prover a assistência devida.

E esse local precisa contar com agentes que tenham determinadas habilidades no atendimento às mulheres, uma vez que “para que o profissional da área compreenda esse processo, é indispensável o conhecimento teórico sobre violência e principalmente sobre gênero. A falta desse preparo pode se tornar um obstáculo para o serviço ofertado” (GUIMARÃES et al., 2011, p. 31).

Assim, a capacitação é outro quesito de convergência que, na opinião dos canais, precisa ser melhorado e que seria um ponto essencial no atendimento ideal das mulheres. Esse item é importante porque

O fortalecimento da rede de atendimento passa não somente pela ampliação dos serviços especializados, mas também pela formação permanente dos/as agentes públicos, de modo a assegurar um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência e de evitar a revitimização destas nos serviços. (BRASIL, 2011b, p. 35).

O esforço para o atendimento às mulheres deve ser conjunto, no qual cada agente possui um papel a cumprir e, portanto, toda a equipe precisa estar sensibilizada para lidar com as questões da violência obstétrica, bem como deve estar qualificada para acolher as mulheres e dar suporte às suas demandas.

De acordo com o guia de implantação da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b), a capacitação dos diversos agentes é uma das ações prioritárias do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres para auxiliar na assistência, bem como para garantir a capilaridade do atendimento e ampliar o acesso das mulheres aos serviços. E embora não haja qualquer menção sobre a violência obstétrica nesse sentido no documento, é citado o atendimento relacionado aos direitos sexuais e reprodutivos e a violência:

Com vistas a padronizar as ações de capacitação dos profissionais da Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, a SPM elaborou em 2007, após o lançamento do Pacto Nacional, uma matriz de conteúdo mínimo para a formação de agentes públicos responsáveis pelo atendimento às mulheres em situação de violência. Essa matriz tem sido divulgada por meio de editais e termos de referência para implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres em Estados e Municípios e é composta por sete módulos, a saber: a) conceito de Gênero; b) conceito de violência contra as mulheres e tipologias; c) rede de enfrentamento à

violência contra as mulheres; d) apoio psicossocial às mulheres em situação de violência; e) Lei Maria da Penha; f) direitos sexuais, direitos reprodutivos e violência contra as mulheres; g) tráfico de mulheres. (BRASIL, 2011b, p. 37).

Assim sendo, em tese, os agentes devem ser preparados para recepcionar denúncias desse tipo de situação nos serviços de assistência às mulheres em situação de violência. Ou seja, mesmo que isso não ocorra atualmente, já existe uma base normativa que fundamente o oferecimento desse suporte nos canais existentes, sendo imprescindível que haja um planejamento que efetive esse acolhimento.

Ao discorrer sobre o tema canais de denúncia, Machado (2016) expõe alguns tópicos fundamentais acerca de como aumentar sua efetividade. O assunto é abordado dentro da perspectiva de Gestão da Ética e *Compliance*, mas os apontamentos podem se encaixar para os canais que recebem denúncias de situações de violência obstétrica.

O primeiro ponto levantado é a comunicação, que deve ser transparente, consistente e frequente sobre o tema, para que todos saibam sobre a existência do canal de denúncias e como utilizá-lo. O segundo aspecto citado é o foco na informação, para que, mesmo em caso de dúvidas, os relatos sejam registrados no canal e o caso possa ser analisado. A importância de uma estrutura e protocolos para apuração dos casos de maneira adequada é o terceiro tópico que o autor menciona. Por fim, a profissionalização da operação é o quarto item exposto, ressaltando a importância de uma equipe capacitada para receber, analisar e encaminhar as denúncias feitas (MACHADO, 2016).

Alguns desses argumentos foram justamente os mencionados nos grupos focais e nas entrevistas com os agentes dos canais como questões que necessitam ser discutidas e aperfeiçoadas.

M3/G1 – E o mínimo que seria necessário, que é o mínimo, é o básico e muitas vezes não tem é o atendimento de forma respeitosa.

E5/ORS – Eu penso que elas devem ter um local acolhedor para elas fazerem essa denúncia, que traga confiança para elas, e efetividade, em que realmente ela seja atendida, que a denúncia dela seja encaminhada, de forma que ela venha a confiar e até passar para outras pessoas, porque eu acho que tem que haver mais divulgação para que elas se sintam acolhidas e que tenham certeza ou que tenham convicção de que elas vão ser bem atendidas e que vai ser resolvido.

E14/CMDM – Eu acho que, em primeiro momento, assim, eu acho que deveria ter uma capacitação mais aprimorada para as pessoas que vão estar

à frente desses atendimentos, para que eles pudessem dar um atendimento com mais empatia, eu acho. Não que isso esteja faltando, mas deixa a desejar muitas vezes.

O que se nota é que, ainda que o contexto do *compliance* seja diferente da do atendimento público e em rede para os casos de violência obstétrica, o padrão da recepção das denúncias nos órgãos e instituições deve ser o mesmo, com organização e empatia.

Ao tratar da temática da violência, o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal explicita que a violência é considerada um fenômeno complexo, que envolve diversos fatores como os sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos, de modo que para a compreensão e o enfrentamento dessa problemática, é necessário analisar o conjunto de fatores como um todo (VILELA, 2008). Além disso, o Manual aponta que

A violência, além de ser uma questão política, cultural, policial e jurídica, é também, e principalmente, um caso de saúde pública. A violência não é um problema específico da área da saúde. No entanto, ela a afeta, já que muitas vítimas adoecem a partir de situações de violência. (VILELA, 2008, p. 7).

No caso da violência obstétrica, a saúde já é uma das principais questões que permeiam o problema. Ela atinge a mulher de diversas maneiras, com consequências que podem se encadear por tempo indeterminado. Não se trata apenas de um aspecto físico ou psicológico, mas sim de uma situação com amplo espectro, posto que a vivência de um caso assim pode afetar sua saúde sexual e reprodutiva, sua relação de mãe e filho, sua relação com a comunidade e até mesmo sua própria relação consigo mesma como mulher.

E com um problema multidisciplinar, a rede de atendimento também precisa ser interdisciplinar. Consoante Peixoto (2018, p. 134), “a interdisciplinaridade diz respeito à articulação entre os diversos campos de conhecimento, a partir de projetos integrados, construídos mediante relações dialógicas, participativas e protagonistas”.

É preciso, sobretudo, compreender a questão da violência obstétrica dessa maneira, como algo interdisciplinar, multifatorial e complexo. Pereira (2014, p. 33) expõe que nas relações interdisciplinares “nenhuma das partes ganha sentido e consistência se isolada ou separada das demais e das circunstâncias”, o que evidencia o problema da desconexão no tratamento das situações de violência obstétrica.

Hoje as mulheres precisam buscar vários serviços diferentes, em âmbitos diversos (jurídico, administrativo e de saúde – atenção primária, hospitalar, psicológica etc.) e em esferas diferentes (pública e privada) que não necessariamente se correlacionam, de modo que somente por meio do diálogo, com uma articulação e um projeto de ação comum a assistência oferecida incorpore todos esses aspectos e atenda a essas necessidades de maneira integral. Para Vilela (2008, p. 8)

O enfrentamento desse fenômeno exige uma convergência de medidas de impacto, que passa por campanhas educativas, visando a ações de prevenção, segurança, melhoria dos registros ambulatoriais, hospitalares e à capacitação de recursos humanos para prevenção e atendimento às vítimas de violência.

Já Bronzo (2018, p. 85) ressalta que “sistemas que buscam integrar de forma mais coesa distintos campos de políticas são mais efetivos na provisão da proteção social”. É nesta toada que a proteção social das mulheres perante a questão da violência obstétrica precisa ser pensada e desenvolvida. Como dissertam Santos e Kind (2020, p. 4)

A integralidade assumida na atitude profissional nos programas de assistência e nas políticas de governo deve ser pautada na integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com ações intersetoriais que envolvam não só ações de cuidados aos usuários, mas também ações macro, como intervenções sociais, políticas e econômicas.

A integralidade também diz respeito ao fato de que, dentro de uma rede, qualquer ponta que captar a situação precisa ser capaz de conhecer todos os processos e de realizar o encaminhamento correto, ou seja, independentemente de qual canal recepcionar a mulher que busca fazer a denúncia, ele deve conhecer o fluxo de atendimento e o seu procedimento para que ela seja acolhida e direcionada para a resposta à sua demanda.

É preciso refletir sobre quais são os serviços existentes e como eles são prestados atualmente para compreender o que é necessário criar e o que é preciso modificar ou adaptar, com atenção especial para o fato de que é essencial que a assistência seja realizada de maneira conjunta.

Em suma, a trajetória percorrida evidencia que não há uma rede estruturada no município de Ponta Grossa/PR para o atendimento às mulheres que querem

denunciar situações de violência obstétrica, existindo apenas serviços que funcionam sem um real diálogo no sentido de acolher essas demandas.

Todos os agentes dos canais entrevistados afirmaram atender a essas mulheres que buscam o contato, todavia a forma como cada um o faz ocorre de maneira bastante distinta, sendo que alguns tem uma maior participação do que os outros na trama que se apresenta neste momento no município.

O Ministério Público Estadual e o Ministério Público Federal atendem denúncias de situações de violência obstétrica, com a posterior averiguação dos fatos narrados. Em especial o Ministério Público Estadual parece ser mais conhecido, tanto pelas mulheres como pelos próprios agentes, e se mostra conectado com os outros canais, realizando o encaminhamento de situações quando julga necessário, ainda que precise trabalhar melhor essas conexões para que um fluxo coeso seja firmado.

As Ouvidorias da Secretaria Municipal de Saúde, da Regional de Saúde e do Plano de Saúde realizam esse atendimento e possuem papel central no recebimento das denúncias, uma vez que geralmente são os canais mais próximos da população. O vínculo destas com os outros canais existe, mas também precisa ser aperfeiçoado dentro da trama existente.

Com relação às Ouvidorias citadas na legislação estadual, as perspectivas são distintas. A Ouvidoria da Secretaria Estadual de Saúde, ainda que mais distante por estar situada na capital do Estado, é um canal significativo pela possibilidade de ser acessado de qualquer município do Paraná, além de ser o destino final das denúncias em outras ouvidorias. Já a Ouvidoria da Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social não parece ser um local adequado para o recebimento dessas denúncias, já que é pouco conhecido, não é facilmente identificado como canal para denunciar esse tipo de situação e seus agentes demonstram certo despreparo para o atendimento.

Os serviços de atendimento da instituição de saúde (ouvidoria, psicólogo e assistente social) se mostram fundamentais no primeiro atendimento às mulheres e precisam ter fortalecidos os vínculos com os outros canais, já que entre si, como rede intrassetorial, parecem ter um fluxo estabelecido.

A Delegacia da Mulher aduz atender mulheres que buscam denunciar casos de violência obstétrica, embora não tenha essa competência descrita na legislação que estabelece sua criação e não faça parte dos canais elencados na Lei Estadual sobre violência obstétrica. Esse acolhimento é de extrema importância, considerando

que este local foi o mais citado pelas mulheres e pelos agentes entrevistados como canal de denúncia adequado, além de contar com atendimento multidisciplinar para as mulheres, nos termos das normativas sobre violência contra a mulher.

Os Conselhos Profissionais também recebem denúncias de situações de violência obstétrica que possam ter sido causados por profissionais de sua classe, representando parte importante nesse processo, considerando que a apuração dos fatos ocorre por seus pares. Não foi possível conversar com o Conselho Regional de Medicina, que não aceitou participar desta pesquisa, mas o Conselho Regional de Enfermagem indicou que, mesmo que incomum, as denúncias podem ser realizadas ali diretamente.

O Conselho Municipal de Saúde acolhe essas denúncias e possui competência para investigá-las, mas orienta que estas sejam realizadas diretamente no Ministério Público ou na Ouvidoria Municipal de Saúde em razão da burocracia procedimental que acarreta uma demora excessiva. Assim, mesmo que tenha competência para o recebimento, via de regra dedica-se à orientação das mulheres que buscam o local.

Quanto ao Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, na medida em que sua atuação é consultiva, não possui atribuição para o recebimento das denúncias com o condão de investigação, de maneira que sua atuação é no sentido de orientar as mulheres que buscam o órgão, direcionando-as aos canais mais efetivos.

A Defensoria Pública do Paraná em Ponta Grossa, apesar de possuir competência para o atendimento, não o realiza. Existe uma estrutura em Curitiba, o Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher – NUDEM, que possibilita a idealização deste atendimento futuramente, mas hoje a estrutura existente em Ponta Grossa não permite o acolhimento de mulheres vítimas de violência obstétrica, uma vez que atende apenas as áreas Criminal, Execução Penal, Infância e Juventude.

O Disque-denúncia 181, presente na legislação estadual como um canal de denúncias para casos de violência obstétrica, é mais conhecido pela população como meio para denunciar outras ocorrências, como o tráfico de drogas. Assim, ainda que apto para esse acolhimento, pode ser confundido com a Central de Atendimento à Mulher – 180, mais conhecido como canal de denúncias para situações de violência contra a mulher, mesmo que seja de âmbito nacional.

As maiores conexões ocorrem especialmente entre Ministério Público, os Conselhos Profissionais, a Delegacia da Mulher e as Ouvidorias, a partir da percepção

de que mesmo sem um fluxo organizado, algumas situações denunciadas são direcionados mutuamente nesses canais. A trama é frágil por não se mostrar estruturada e coordenada, pois a ausência desse delineamento dificulta a compreensão pelos próprios canais de como deve ser realizado esse encaminhamento aos outros serviços oferecidos e até mesmo quais são eles.

Há um enorme descaso na assistência existente, em especial com relação ao conhecimento sobre o tema, a capacitação para o acolhimento e o encaminhamento dos casos para outros órgãos e instituições. Todavia, ao se considerar que a legislação existente está vigente e o problema existe de forma latente, é necessário empenhar-se para o fortalecimento desses canais para que haja o cumprimento da lei de maneira imediata.

Buscar uma capacitação para que os canais estejam qualificados para esse atendimento e colocá-los em diálogo para que todos saibam informar corretamente as mulheres acerca de onde elas podem realizar as denúncias é o primeiro passo para que essa trama comece a caminhar para a formação de uma rede.

Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2020) ressaltam que a ausência da reflexão sobre a diferença entre a existência de um atendimento e a qualidade da atenção prestada acaba por construir a compreensão de que a mera complementaridade de ações e não a discussão conjunta e colaborativa bastaria.

Essa visão precisa ser cada vez mais dissipada, pois, conforme Vilela (2008, p. 52), “a ideia de rede remete aos sentimentos de apoio, suporte e solidariedade necessários para não só compreender, mas também atuar no enfrentamento da violência”. Desse modo

Uma rede de atendimento à mulher pressupõe a existência de uma política pública de atenção à violência de gênero, impulsionadora dos agentes locais e facilitadora ou mobilizadora das relações entre órgãos-governamentais e não governamentais, que ao mesmo tempo atribua a um órgão específico o papel de articulador dos serviços, fomenta a ações intersetoriais e crie condições favoráveis à implementação e à continuidade do trabalho. (BRASIL, 2006b, p. 20).

Superar os obstáculos é um desafio para a efetiva implementação das políticas públicas de atendimento às mulheres que vivem situações de violência e a construção de uma assistência horizontalizada e humanizada entre os setores com o objetivo principal do acolhimento e do cuidado integral (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2020). Entretanto, olhar com cuidado para a situação que se apresenta,

propondo ponderar e debater as possibilidades já é um grande passo para que as transformações significativas necessárias passem a ser desenvolvidas.

Enfrentar a violência contra as mulheres exige, acima de tudo, a construção de condições para que possam escolher e decidir, a partir das informações qualificadas sobre todos os seus direitos, sobre os serviços especializados e sobre os procedimentos para a denúncia da violência sofrida, contribuindo dessa forma para sua autonomia. (BRASIL, 2015a, p. 21)

Assim, uma rede intersetorial de proteção social voltada para o atendimento às mulheres que vivenciam situações de violência obstétrica, seja ela criada ou incorporada a uma já existente, exige a estruturação de uma política que considere as especificidades de cada ente participante e estabeleça a comunicação e o diálogo entre eles, articulando suas ações para o enfrentamento desse problema de forma integral.

Contudo, para que essa política possa ser criada, é necessário analisar o panorama existente, com suas características, qualidades e falhas, para que sua construção seja viável a partir da realidade. O passo inicial dessa análise foi realizado por meio desta pesquisa para possibilitar construções futuras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tarozzi (2011) declara que, ao utilizar a metodologia da *grounded theory*, a conclusão com a apresentação dos resultados possui extrema importância e merece atenção para que o percurso e as evidências empíricas elaborem um pensamento sólido. O autor também manifesta que “a elaboração do texto final de pesquisa é um ulterior espaço de teorização, pois a teoria não é o produto do ato de escrever, mas nele toma forma. Escrever uma GT é um projeto comunicativo que requer uma escolha feita com cuidado e é funcional ao conteúdo” (TAROZZI, 2011, p. 174).

Elaborar o texto final dessa dissertação, apesar de demandar atenção diante da importância dos resultados, é também um momento de satisfação. Isso porque a jornada de elaboração dessa pesquisa é também a jornada de construção desta pesquisadora.

O processo de desenvolvimento deste trabalho foi além da escolha de um objeto de pesquisa, pois a realidade é que o próprio objeto foi desenvolvido ao longo da trajetória. Nesse sentido, a escolha da *grounded theory* como metodologia se mostrou não apenas correta como também fundamental, na medida em que o caminho foi se construindo durante o caminhar.

Uma dúvida possibilitou o início da caminhada, mas, ao longo desta, várias outras foram surgindo de forma encadeada, como consequência da jornada, estimulando que a pesquisa fosse adiante, em busca de novas respostas para as questões que se desenrolavam. Perguntar é o primeiro passo e continuar perguntando é o que movimenta um estudo da *grounded theory*, já que o campo se oferece a cada passo para que investigação avance.

O questionamento inicial da exploração que impulsionou esta pesquisa foi “Quais os canais aptos ao recebimento de denúncias de casos de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR?”, surgido de um debate no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre Direitos Reprodutivos, Comunicação em Saúde e Direitos Humanos. A busca inaugural era por uma resposta para o que deveria ser feito quando a prevenção contra a violência obstétrica falhasse, onde as mulheres que vivem essa situação deveriam ser encaminhadas, sobre o “depois”.

As ligações realizadas no início da investigação trouxeram pistas, embora não tenham, de fato, respondido à pergunta, deixando a sensação de que era preciso aprofundar a exploração. Assim, houve uma mudança no questionamento, já que

apenas responder quais os canais que realizam esse tipo de atendimento parecia insuficiente. Daí o questionamento seguinte ter se modificado para “Os canais de denúncia existentes em Ponta Grossa/PR configuram uma rede de proteção às mulheres que sofrem violação de direitos em situação de violência obstétrica?”.

Já no início dos contatos com os canais de denúncia ficou claro que não há uma rede configurada para esse atendimento e que acabam trabalhando de forma isolada a partir de suas competências, ainda que tenham algum grau de comunicação com outros canais. Dessarte, responder apenas que a descoberta alcançada no percurso foi a de que não havia uma rede formada para atender às mulheres que buscam denunciar casos de violência obstétrica também pareceu um resultado insatisfatório.

Com isso, a pergunta mais uma vez se transformou, não somente para encontrar uma resposta que fosse definitiva, mas para abrir perspectivas de novos caminhos e discussões. Desse modo, a pergunta norteadora do estudo se tornou: “Acerca das demandas relacionadas às denúncias de situações de violência obstétrica, quais as possibilidades e os desafios para a construção de uma rede intersetorial de atendimento em Ponta Grossa/PR?”.

Esse tipo de modificação é possível porque a *grounded theory* não somente comporta metamorfoses como também as incentiva sempre que o campo sinalizar que elas são necessárias ou proveitosas. Tarozzi (2011), ao confrontar as principais escolas da *grounded theory* apresenta que na GT clássica a pergunta de pesquisa é compreendida como impossível de ser definida antes de ir ao campo, de modo que vai se delineando no caminho, enquanto para a GT construtivista a pergunta sequer existe.

A trajetória deste trabalho teve como objetivo geral analisar a possível existência de uma rede intersetorial de atendimento às denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa, identificando quais são as possibilidades e os desafios para sua construção, caso ausente.

Esse objetivo geral foi subdividido em objetivos específicos que foram concretizados no percurso dos capítulos. No primeiro capítulo, o objetivo de investigar e descrever os canais passíveis de receberem denúncias de violência obstétrica no Município de Ponta Grossa/PR, bem como compreender como esse atendimento é realizado, foi executado a partir das ligações efetuadas para cada canal de denúncias, bem como pela revisão bibliográfica sobre cada um deles.

Esse passo foi importante para a compreensão sobre quais competências cada um dos canais mencionados em investigação empírica possuem, a fim de que em momento posterior fosse possível analisar se estas incumbências, por si, prescrevem a maneira como o atendimento é realizado de fato.

Em seguida, o objetivo de analisar como as mulheres compreendem a questão das denúncias de casos de violência obstétrica, os canais de denúncia e as razões pelas quais elas denunciam esse tipo de situação ou deixam de fazê-lo foi cumprido por meio dos grupos focais com mulheres que vivenciaram essa situação, com a exposição de como estas compreendem o panorama existente no município de Ponta Grossa/PR e o levantamento de alguns questionamentos a serem levados aos próprios canais de denúncia.

A maior descoberta nesse sentido foi a de que as mulheres que passam por situações de violência obstétrica de modo geral desconhecem os locais corretos para o recebimento de denúncias, ainda que o conhecimento sobre isso não seja um fator definitivo para que a denúncia seja efetivamente realizada.

O problema da falta de informação é, certamente, determinante para que muitos casos não cheguem ao conhecimento do Poder Público e nem façam parte de dados mais robustos. Mas diversos outros quesitos como a ausência de capacitação dos profissionais envolvidos, o tema doloroso, a falta de identificação dos profissionais, a naturalização da violência obstétrica e a própria falta de percepção do ocorrido, entre outros, também são motivadores da ausência de denúncias.

Além disso, as mulheres ouvidas apontam que diversos quesitos precisam melhorar com relação para que elas possam denunciar, como a informação, o acolhimento o retorno, o acompanhamento psicológico e até mesmo um possível local especializado com atendimento multidisciplinar para o recebimento dessas denúncias.

O terceiro capítulo teve como base o objetivo específico de identificar as articulações entre os canais existentes, verificando se estes formam uma rede de atendimento para recebimento dessas denúncias. A análise realizada evidencia que a rede de atendimento às mulheres que sofrem violência obstétrica não existe, embora alguns pequenos vínculos entre os canais sejam identificados no sentido de um fluxo de encaminhamento quando percebida a necessidade.

O tema da violência obstétrica precisa ser melhor trabalhado com os canais por meio de capacitações e treinamentos para que todos tenham estejam qualificados a atender as mulheres que buscarem os serviços, com a compreensão de todas as

dimensões que envolvem o assunto, uma vez que se trata de uma questão multifacetada. Mesmo os agentes concordam que essa é uma necessidade para que o atendimento prestado seja adequado.

O quarto capítulo, de confronto entre os dados produzidos anteriormente, tinha o objetivo específico de reconhecer as dificuldades e os desafios existentes no atendimento às mulheres, bem como as possibilidades em relação às denúncias e à constituição de uma rede. Diante de todo o exposto, resta claro que, apesar de alguns desafios, são grandes as possibilidades de construção de uma rede para que o atendimento às mulheres seja feito de maneira adequada.

Charmaz (2009) assevera que as teorias fundamentadas exploram de maneira profunda o empírico, construindo estruturas analíticas que podem alcançar o hipotético, de modo que as categorias que emergem de experiências comuns se destacam com significados radiantes nas nossas interpretações analíticas.

No processo da pesquisa, o campo propiciou que algumas categorias emergissem da análise dos dados por meio da *grounded theory*. A categoria central (*core category*) é que não existe uma rede voltada ao atendimento adequado às mulheres vivenciam situações de violência obstétrica.

A categoria seguinte encontrada é a de que, apesar de os direitos sexuais e reprodutivos serem pauta de políticas, não há uma proteção social da mulher de maneira organizada e sistêmica nas situações em que ocorre a violência obstétrica.

Nota-se que, diante da complexidade da questão envolvendo a violência obstétrica, as redes de proteção social relativas à violência contra a mulher e à saúde, direitos sexuais e reprodutivos da mulher não a incorporam em seus planos de ação e estratégias de trabalho, uma deixando para a outra essa incumbência sem que nenhuma trate o assunto de maneira específica.

A categoria subsequente é de que há uma movimentação entre os entes para suprir essa ausência nas políticas por conta própria. O hiato encontrado vem sendo preenchido por ações de alguns dos próprios canais e instituições, como visto nas entrevistas, uma vez que alguns deles manifestam compreender que a inexistência da rede deve ser superada diante das situações vivenciadas com frequência pelas mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Assim, mesmo que os planos e políticas não caracterizem uma rede de atendimento, os canais alegam possuir alguma forma de atendimento diante deste problema latente, ainda que precária, demonstrando que a

falta dessa organização não pode impedir que as mulheres que buscam os serviços fiquem sem qualquer resposta.

Ainda que haja uma legislação recente que visa coibir a ocorrência de casos de violência obstétrica e que o tema esteja sendo divulgado e debatido cada vez mais nas mídias, os relatos demonstram que os episódios ainda são muito frequentes. Ao buscar denunciar as situações vivenciadas, muitas vezes as mulheres são revitimizadas pela ausência de uma rede estruturada para seu atendimento. E esta é outra categoria encontrada: revitimização pela ausência de um serviço de atendimento adequado ao buscar a denúncia. Conforme Santos e Santos (2019, p. 3)

[...] a revitimização consiste em determinadas práticas e atitudes racistas, machistas, misóginas com raízes patriarcais que são reproduzidas por instituições e servidores do Estado que na sua inabilidade na atuação acabam por favorecer e perpetuar a violência contra as mulheres seja a partir de ações ou omissões dos deveres de reestabelecer os direitos de proteção das mulheres, além de um tratamento, por vezes, altamente discriminatório.

Frequentemente a revitimização é usada como sinônimo de violência institucional por se tratar de um reflexo desta. A violência institucional “é perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos” (Taquette, 2007).

As mulheres podem ser revitimizadas em razão da ausência de conhecimento, pelos entraves procedimentais e pela falta de preparo dos agentes nos canais, bem como em função das informações desconstruídas e quando os serviços dispensam a denunciante, enviando-as de um lugar a outro e as proporcionando uma verdadeira peregrinação até que encontrem um local em que possam realizar a denúncia, precisando repetir reiteradas vezes o relato da situação dolorosa que vivenciaram (OLIVEIRA, 2016; BRASIL, 2018a; NASCIMENTO, 2019).

A organização de uma rede para o atendimento às denúncias de violência obstétrica é o caminho para que os casos sejam apurados e para que as mulheres não sofram uma nova violência ao buscarem o atendimento. Preparar os canais para essa recepção e esse acolhimento deve ser o primeiro passo na transformação da trama existente em uma rede de atendimento voltada para a proteção das mulheres.

É necessário que todos os canais de denúncia – nos hospitais, nas secretarias de saúde, nas entidades jurídicas e nos Conselhos Profissionais – disponham de capacidade de acolhimento, oitiva e encaminhamento dos casos. Ainda, é muito

importante proporcionar às denunciantes uma forma de registro e comunicação entre os demais canais e serviços, para que, ao adentrar a trama, todos tenham conhecimento sobre o ocorrido e não exijam que a mulher refaça relatos, peregrine e reviva situações dolorosas.

Assim, é imprescindível a articulação e a integração dos canais e dos serviços de atendimento como forma de evitar a revitimização das mulheres que buscam realizar denúncias e, acima de tudo, como meio de oferecer o atendimento humanizado e integral (BRASIL, 2015a).

A última categoria emergente do empírico é que a constituição de uma rede de atendimento às denúncias é possível com base no panorama apresentado. Não obstante exista um vazio formal na constituição dessas políticas que não apresentam a questão e como resolvê-la, é possível perceber nas falas das mulheres que participaram dos grupos focais e nas dos agentes dos canais que foram entrevistados a possibilidade de superação dessa lacuna com a constituição de uma rede organizada para o atendimento às denúncias de situações de violência obstétrica.

As conexões que ocorrem particularmente entre Ministério Público, os Conselhos Profissionais, a Delegacia da Mulher e as Ouvidorias se mostram potencialmente orgânicas diante do problema apresentado, evidenciando que é possível a composição de uma rede de atendimento com base na atual estrutura existente.

A proposição e o fomento de um diálogo entre os canais é primordial para o estabelecimento de fluxos e para a compreensão do trabalho dos entes, bem como do papel de cada um destes no enfrentamento à violência obstétrica. Com a difusão de informações sobre o tema e das atribuições institucionais no conjunto, uma forma de trabalho conjunto pode ser elaborada na busca pela efetivação dos direitos das mulheres.

É preciso ainda considerar que esse diálogo entre os canais deve ser pensado levando em consideração todas as particularidades que os envolvem, seja por seus agentes com individualidades e valores pessoais e internos, seja pela forma como os serviços são organizados, atendem e respondem às demandas.

As redes são estruturas que expressam e representam diferentes projetos societários que podem estar em coalizão ou disputa o tempo todo. Como exposto, com relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, especialmente com relação ao parto e nascimento, essas disputas se mostram muito presentes, o que

deve ser observado na construção das políticas, para que a rede de atendimento possa fluir e se materializar de forma concreta e forte para atendê-las.

Com isso, é possível construir um projeto de sociedade que envolva uma melhor forma de nascer, considerando as questões de gênero e respeitando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e seu protagonismo nesse momento, o que ainda não foi alcançado, embora a batalha seja constante para isso e a luta contra a violência obstétrica seja parte disso.

Alguns atores se mostram incontornáveis na formação dessa rede, como a Delegacia da Mulher, o Ministério Público, as Ouvidorias e os serviços hospitalares, em articulação com o Disque-denúncias 181 (estabelecido no Paraná) e a Central de Atendimento à Mulher 180 (de âmbito nacional).

Figura 14 – Diagrama dos atores que se mostram essenciais para a formação de uma rede de atendimento às mulheres vítimas de violência obstétrica.



Fonte: A autora.

Tanto nas falas das mulheres como nas dos agentes dos canais entrevistados a existência de um local específico e especializado para esse atendimento seria o ideal. Todavia, a presente estrutura da Delegacia da Mulher, que já conta um serviço multidisciplinar, poderia ser utilizada para o acolhimento às denúncias de violência obstétrica, com a ampliação de sua competência na lei que a estabelece ou mesmo com a inclusão deste local na Lei Estadual nº 19.701/2018. Frise-se que ela foi o canal

mais citado nos grupos focais e nas entrevistas como local adequado para esse atendimento.

Os Conselhos Municipais possuem uma posição secundária, já que não são reconhecidos pelas mulheres e nem pelos canais como nós centrais nesta possível rede, embora sejam pontos estratégicos para informação e difusão dos canais de denúncia mais adequados. Ainda, a importância do Conselho Municipal de Saúde como fiscalizador e do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher como consultor de eventuais políticas nesse sentido não pode ser desprezada.

Considerando a urgência do problema da violência obstétrica, a rede deve ser organizada o quanto antes de acordo com a estrutura existente, uma vez que a ausência de um atendimento às mulheres que se apresenta é uma nova violação aos seus direitos.

Todavia, uma configuração operacional mais organizada dessa possível rede deve ter seus componentes ordenados em níveis para que os fluxos e contrafluxos possam ser organizados. Pensar essa rede e o diálogo entre os canais não é simples, mas um esboço pode ser feito com base nos resultados dessa pesquisa:

- Nível de gestão (planejamento, monitoramento e avaliação) – Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
- Nível de oferta dos serviços concretos (atendimento e apuração em diferentes instancias e atribuições) – Delegacia da Mulher, Ministério Público, Ouvidorias e Serviços Hospitalares
- Nível interno – Equipes que vão operacionalizar os serviços (quem são os profissionais e suas atribuições)
- Nível de formação – Universidades com os cursos de graduação e pós-graduação e projetos de extensão
- Nível dos Conselhos profissionais – recepção e apuração administrativa, bem como a fiscalização e capacitação dos profissionais da referida classe
- Nível de atendimento inicial (recepção e encaminhamento) – Centrais de atendimento 181 e 180
- Nível de encaminhamento e orientação – Conselhos Municipais e Defensoria Pública

Também é imprescindível possibilitar o atendimento psicológico às mulheres que passam por situações de violência obstétrica articulando o atendimento oferecido pelos ambulatórios de saúde mental, para que elas possam receber um acompanhamento que as permita lidar com as consequências do que vivenciaram.

Outra opção, mais presente nos relatos, é um espaço especializado para atendimento e acompanhamento psicológico a essas mulheres. Esse serviço (em espaço específico ou como nova atribuição dos já existentes) precisa estar em articulação com todos os canais de denúncia apresentados como possíveis às mulheres.

Também é necessário ampliar esse debate nas instituições de ensino, para que a formação dos profissionais que vão realizar a assistência das mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal seja efetuada com base na humanização e nas evidências científicas. Com esse tema sendo desenvolvido nos espaços universitários, não apenas a discussão acadêmica terá maior impacto como também mais projetos que a aproximem com a comunidade e a sociedade poderão ser elaborados.

Além disso, a violência obstétrica precisa estar inserida nas ações planejadas para efetivar as metas e os objetivos dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, devendo fazer parte dos serviços das redes de atendimento às mulheres em situação de violência.

A articulação dos canais para o atendimento a essas mulheres exige compromisso e mobilização dos canais, mas se revela possível diante da movimentação individual que cada ente já apresenta. Desse modo, não restam dúvidas que a soma dessas forças pode fazer a diferença para vencer os desafios apontados nos grupos focais e nas entrevistas a fim de desenvolver uma rede de proteção que contemple a violência obstétrica de maneira preventiva e também repressiva.

O que se buscou por meio deste trabalho foi analisar o panorama atual dos canais aptos ao recebimento de denúncias de situações de violência obstétrica no município de Ponta Grossa/PR, por meio da compreensão de seus desafios e as possibilidades para a constituição de uma rede de atendimento. Com isso, abrem-se perspectivas para que outras pesquisas possam ser desenvolvidas sobre a temática, com o preenchimento de eventuais lacunas deixadas por esse estudo, a ampliação do debate e até mesmo a construção de políticas direcionadas.

Cabe, ainda, evidenciar que esta dissertação caracterizou os serviços de uma cidade, mas com potencial para comparações e complementos às realidades presentes em outros municípios. Sendo um dos aspectos importantes desse trabalho, ao estudar instituições que acolhem ou poderiam acolher denúncias de violências em Ponta Grossa/PR, são apresentadas possibilidades para implementação de redes locais e regionais em outras cidades e estados, com vistas, inclusive, a fortalecer o movimento nacional de mulheres, de profissionais e de outros atores que lutam pela constituição de parâmetros nacionais de prevenção, acolhimento, encaminhamento e resolução de casos de violência obstétrica.

A luta pelo fim da violência obstétrica e em favor da maternidade segura e ativa continua, mas até que esses objetivos sejam alcançados, o que se espera é que as mulheres que vivenciam um caso de violência obstétrica consigam o acolhimento de que necessitam ao denunciar as violações sofridas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Nelsio Rodrigues de; BALDANZA, Renata Francisco; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 5-24, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752009000100002. Acesso em: 05 ago. 2020.

AGUIAR, Janaina Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2021.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. **Interface**, Botucatu. v. 24, e190486, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190486>. Acesso em: 01 out. 2021.

ALBUQUERQUE, Aline. Ombudsman do paciente: direitos nos cuidados em saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 326-332, out./dez. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422018000300326&script=sci_arttext. Acesso em: 13 ago. 2020.

ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 24-27, set. 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v20n3/v20n3a05.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

ALVES, Maria Bianca Lopes. Parto Humanizado na Percepção da Psicologia Hospitalar: a Importância da Presença do Acompanhante. **Psicologado** [online], [S.l.], mar. 2019. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-hospitalar/parto-humanizado-na-percepcao-da-psicologia-hospitalar-a-importancia-da-presenca-do-acompanhante>. Acesso em: 17 ago 2020.

AMARAL FILHO, Marcos Jordão Teixeira do. **O ombudsman e o controle da Administração**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Ícone, 1993.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 33-55, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2020.

ASSIS, Karina Goes de; MEURER, Fernanda; DELVAN, Josiane da Silva. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 39, n. 103, p. 135-157, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/27239>. Acesso em: 18 out. 2021.

AUDIÊNCIA Pública - Violência Obstétrica e Direitos da Gestante. TV Assembleia do Paraná. 2019. 1 vídeo (155 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=yK_dXCbUbBQ. Acesso em: 01 out. 2021.

BARBOSA, Luara de Carvalho; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MACHADO, Geovânia Pereira dos Reis. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 190-207, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00190.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BASTOS, Marco Aurélio. **A ouvidoria pública no Paraná**. 2006. Monografia (Especialização em Administração Pública) – Complexo de Ensino Superior do Brasil - UNIBRASIL, Curitiba, 2006.

BOCACCIN, Lucia. Le reti familiari e sociali. In: ROSSI, Giovanna (Org.). **Lezioni de sociologia dela famiglia**. Roma: Carocci: 2001.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BOURGUIGNON, Ana Maria; WERNER, Rosileia Clara; PONTES, Felipe Simão. Abusos, desrespeitos e maus-tratos na assistência obstétrica em Ponta Grossa (PR) - um estudo do relatório da CEI das maternidades. IN: COLÓQUIO MULHER E SOCIEDADE, 5., 2017, Ponta Grossa. **Anais...** Ponta Grossa: UEPG, 2017.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **Concepção de rede intersetorial**. Universidade Estadual de Ponta Grossa. 2001. NUPES - Núcleo de Pesquisa em Desigualdade e Exclusão no Espaço Local. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>. Acesso em: 20 jan. 2001

BOYACIYAN, Krikor (Org.). **Ética em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/LIVRO-COMPLETO_Etica-em-Ginecologia-e-Obstetricia.pdf. Acesso em: 02 out. 2021.

BOYACIYAN, Krikor; CAMANO, Luiz. O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetrícia no estado de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 144-147, maio/jun. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n3/a13v52n3.pdf>. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Comitê Nacional de enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil**. Brasília, 2006a. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/plano_nacional_pt1.pdf. Acesso em: 08 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Violência contra a mulher**: um olhar do Ministério Público brasileiro. Brasília: CNMP, 2018a. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 out. 1957. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm. Acesso em: 06 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. Lei Complementar nº 75, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 maio 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp75.htm. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Lei Complementar nº 80, de 12 de janeiro de 1994. Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp80.htm. Acesso em: 14 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Balanco 2019 Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher)**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/BalancoLigue180_2019.pdf. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Eixos do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher**. Brasília, 2019a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/pacto-nacional/eixos>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Ligue 180: Relatórios 2020**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/ligue180>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Relatório 2018 Ligue 180 (Central de Atendimento à Mulher)**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/ouvidoria/relatorios-ligue-180>. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nacional nº 333, 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 dez. 2003. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS – Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Município**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/ginipr.def>. Acesso em: 1 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica para a Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. Brasília, 2015a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 16 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004a. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. 2015c. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 30 set. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Fundação Oswaldo Cruz. **Curso de atualização sobre Especificidade e Interfaces da Proteção Social Básica no SUAS**. Brasília: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social; Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/Caderno%20Professor%20-%20PSB.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos. **Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180: Relatório 2017**. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/ouvidoria/relatorios-ligue-180>. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: 2004b. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília: 2013. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs**. Brasília: 2010. Disponível em: <https://assets->

compromissoeatitude-ipg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/MJ-2010-Norma-Tecnica-Padronizacao-DEAMs.pdf. Acesso em: 28 abr. 2020

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica de Uniformização**: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação Violência. Brasília: 2006b. Disponível em: <https://www.tjse.jus.br/portaldamulher/arquivos/documentos/normas/cream-norma-tecnica-de-uniformizacao.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: 2011a. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: 2011b. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 28 abr. 2020.

BRONZO, Carla. Intersetorialidade, vulnerabilidade, desigualdade: quando a integração é necessária para a proteção social ser suficiente. In: ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A intersectorialidade e seus desafios**. Curitiba: CRV, 2018. p. 71-95.

CAMARGO, Valéri Pereira. **Psicólogo e hospital**: uma relação a ser desvelada. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/10309>. Acesso em: 04 maio 2020.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

CARVALHO, Denis Barros de; SANTANA, Janaína Macêdo; SANTANA, Vera Macêdo de. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 172-183, mar. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n1/v29n1a14.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de; GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa. **Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente**. São Paulo: IEE/PUC–SP/CBIA, 1995.

CASTELLS, Manuel. Para o Estado-Rede: globalização econômica e instituições políticas na era da informação. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; WILHEIM,

Jorge; SOLA, Lourdes. **Sociedade e Estado em transformação**. São Paulo: Editora da UNESP, Brasília: ENAP, 1999. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documento/1268>. Acesso em: 14 jun. 2021.

CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de. Considerações sobre o direito ao acompanhante e a violência obstétrica. IN: CASTRO, Thamis Dalsenter Viveiros de (Coord.). **Violência obstétrica em debate**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 295-316.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Introdução à psicologia hospitalar. In: CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Cadernos de Psicologia Hospitalar**. São Paulo: Nêmeton, 1998. p. 40-45.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**, “**Convenção de Belém do Pará**”. 9 jun. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em 30 set. 2021.

CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS**: diálogos no cotidiano. Brasília: CONASEMS, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de violência**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/05/2013-05-02b-MULHER.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em 04 maio 2020.

CÔRTEZ, Gisele Rocha; LUCIANO, Maria Cristiana Félix; DIAS, Karla Cristina Oliveira. A informação no enfrentamento à violência contra mulheres: Centro de Referência da Mulher “Ednalva Bezerra”: relato de experiência. **Biblionline**, João Pessoa, v. 8, n. esp., p.134-151, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/biblio/article/view/14199>. Acesso em: 10 out. 2021.

CORTES, Laura Ferreira; PADOIN, Stela Maris de Mello; KINALSKI, Daniela Dal Forno. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2016; V. 37 (esp), e2016-0056. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/73252/41361>. Acesso em: 21 jun. 2021.

COSTA, Silvana do Rosário Menino da. **Representações sociais e violência contra a mulher**: um estudo na Delegacia da Mulher da cidade do Recife – PE. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/16713>. Acesso em: 29 abr. 2020.

COUTO, Berenice Rojas; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A política nacional de assistência social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, Berenice Rojas et al. **O sistema único de assistência social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010.

CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso, 2014.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley: University of California Press, 1992.

D'GREGORIO, Rogélio Pérez. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 111, n. 3, 2010, p. 201-202. Disponível em: https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em: 30 set. 2021.

DE MARIO, Camila Gonçalves. **Ouvidorias públicas em debate**: possibilidades e desafios. Jundiaí: Paco Editorial, 2011a.

DE MARIO, Camila Gonçalves. **Ouvidorias públicas municipais no Brasil**. Jundiaí: Paco Editorial, 2011b.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos**, Macapá, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/232/115>. Acesso em: 15 nov. 2021.

DUARTE, Adriana Bogliolo Sirihal. Grupo focal *online* e *offline* como técnica de coleta de dados. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v.17, n.1, p. 75-85, jan./abr., 2007. Disponível em: https://brapci.inf.br/_repositorio/2010/11/pdf_51bcc64139_0012782.pdf. Acesso em: 05 ago. 2020.

ESPÍN, Rosa. **El canal de denuncias internas em la actividad empresarial como instrumento del *compliance***. 2017. Tese (Doutorado em Direito Público Global) – Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2017. Disponível em: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/458436/roes1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ETIENNE, Adolfo Filgueiras. **Defensoria Pública e gestão: técnicas de gerenciamento para prestar um serviço de excelência aos assistidos e aumentar a sua qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

FEITOZA, Sabrine Rodrigues et al. Violência Obstétrica: uma revisão da produção científica. **RETEP - Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 9, n. 2, p. 2196-2203, 2017. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/02/VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-UMA-REVIS%C3%83O-DA-PRODU%C3%87%C3%83O-CIENT%C3%8DFICA.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FERNANDES, Kenia Martins Pimenta; ROSA, Carlos Mendes. Medicalização do parto: a apropriação dos processos reprodutivos femininos como causa da violência obstétrica. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 56, n. 3, p. 254-265, set./dez. 2020. Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/csu.2020.56.3.01/60748334. Acesso em: 09 nov. 2021.

FORNAZARO, Maria Inês; SAMPAIO, Maria Lumena Balaben. A construção das Ouvidorias. In: DE MARIO, Camila Gonçalves. **Ouvidorias públicas em debate: possibilidades e desafios**. Jundiaí: Paco Editorial, 2011. p. 23-34.

FRANCO, Cristina Rosa. **A comunicação do Ministério Público de Goiás: o desafio de contribuir para o desenvolvimento da cidadania**. 2016. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/5814>. Acesso em: 18 ago. 2020.

FUGA, Marlova Stawinski. Ombudsman: Um Facilitador da Cidadania. **Revista Justiça do Direito**, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 9-19, jan. 2003.

FUJITA, Reginaldo Raimundo; SANTOS, Ilian Cardoso dos. Denúncias por erro médico em Goiás. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 283-289, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a20.pdf>. Acesso em: 06 maio 2020.

GALLIEZ, Paulo. **Princípios institucionais da defensoria pública**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

GALVÃO, Ana Patrícia Fonseca Coelho et al. A ampla conceituação da violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista Recien**, São Paulo, v. 9, n. 28, p. 44-54, dez. 2019. Disponível: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/315/pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GASPERIN, Helena Guimarães et al. Violência obstétrica: questões conceituais a partir de um estudo bibliográfico na plataforma SciELO Brasil. **Revista Stricto Sensu**, Ponta Grossa, v. 04, n. 02, jul./dez. 2019, p. 41-54.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2012.

GIBSON, Will; BROWN, Andrew. Teoria, *grounded theory* e análise qualitativa. In: BOURGUIGNON, Jussara Ayres (Org.). **Pesquisa social**: reflexões teóricas e metodológicas. Ponta Grossa: Todapalavra, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLASER, Barley; STRAUSS, Anselm. **The discovery of grounded theory**: strategies for qualitative research. New York: Aldine, 1967.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018.

GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa. In: GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa (Coord.). **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História; NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

GROULX, Lionel-Heuri. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 95-121.

GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa. Proteção integral em redes sociais. In: GUARÁ, Isa Maria Ferreira da Rosa (Coord.). **Redes de proteção social**. São Paulo: Associação Fazendo História; NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. Disponível em: <https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

GUIMARÃES, Arleth Rose da Costa et al. Serviço de atendimento especializado a mulheres em situação de violência no Pará. **Revista do Nufen**, Belém, ano 03, v. 1, n. 2, p. 25-38, ago./dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v3n2/a03.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

HANADA, Heloisa; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, jan./abr. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ref/v18n1/v18n1a03.pdf>. Acesso em: 04 maio 2020.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig; AGUIAR, Janaina Marques de; VENTURI, Gustavo. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In:

VENTURI, Gustavo; GODINHO. Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições Sesc SP, 2013. p. 217-229.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, mar. 1998. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7698/6271>. Acesso em: 14 jun. 2021.

INOJOSA, Rose Marie. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 115 a 141, mar. 1999. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7628/6155>. Acesso em: 21 ago. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Ponta Grossa. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html>. Acesso em: 01 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017-2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf. Acesso em: 05 jul. 2020.

ISTSCHUK, Ana Leticia Rodrigues; XAVIER, Cintia; PONTES, Felipe Simão. **Documentário: Quem vê minha dor!**. Produção: Núcleo de Produção Audiovisual; Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=4kE1_cdn4Ko. Acesso em: 20 nov. 2020.

JABER, Jamile. **O papel do psicólogo na assistência à violência obstétrica**: uma revisão da literatura. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br:9443/jspui/bitstream/123456789/11920/1/JamileJaberTCCGraduacao2018.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. **O cotidiano sublinhado pela violência obstétrica na formação de médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto René Rachou, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40140/2/T_2019_Danubia%20Jardim.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, nº 1, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

KAUFMANN, Jean-Claude. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes, 2013.

KINALSKI, Daniela Dal Forno et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 424-429, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

LANSKY, Sônia et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrijj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. Supl. 1, p. S17-S32, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 09 out. 2021.

LEAL, Sarah Yasmin Pinto et al. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 1-7, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LEAL, Rogério Gesta; ERTEL, Roberta de Moura. Os conselhos municipais como meio de fortalecimento da democracia deliberativa: uma análise da legislação pertinente ao Conselho Municipal de Educação de Santa Cruz do Sul. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 14., 2018, Santa Cruz do Sul. **Anais [...]**. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/snpp/article/view/17970>. Acesso em: 30 abr. 2020.

LIMA, Ana Maria Bourguignon de. **Humanização do parto e nascimento**: os discursos construídos nas teses e dissertações brasileiras. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/132746/333150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 dez. 2021

LUIZ, Isaias Cantoia. **A participação da sociedade civil na gestão da saúde pública em Ponta Grossa – PR através do conselho municipal e conselhos locais de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2007. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/212/1/Isaias%20Cantoia%20Luiz.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MACHADO, Cassiano. **Como aumentar a efetividade do Canal de Denúncias**. Blog Canal de Denúncias, 17 out. 2016. Disponível em: <https://blog.canaldedenuncias.com.br/como-aumentar-a-efetividade-do-canal-de-denuncias/>. Acesso em: 03 out. 2021.

MACHADO, Daniele Santos. **A violência contra as mulheres**: um olhar sobre os dados do disque-denúncia. 2008. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://170.84.40.70/images/ence/doc/mestrado/dissertacoes/2008/Dissertacao_2008_Daniele_Santos_Machado.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2771.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MADUREIRA, Gabriel Alarcon. **A ressignificação da questão ambiental em contexto de ruralidade**: para uma leitura crítica do Paradoxo de Giddens. 2013. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6760?show=full>. Acesso em: 9 dez. 2019.

MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Luporini do. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersectorialidade nas políticas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190341, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190341>. Acesso em: 18 out. 2021.

MARCELINO, Karla Júlia; BARREIRO, Adriana Eugênia Alvim. Um meio para fomentar reflexão e ação. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman**, ano 1, n. 1, p. 10-11, 2017/2018. Disponível em: <http://www.abonacional.org.br/files/revista-abo-ano1-n1-2017-2018.pdf>. Acesso em 24 mar. 2020.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. **Cadernos da Escola de Direito (UNIBRASIL)**, Curitiba, v. 2, n. 25, p. 24-33, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernosdireito/article/view/3060>. Acesso em 30 set. 2021.

MELLO, Matheus Guimarães; CRUZ, Leonardo Ribeiro da. Documentação metodológica de um grupo focal virtual sobre hackers e ciberpiratas. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 40, n. 2, p. e40527, 2018. Disponível

em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/40527>. Acesso em: 05 ago. 2020.

MENDONÇA, Sara Sousa. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 250-271, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/civitas/v15n2/1984-7289-civit-15-02-0250.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NASCIMENTO, Gerlany Silva do. **Processo de revitimização nos crimes sexuais contra a mulher**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito do Recife – FDR, Recife, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/36261/1/MONOGRAFIA%20-%20GERLANY%20-%20%20PROCESSO%20DE%20REVITIMIZA%20c3%87%20c3%83O%20NOS%20CRIMES%20SEXUAIS%20CONTRA%20A%20MULHER.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

NASCIMENTO, Joelma Sampaio do. **A rede de enfrentamento à violência contra a mulher: a vulnerabilidade e o desenvolvimento no município de Porto Velho**. 2011. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) – Universidade Federal de Rondônia – UNIR, Porto Velho, 2011. Disponível em: http://www.pgdra.unir.br/uploads/85796698/menus/dissertacoes/Joelma_Sampaio_Dissertacao_2009_2011.pdf. Acesso em: 29 abr. 2020.

NERY JUNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código de Processo Civil Comentado e legislação extravagante**. 13. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

NOLI, Carol et al. Violência obstétrica: Invisibilidade e enfrentamento psicológico. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista v. 10, n. 7, e44110716868, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16868/14723>. Acesso em: 18 out. 2021.

OLIVEIRA, Bárbara Nascimento de. **Além dos boletins de ocorrência: análise das narrativas midiáticas sobre a violência contra a mulher nos impressos Super Popular e Jornal da Cidade**. 2016. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2016. Disponível em: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7492/2/BARBARA_NASCIMENTO_%20OLIVEIRA.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

OLIVEIRA, Caroline Schweitzer de; DELZIOVO, Carmem Regina; LACERDA, Josimari Telino de (Org.). **Redes de atenção a violência**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1882/1/Redes.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

OLIVEIRA, Cida de; ANDRADE, Yohana. As outras dores do parto: Como pacientes são maltratadas e por que a cesárea, a episiotomia e o uso de ocitocina são considerados abusos. **Revista Rede Brasil Atual**, São Paulo, n. 69, mar. 2013. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/revistas/2013/04/as-outras-dores-do-parto/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e06500015, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf. Acesso em: 20 nov. 2020.

OLSEN, Wendy. **Coleta de dados**: debates e métodos fundamentais em pesquisa social. Porto Alegre: Penso, 2015.

OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias. **Editora Roncarati**, 2018. Disponível em: <https://www.editoraroncarati.com.br/v2/Artigos-e-Noticias/Artigos-e-Noticias/OMS-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-e-reduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias.html>. Acesso em: 08 out. 2021.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tVY7ZqQTFNHTCbSLLT8nnJn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2021.

PARANÁ. Decreto nº 6.665, de 04 de novembro de 1985. Fica criada a Delegacia da Mulher - SESP. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 04 nov. 1985. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=109232&codTipoAto=11&tipoVisualizacao=compilado>. Acesso em: 05 maio 2020.

PARANÁ. Decreto nº 5.494, de 10 de novembro de 2016. Dispõe sobre a criação do Disque Denúncia – 181 no âmbito da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 11 nov. 2016. Disponível em: <https://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=164859&indice=1&totalRegistros=1&dt=17.7.2018.16.7.15.528>. Acesso em: 05 maio 2020.

PARANÁ. Lei Complementar nº 85, de 27 de dezembro de 1999. Estabelece a Lei Orgânica e Estatuto do Ministério Público do Estado do Paraná. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 28 dez. 1999. Disponível em: http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=23907&tplei=0&tipo=L. Acesso em: 29 abr. 2020.

PARANÁ. Lei nº 19.701, de 20 de novembro de 2018. Dispõe sobre a violência obstétrica, sobre direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei nº 19.207, de 1º

de novembro de 2017, que trata da implantação de medidas de informação e proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica. **Diário Oficial do Estado**, Curitiba, 21 nov. 2018. Disponível em: http://portal.assembleia.pr.leg.br/modules/mod_legislativo_arquivo/mod_legislativo_arquivo.php?leiCod=51636&tplei=0&tipo=L. Acesso em: 29 abr. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. **Guia para criação de Conselhos Municipais dos Direitos da Mulher**. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://www.dedihc.pr.gov.br/arquivos/File/2015/GuiaConselhosMunicipaisMulher.pdf>. Acesso em: 04 maio. 2020.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com Dor"**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

PEDROSA, Amanda Andrade de Brito et al. Situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres em processo de abortamento. **Saúde**, Santa Maria, v. 43, n. 3, p. 1-8, set./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/28449>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PEGORER, Mayara Alice Souza. **Os direitos sexuais e reprodutivos da mulher: das políticas públicas de gênero à diferença múltipla**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

PEIXOTO, Tereza Cristina. Saúde e intersectorialidade: (in)suficiências. In: ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A intersectorialidade e seus desafios**. Curitiba: CRV, 2018. p. 133-146.

PEREIRA, Mara Dias. **Atendimento ao cidadão-trabalhador em uma Instituição de Ciência e Tecnologia em Saúde: o desafio da gestão do trabalho de Ouvidoria Interna**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4948/2/937.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, Giselle Lavinias; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 23-39

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 61, n. 3, p. 382-388, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

PERERA, Luiz Carlos Jacob; FREITAS, Eduardo Costa de; IMONIANA, Joshua Onome. Avaliação do sistema de combate às fraudes corporativas no Brasil. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Florianópolis, v. 11, n. 23, p. 03-30, maio/ago. 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/contabilidade/article/view/2175-8069.2014v11n23p3>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PINHEIRO, Fernanda Oliveira. **Lenda urbana ou criminalidade velada? A ocorrência e as características do tráfico de pessoas no Estado do Paraná**. 2018. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/59209/FERNANDA%20OLIVEIRA%20PINHEIRO.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

PONTA GROSSA. Câmara Municipal de Ponta Grossa. **Relatório Final da Comissão Especial de Investigação das Maternidades**. Ponta Grossa: Câmara Municipal de Ponta Grossa, 2016. Disponível em: <https://catarinas.info/wp-content/uploads/2019/05/R-E-L-A-T-%C3%93-R-I-O-F-I-N-A-L-CEI-DAS-MATERNIDADES-VERS%C3%83O-FINAL.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

PONTA GROSSA. Lei Municipal nº 4.658, de 19 de novembro de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde "COMSAÚDE", e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, 06 dez. 1991. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/1991/465/4658/lei-ordinaria-n-4658-1991-institui-o-conselho-municipal-da-saude-comsaude-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 maio 2020.

PONTA GROSSA. Lei Municipal nº 13.540, de 02 de setembro de 2019. Institui o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, 11 set. 2019. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/p/ponta-grossa/lei-ordinaria/2019/1354/13540/lei-ordinaria-n-13540-2019-institui-o-conselho-municipal-dos-direitos-da-mulher-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 04 maio 2020.

REZENDE, Maria Thereza Mendonça Carneiro de. O papel social dos conselhos profissionais na área da saúde [editorial]. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n. 1, p. VIII-X, mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/pscGqbGQdgdF6JdM9SLc5P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 556-568, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 08 out. 2021.

RUEDIGER, Marco Aurélio; BRITTO, Ângela. Criminalidade, sociedade e a prática da denúncia anônima de crimes. **Quaestio iuris**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 215-231, 2007. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/3941/2852>. Acesso em: 05 maio 2020.

SANICOLA, Lia. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. São Paulo: Veras Editora, 2008.

SANTOS, Laryssa Ribeiro; SANTOS, Joyce Araújo dos. A revitimização da mulher perante o sistema de justiça brasileiro: a violência que invade os espaços de proteção a mulher. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 9., 2019, São Luís. **Anais [...]** São Luís: UFMA. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2019/images/trabalhos/trabalho_submissao_id_1532_15325cca1cbf4a315.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersectorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. **Interface**, Botucatu, v. 24, e190116, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>. Acesso em: 10 out. 2021.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1592>. Acesso em: 19 out. 2020.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5yYdGtKjmkRqRXnFJX6xfpk/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2021.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface**, Botucatu, v. 23, e180487, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180487.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

SCHIFFMAN, Leon G; KANUK, Leslie Lazar. **Comportamento do consumidor**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher**: estudo entre três capitais brasileiras. Relatório de pesquisa. São Paulo: SESNAP, 2006. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/2186/1/identificando-possibilidades-e-limites-do-trabalho-em-rede-para-a-reducao-da-violencia.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. **Athenea Digital**, Bellaterra, p. 237-254, nov. 2012. Disponível em: <https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-schraiber-pires-hanada-et-al>. Acesso em: 09 jun. 2021

SILVA, Antonio Braz de Oliveira e et al. Análise de redes sociais como metodologia de apoio para a discussão da interdisciplinaridade na ciência da informação. **Ciência**

da Informação, Brasília, v. 35, n. 1, p. 72-93, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v35n1/v35n1a09.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SILVA, Francisca Martins; SILVA, Milécyo de Lima; ARAÚJO, Flávia Nunes Ferreira de. Sentimentos Causados pela Violência Obstétrica em Mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**. Ribeirão Preto, v. 3, n. 4, p. 25-34, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6924>. Acesso em 20 nov. 2020.

SILVA, Fabiana Laranjeira da; SOUZA, Ana Livia Siqueira; LEITE, Cláudia Daniele Barros. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. S1, p. 159-171, jan./mar. 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2060>. Acesso em: 24 out. 2020.

SILVA, Fernanda et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/177380/164417>. Acesso em: 09 nov. 2021.

SILVA, Gilson Rodrigues da; SOUSA, Rossana Guerra de. A influência do canal de denúncia anônima na detecção de fraudes contábeis em organizações. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 11, n. 30, p. 46-56, set. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rco/article/view/134372/134054>. Acesso em 23 mar. 2020.

SILVA, Jaceguara Dantas da. **Ministério Público e violência contra a mulher**: do fator gênero ao étnico-racial. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

SILVA, Joyce Lane Braz Virgolino da et al. A prática da integralidade na gestão do cuidado: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 792-797, jan. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12001>. Acesso em: 21 set. 2021.

SILVA, Sílvia Elaine da; GASPERIN, Helena Guimarães; PONTES, Felipe Simão. A violência obstétrica e o despacho do Ministério da Saúde. **Tensões Mundiais**, Fortaleza, v. 17, n. 33, p. 205–228, jan./abr. 2021. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/3076>. Acesso em: 2 jul. 2021.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Marcia Guimarães Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Org.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 65-112. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-social-da-demanda-direito-%C3%A0-sa%C3%BAde-trabalho-em-equipe-participa%C3%A7%C3%A3o-e-esp%C3%A7os-p%C3%ABlicos.pdf>. Acesso em: 01 out. 2021.

SOUZA, Priscila Fortunato Barreto de; ARAÚJO, Vera Nícia Fortkamp de. **A humanização do parto e nascimento**: contribuições do Serviço Social. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Políticas Sociais e Demandas Familiares) – Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Artigo-Priscila-F-B-de-Souza.pdf>. Acesso em 04. maio 2020.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAQUETTE, Stela R. (Org.) **Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TAROZZI, Massimiliano. **O que é a grounded theory**: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada em dados. Petrópolis: Vozes, 2011.

TEIXEIRA, Lara Azevedo et al. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.18, n. 65, p. 153-160, jul./set. 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7009. Acesso em: 20 nov. 2020.

TELES, Maria Amélia de Almeida; MELO, Mônica de. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2012 (Coleção Primeiros Passos; 314).

VARGAS, Mayara Porto. **Percepções das puérperas sobre o pós-parto**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187206/TCC%20Mayara%20Porto%20Vargas%20%20-%20OK.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 out. 2021.

VENEZUELA. **Ley 38.668, de 23 de abril de 2007**. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em 15 out. 2020.

VILELA, Laurez Ferreira (Coord.). **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 30 jul. 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO FILTRO PARA O GRUPO FOCAL

Nome Completo:

Telefone:

Idade:

Escolaridade: () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo
 () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo
 () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo
 () Pós-graduação Incompleta () Pós-graduação Completa

Se identifica: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Quantas pessoas habitam no mesmo espaço que você:

Com quem convive (múltipla escolha): () Sozinha; () Filhas/os; () Netos/as;
 () Marido/Companheiro; () Esposa/Companheira; () Pais; () Avós;
 () Outros (Qual?)_____

Renda familiar aproximada (representa a soma da renda de todos que residem no lar):

Quantos filhos:

Idade dos filhos:

Ano da ocorrência do parto: () 2011 () 2012 () 2013 () 2014 () 2015
 () 2016 () 2017 () 2018 () 2019 () 2020

Denúncia: () Fez () Tentou fazer () Não fez

1. Escreva 5 palavras que vêm à sua mente quando pensa em parto.
2. Escreva a memória mais forte relacionada ao seu parto.
3. Onde/quando você teve contato com a questão da violência obstétrica? De que forma?
4. Como/quando você percebeu que havia sofrido violência obstétrica?
5. Descreva as situações que, na sua opinião, configuraram violência obstétrica no seu parto.
6. Você sabe onde é possível realizar denúncias de casos de violência obstétrica? Se sim, onde?
7. Onde/como você pesquisaria para saber em que lugar poderia realizar a denúncia?

APÊNDICE B - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Como foi seu parto?
2. O que é violência obstétrica?
3. Você denunciou as violências, desrespeitos e violações de direitos sofridas?
4. Quais são os canais onde você pode fazer a denúncia de casos de violência obstétrica em Ponta Grossa?
5. O que é rede de atendimento?
6. Você acha que existe uma rede de atendimento às vítimas de violência obstétrica em Ponta Grossa?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS CANAIS DE DENÚNCIA

Nome Completo:

Idade:

Formação:

Estado Civil:

Tem filhos? Caso sim, quantos?

Canal:

Função do entrevistado:

Tempo de atuação na função:

1. Vocês realizam o atendimento a mulheres que denunciam violências sofridas e/ou problemas enfrentados durante o pré-natal, parto ou pós-parto?
2. Você acha que esta instituição/este canal é o meio correto para receber esse tipo de denúncia? Quais seriam, na sua opinião, os meios (canais/instituições) apropriados para realizar esse atendimento?
3. Quais as denúncias e/ou reclamações mais frequentes que vocês recebem sobre o atendimento no pré-natal, parto e pós-parto?
4. Qual a frequência dessa modalidade de atendimento nesta instituição/neste canal?
5. Quais as dificuldades encontradas neste tipo de atendimento?
6. Qual o procedimento padrão de atendimento e encaminhamento da mulher? Existe algum protocolo para esse tipo de atendimento?
7. Vocês encaminham situações como essas para outras instituições? Se sim, quais?
8. Quais e como são os vínculos com outras instituições nestas situações?
9. Como você avalia a efetividade e resolutividade das situações registradas?
10. Para você, o que seria necessário para o efetivo atendimento às mulheres que sofrem abusos, desrespeitos ou maus-tratos durante o pré-natal, parto ou pós-parto?
11. Você acredita que existe um trabalho em rede para o atendimento a mulheres que viveram situações relacionadas à violência obstétrica em Ponta Grossa?

12. Para você, o que teria que melhorar/mudar para o atendimento às mulheres que denunciam violências, desrespeitos ou maus-tratos durante pré-natal, parto e pós-parto?
13. O que você entende por violência obstétrica? Você acredita que ela existe?
14. Você conhece a Lei Estadual nº 19.701/2018, que dispõe sobre a temática da violência obstétrica? Se sim, qual sua opinião sobre ela?
15. Você já recebeu alguma informação ou treinamento específico para atendimento de mulheres que sofreram violência obstétrica? Acredita ser necessário?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UEPG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa “Atendimento às denúncias de violência obstétrica: um estudo sobre a existência de uma rede intersetorial dos canais disponíveis em Ponta Grossa-PR”, sob responsabilidade de Sílvia Elaine da Silva, mestranda em Ciências Sociais Aplicadas na Universidade Estadual de Ponta Grossa, e sob orientação do Prof. Dr. Felipe Simão Pontes. A pesquisa pretende fazer uma análise sobre quais são os canais de denúncia de casos de violência obstétrica no Município de Ponta Grossa/PR e se existe uma rede intersetorial nesse sentido.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da participação por meio da reunião para discussão em um grupo focal e/ou entrevistas. Se o(a) Sr.(a) aceitar participar, estará contribuindo diretamente, para o desenvolvimento de estudos voltados para a temática da violência obstétrica em Ponta Grossa/PR, podendo contribuir para a compreensão das realidades sociais vivenciadas por esta população. Mesmo depois de consentir em sua participação o(a) Sr.(a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

O(a) Sr.(a) tem a garantia de receber resposta a qualquer dúvida, questionamento ou esclarecimento sobre as temáticas relacionadas a pesquisa. Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com Sílvia Elaine da Silva, pelo telefone (42) 999675776 e pelo e-mail silvia_e_s@hotmail.com, com Felipe Simão Pontes pelo telefone (42) 991588483 e pelo e-mail felipesimaopontes@gmail.com e também com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, localizada na Avenida Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, CEP: 84030-900, Bloco M, sala 116-B, telefone (42) 3220-3108 e e-mail propesp-cep@uepg.br.

Eu, _____, CPF/RG _____, fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e por que precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa referida neste documento voluntariamente e autorizo a utilização das informações por mim fornecidas para o resultado desta pesquisa. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE E – CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UEPG

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Sílvia Elaine da Silva, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Atendimento às denúncias de violência obstétrica: um estudo sobre a existência de uma rede intersetorial dos canais disponíveis em Ponta Grossa-PR”, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Dr. Felipe Simão Pontes cujo objetivo é fazer uma análise sobre quais são os canais de denúncia de casos de violência obstétrica no Município de Ponta Grossa/PR e se existe uma rede intersetorial nesse sentido, nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Para qualquer informação, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com Sílvia Elaine da Silva, pelo telefone (42) 999675776 e pelo e-mail silvia_e_s@hotmail.com, com Felipe Simão Pontes pelo telefone (42) 991588483 e pelo e-mail felipesimaopontes@gmail.com e também com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, localizada na Avenida Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, CEP: 84030-900, Bloco M, sala 116-B, telefone (42) 3220-3108 e e-mail propesp-cep@uepg.br.

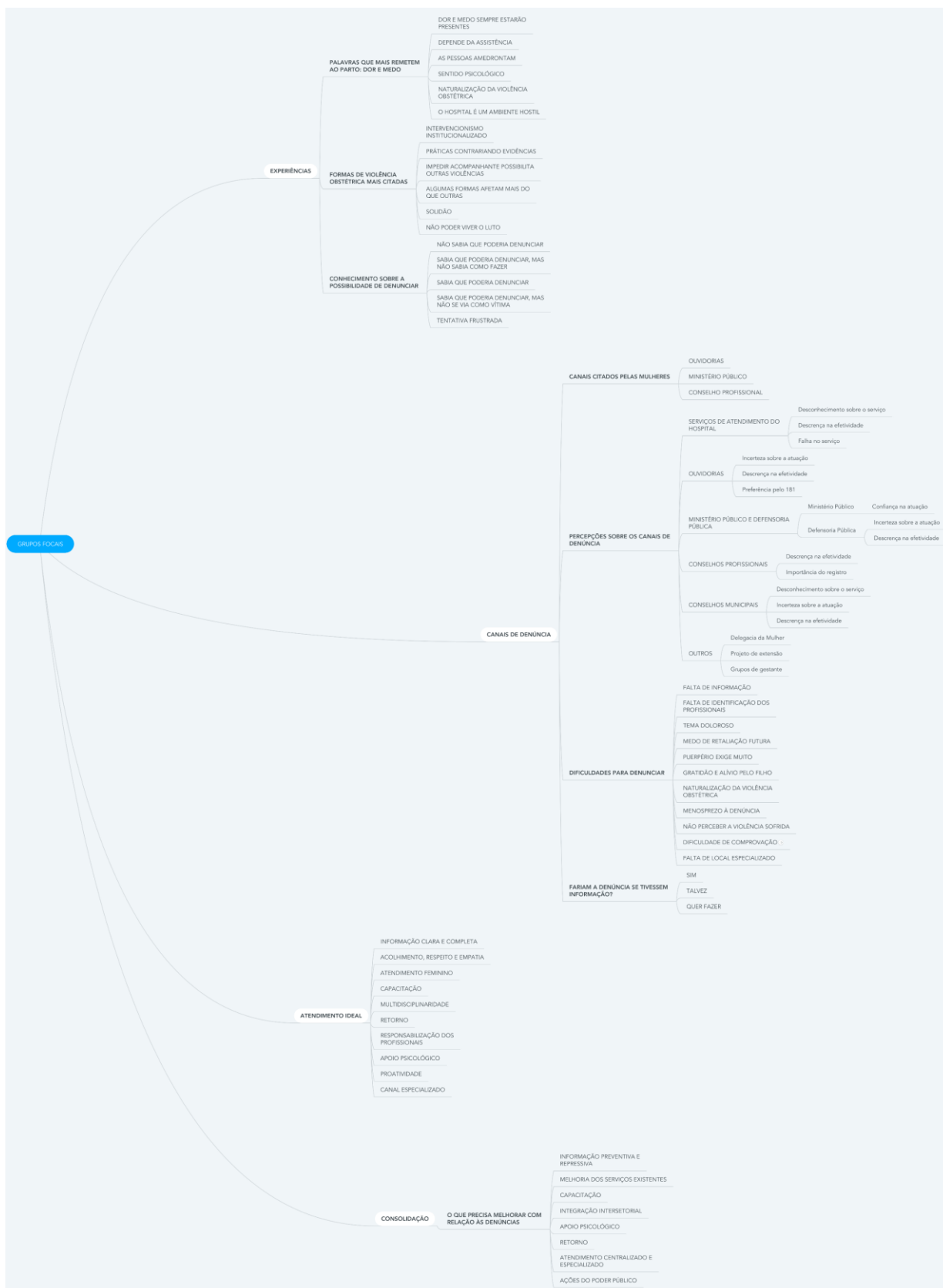
Ponta Grossa, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

Nome da instituição: _____

Nome do responsável pela instituição: _____

APÊNDICE F – DIAGRAMA DOS EIXOS DE ANÁLISE ENCONTRADOS NOS GRUPOS FOCAIS FEITO NO SOFTWARE MINDMEISTER



APÊNDICE G – DIAGRAMA DOS EIXOS DE ANÁLISE ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS FEITO NO SOFTWARE MINDMEISTER

