

MAÍRA SOARES FERREIRA

PISANDO EM ÓVULOS

A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres

Goiânia

2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

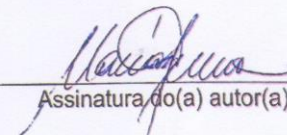
Nome completo do autor: Maíra Soares Ferreira

Título do trabalho: PISANDO EM ÓVULOS: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO UMA PUNIÇÃO SEXUAL ÀS MULHERES

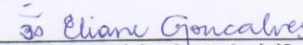
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 10 / 6 / 2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

Versão atualizada em setembro de 2017.

Scanned by CamScanner

MAÍRA SOARES FERREIRA

PISANDO EM ÓVULOS

A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para a obtenção do Título de Doutor em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Gonçalves

Goiânia

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Soares Ferreira, Maíra

Pisando em óvulos [manuscrito] : A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres / Maíra Soares Ferreira. - 2019.
204 f.

Orientador: Profa. Dra. Eliane Gonçalves.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Goiânia, 2019.

Bibliografia.

Inclui siglas, lista de tabelas.

1. Violência Obstétrica. 2. Parto. 3. Punição Sexual. 4. Saúde Sexual e Reprodutiva. 5. Gênero. I. Gonçalves, Eliane, orient. II. Título.

CDU 316



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata Nº **15** da sessão de Defesa de Tese de MAÍRA SOARES FERREIRA que confere o título de Doutora em **Sociologia**, na área de concentração em Sociedade, Política e Cultura.

Aos dezessete dias do mês de junho do ano de dois mil e dezenove, a partir das **14h**, na sala de webconferência - CIAR - UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Tese intitulada “Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Eliane Gonçalves (FCS)** com a participação das/o demais membras/o da Banca Examinadora: Professora Doutora **Marlene Teixeira Rodrigues (UnB)**, membra titular externo; cuja participação ocorreu através de videoconferência; Professora Doutora **Ticiane Osvald Ramos (UFRB)**, membra titular externo, cuja participação ocorreu através de videoconferência; Professora Doutora **Marcela Carvalho Martins Amaral (UFG)**, membra titular interno; Professor Doutor **Jordão Horta Nunes (UFG)**, membro titular interno. Durante a arguição as/o membras/o da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do **trabalho**. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão reservada a fim de concluir o julgamento da Tese tendo sido a candidata **aprovada** pelas/o suas/seu membras/o. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Eliane Gonçalves**, Presidenta da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelas/o Membras/o da Banca Examinadora, ao(s) dezessete dias do mês de junho do ano de dois mil e dezenove.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Documento assinado eletronicamente por **Eliane Gonçalves, Professor do Magistério Superior**, em 26/06/2019, às 12:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Carvalho Martins Amaral, Coordenadora de Curso**, em 26/06/2019, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marlene Teixeira Rodrigues, Usuário Externo**, em 28/06/2019, às 09:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jordão Horta Nunes, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2019, às 09:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ticiano Osvald Ramos, Usuário Externo**, em 19/07/2019, às 14:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0733722** e o código CRC **9CD1FB67**.

Referência: Processo nº 23070.018539/2019-13

SEI nº 0733722

Maíra Soares Ferreira

Pisando em óvulos

A violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, como exigência parcial para a obtenção do Título de Doutor em Sociologia.

Aprovada em 17 de junho de 2019.

Banca examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Gonçalves - PPGS/UFG (presidente)

Profa. Dra. Marlene Teixeira Rodrigues - PPGPS/UnB - (membro)

Profa. Dra. Ticiane Osvald Ramos - CCS/UFRB - (membro)

Profa. Dra. Marcela Amaral - FCS/UFG (membro)

Prof. Dr. Jordão Horta Nunes - PPGS/UFG (membro)

Prof. Dr. Camilo Braz - PPGAS/PPGS/UFG (suplente)

Prof. Dr. Telma Nascimento Ferreira Durães - PPGS/UFG (suplente)

Para Anahí Flor e Moara Luz

AGRADECIMENTOS

Um generoso obrigada à minha orientadora Profa. Dra. Eliane Gonçalves - és uma Companheira! Além da paciência e sabedoria presente em seus ensinamentos, lançou-me um olhar confiante que propiciou todo o trilhar desta pesquisa e de minha própria vida de uma forma autêntica, dinâmica e firme. Lili aceitou ser minha orientadora e também parceira desbravadora que me inspirou a escrever para nós!

Agradeço o apoio institucional da CAPES pela bolsa concedida e da Universidade Federal de Goiás pela estrutura do PPGS/FCS e pelo tempo de trabalho como professora substituta na Faculdade de Letras. E a todos os integrantes do grupos de estudos do Ser-Tão da FCS/UFG. Agradeço às e ao participante(s) da banca de qualificação e defesa! Obrigada em especial à relação amistosa com Marcela e Marlene: nossas vivências, dentro e fora das universidades, potencializam a coragem necessária para os enfrentamentos da vida.

Agradeço a cada mulher, gestante, parteira e raizeira que compartilharam comigo alguns momentos desta pesquisa: dentro e fora das rodas de parto e enfrentamento à VO, nas ruas, cafés, salas de aula, em casa, nos congressos, grupos de estudo e mundo a fora. Agradeço cada mulher que me convidou para doular em seus partos. Agradeço à Daraína, Emília e família; e às integrantes da ONG Transas do Corpo e do Ocupa Madalenas: Lili, Lenise, Joana, Renata, Lorena, Nati, Carol e Maria. E agradeço aos amigos raizeiros Neide e Ilton pelo cuidado diário até hoje.

A toda minha família, pelos laços amorosos que construímos com compromisso. Em especial às minhas filhas - as pequenas gigantas e parceiras a quem dedico esta tese. Agradeço a meu pai - o fiel companheiro desta jornada: pai-vô com garra e delicadeza. Agradeço à minha mãe por TUDO e ainda por ter sido uma doula de força e emoção: nossa eterna "fábrica de beijos..". Agradeço à minha tia Helô - parceira de todas as horas, pelo carinhoso acolhimento e incentivo. Agradeço imensamente aos revisores-leitores desta tese: mãe, pai e tia Helô: que equipe de parto! Sem este apoio efetivo e emocional, eu não teria parido essa tese.

Agradeço a minha irmã e meu irmão de coração: só alegria! Agradeço minha madrinha pela entusiasta que és, um incentivo contagiante. Agradeço à minha madrasta pela amizade e cuidadosa companhia. Agradeço minha avó Bel, grande e guerreira Bisa pela transmissão da sagrada ancestralidade. Agradeço à Vó Glórinha, minha Rainha, eterna protetora minha e das minhas crias: nós te amamos muito! Agradeço ao meu avô Tibúrcio, poderoso protetor já de outras instâncias, luz do nosso dia a dia.

Comadres e compadres: agradeço e honro nossa família geodésica que já se estendeu por esse mundão, do cerrado ao litoral, da capital ao vale e agora para o outro lado desse planeta: Carpin, Rose, Marcião, Bruno, Dani, Patrícia, Andréia e Vinícius. Uma rede viva de múltiplas parentalidades. Agradeço também à jovem Gi que me ajudou a digitar muitas das idéias desta tese enquanto eu amamentava e maternava as meninas. E às amigas: Márcia, Natália, Nati e Tati - mulheres maravilhosas companheiras de plantão. Que eu possa retribuir com amor cada flor!

Agradeço a toda a equipe de profissionais da nossa clínica, em especial à secretária Itamara pelos cuidados e à minha querida parceira de sala, Michelle. Ao Pedro e Irapuã pelos incríveis cafés! À Andréia, obstetra, pelas respeitosas trocas. À Maria que viabilizou meu retorno à clínica. E a cada analisanda e analisando, pela confiança e crescimento conjunto.

Agradeço a toda a equipe da escola das meninas - belíssima parceria do dia a dia. E à Giselle, pelos excelentes cuidados profissionais com a guerreira da voz doce.

Agradeço a toda a nossa proteção!

Uma mulher chegou praticamente com a dilatação completa no hospital e uma enfermeira se aproximou de nós e disse: "Doutor tem um bebê nascendo aqui na frente, na sala de exames". Então eu abri bem a primeira porta e no canto da sala tinha uma paciente acorçada, fazendo força. E eu entrei abruptamente na sala gritando com a paciente: O que que tu tá fazendo aí no chão? Porque que tu tá jogada aí num canto? Te levanta daí. E essa paciente me olhou como se eu fosse feito de vidro. E eu fiquei impactado com isso. Teu filho vai nascer no chão, que absurdo, te levanta daí. Deita na mesa para eu poder te examinar, para eu poder te atender. E ela novamente ficou em absoluto silêncio. Não disse uma palavra sequer. Nesse momento a enfermeira começou a tentar abrir o par de luvas. Mas ela fez mais uma força e saiu a cabeça e logo depois saiu o bebê. E eu pela primeira vez atendi um recém nascido com as mãos desnudas. E pela primeira vez eu consegui sentir a sensação inebriante, inesquecível de sentir um corpo úmido, quente de um recém-nascido. Absolutamente inspirado pela chama da vida. E eu disse agora tu vai deitar aqui porque eu quero te examinar para ver se teu períneo não tem nenhuma laceração. Quando ela deitou na mesa, ela não tinha nenhuma laceração, não tinha nada. E eu ainda tive a delicadeza de dizer: É, tu tem muita sorte mesmo. Tu tem muita sorte de não ter te arreventado toda. E da sala de exames eu ainda consegui olhar para o corredor e a vi deitadinha na maca, em silêncio, só me observando. Tinha uma funcionária limpando o chão, ela me viu, olhou para mim e disse: "Puxa doutor, que parto rápido hein". - É, muito rápido né. E ela olhou para mim e disse do alto da sua inocência: "Já pensou doutor, se o senhor não chega a tempo?". E quando ela disse aquilo, foi como se o chão embaixo de mim tivesse se aberto e eu tivesse descido diretamente ao inferno, diretamente para o inferno! Porque quando ela me disse aquilo, eu me dei conta de que se eu não tivesse chegado a tempo, aquele poderia ter sido um parto maravilhoso. Porque tudo que eu fiz no atendimento naquela mulher, tudo, desde o primeiro momento em que eu coloquei os pés naquela sala, estava repleto de preconceito, de ignorância e de má prática. Desde a primeira palavra que eu disse, desde os xingamentos que eu disse, desde o fato de eu não ter me apresentado, desde o fato de eu não ter sido carinhoso com ela, desde o fato de eu ter tentado fazer uma episiotomia sem o consentimento dela, desde o fato de eu ter xingado ela por estar de cócoras, que é uma das posições mais adequadas para uma mulher ter o seu filho, desde o fato de eu ter tracionado violentamente o cordão para que aquela placenta saísse o mais rápida possível. Tudo isso! Tudo isso! O corte prematuro do cordão, a entrega para que esse bebê fosse afastado da mãe, tudo errado! Tudo equivocado! E eu me lembro sempre do olhar naquela mulher, naquela maca, olhando pra mim e a impressão que eu tinha agora, me lembrando da situação, é que ela estava dizendo assim: "Pai, perdoai ele não sabe o que está fazendo!"

*Ricardo Herbert Jones em "Na hora certa"
(Documentário - NA HORA CERTA, 2014)*

RESUMO

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando em óvulos: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres.** 2019. 204f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2019.

Diante de um contexto social em que predominam os partos instrumentais, via cirurgia cesariana, nos hospitais particulares e a "cascata de intervenções" nos partos vaginais dos hospitais públicos brasileiros, o movimento de mulheres marcou o início do século XXI com a nomeação da "violência obstétrica" (VO). A compreensão da VO abarca desde agressões físicas, psicológicas, verbais, simbólicas, sexuais até negligências nas assistências, discriminação, medicalização excessiva e inapropriada, adesão a práticas obstétricas desaconselhadas, dolorosas, prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas - vividas no momento da gestação, parto, nascimento e pós parto. Diante deste cenário, o objetivo geral da tese é analisar os aspectos desta violência - com imposição de dor, sofrimentos e mortes evitáveis, legitimada pela ciência obstétrica e autorizada pelo Estado como assistência à saúde sexual e reprodutiva. A hipótese que norteou a pesquisa é a de que a VO é um ato misógino de punição às mulheres, resultado de séculos de negação de sua sexualidade e capacidade de decidir. A pergunta central a qual a pesquisa buscou responder é como se deu a autorização política para violentar os corpos de mulheres, assim como sua naturalização e invisibilização justificadas pela ciência obstétrica e praticadas por sua assistência à saúde sexual e reprodutiva. Utilizando de uma abordagem qualitativa, a pesquisa se desenvolveu em três dimensões: 1) Reconstrução genealógica do termo e análise da conjuntura da VO a partir de casos denunciados, instrumentos normativos, documentações nacionais e internacionais, atuações civis, conceituações e tipificações; 2) Análise de dados secundários de um inquérito nacional sistematizado pela Fiocruz em 2014 e 3) Relatos de observação participante em partos e rodas de parto na capital e em uma cidade do interior de Goiás, além de um relato autobiográfico situado e focalizado. As análises se fundamentaram na teoria social de cunho construcionista e nas teorias feministas, com destaque para as contribuições da interseccionalidade. Com este acervo de conhecimentos foi possível refletir sobre como as relações intrínsecas entre Estado e Parto e via as diferentes assistências - pública e privada - coordenam a disciplina sobre o corpo expropriado das mulheres conforme seus marcadores sociais de cor, classe, raça/etnia e gênero. Desse modo, há importantes indícios de que os processos de usurpação científica operados pela atual ciência obstétrica sobre a antiga parteria tradicional, a utilização política da atuação das parteiras nas comunidades fora do alcance/interesse do Estado, a desigualdade entre as violências conforme as mulheres e as assistências, o imperativo de uma obstetrícia sem evidências científicas e o próprio engodo dos programas políticos da "humanização", estejam todos a serviço do controle deste Estado ocupado em manter a punição sexual às mulheres.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Parto; Punição sexual; Saúde Sexual e Reprodutiva; Gênero

ABSTRACT

FERREIRA, Maíra Soares. **Stepping into ova: obstetric violence as a sexual punishment of women.** 2019. 204p. Thesis (Doctor in Sociology) - Faculty of Social Science, Federal University of Goiás, Goiânia, Goiás, 2019.

Faced with a social context in which instrumental deliveries predominate through cesarean surgery in private hospitals and the "cascade of interventions" in the vaginal deliveries of Brazilian public hospitals, a women's movement marked the beginning of the 21st century with the appointment of "obstetric violence" (OV). The understanding of OV ranges from physical, psychological, verbal, symbolic, sexual aggressions to negligence in attendance, discrimination, excessive and inappropriate medication, consent to obstetric practices not recommended, painful, harmful and unfounded in scientific evidence - lived during the gestation, childbirth, birth and postpartum. Given this scenario, the aim of the thesis is to analyze the aspects of this violence - with imposition of pain, suffering and avoidable deaths, legitimized by obstetric science and authorized by the State as sexual and reproductive health care. The hypothesis that guided the research is that OV is a misogynist act of punishment to women, the result of centuries of denial of their sexuality and ability to decide. The central question that the research sought to answer is how political authorization was given to violate women's bodies, as well as its naturalization and justified invisibility in obstetric science and practiced in sexual and reproductive health care. Using a qualitative approach, the research developed in three dimensions: 1) Genealogical reconstruction of the term and analysis of the OV conjuncture from reported cases, normative instruments, national and international documentation, civil actions, conceptualizations and typifications; 2) Analysis of secondary data from a national survey systematized by FIOCRUZ in 2014 and (3) Reports of participant observation in labor and delivery in the capital and in a rural city of the state of Goiás, as well as an autobiographical narrative situated and focused. The analyzes were based on social theory of constructionist and feminist theories, with emphasis on the contributions of intersectionality. With this body of knowledge, it was possible to reflect on how the intrinsic relations between the State, childbirth and the different health care - public and private - coordinate the discipline on the expropriated body of women, according to their social markers of color, class, race/ethnicity and genre. Thus, there are important indications that the processes of scientific usurpation operated by the current obstetrical science on the old traditional midwife, the policies of the state against the performance of midwives in the communities, the inequality between the violence of women according to women and assertions, the imperative of obstetrics without scientific evidence, and the deception of the political programs of "humanization", are all at the service of the control of this State engaged in maintaining sexual punishment of women.

Key words- Obstetric violence; Childbirth; Sexual punishment; Sexual and Reproductive Health; Gender

RESUMEN

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando en óvulos: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres.** 2019. 204h Tesis (Doctorado en Sociología) - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2019.

En el contexto social en que predominan los partos instrumentales, vía cesárea en hospitales privados y la "series de intervenciones" en los partos normales de los hospitales públicos brasileños, un movimiento femenino marcó el inicio en el siglo XXI del concepto de "violencia obstétrica "(VO). La VO abarca desde agresiones físicas, psicológicas, verbales, simbólicas, sexuales, hasta negligencias en las asistencias, discriminación, medicación excesiva e inapropiada, consentimiento de prácticas obstétricas no aconsejadas, dolorosas, perjudiciales y sin base en evidencias científicas - vividas en el momento de la gestación, parto, nacimiento y posparto. En este escenario, el objetivo general de la tesis es analizar los aspectos de esta violencia - con imposición de dolor, sufrimientos y muertes evitables - legitimada por la ciencia obstétrica y autorizada por el Estado como parte de los programas de asistencia sobre salud sexual y reproductiva. La hipótesis que orientó la investigación es que la VO es un acto misógino de castigo a las mujeres, resultado de siglos de negación de su sexualidad y capacidad de decidir. La pregunta central que la investigación busca responder es cómo se dio la autorización gubernamental para violentar los cuerpos de las mujeres, así como su naturaliza e invisibilidad justificadas por la ciencia obstétrica y practicada por los planes gubernamentales de salud sexual y reproductiva. La investigación se cimienta en tres tipos de fuentes: 1) Reconstrucción genealógica del término y análisis de la coyuntura de la VO a partir de casos denunciados, instrumentos normativos, documentación nacional e internacional, casos civiles, conceptualizaciones y tipificaciones; 2) Análisis de datos secundarios de una encuesta nacional sistematizada por Fiocruz en el año 2014 y 3) Relatos provenientes de la observación directa en partos y ruedas de parto en la capital y una ciudad rural del estado de Goiás, además de un relato autobiográfico situado y focalizado. El análisis se basa en la teoría social de carácter construccionista y en teorías feministas, resaltando las contribuciones de la interculturalidad. Con este conjunto de conocimientos fue posible reflexionar sobre cómo las relaciones intrínsecas entre el Estado y el parto -vía los diferentes programas de asistencia públicos y privados - coordinan la práctica sobre el cuerpo ajeno de las mujeres, de acuerdo con sus características sociales de color, clase, raza/etnia y género. Se encuentran importantes indicios de procesos de usurpación científica operados por la ciencia obstétrica actual sobre la antigua partera tradicional, la manipulación de la intervención de las parteras en las comunidades fuera del alcance/interés del Estado, la desigualdad en las acciones violentas acordes con las características sociales de las mujeres y el tipo de asistencia requerida, la imposición de una obstetricia sin evidencias científicas y la falsedad de los programas gubernamentales de "humanización", todos dirigidos al control por parte del Estado, interesado en mantener el castigo sexual a las mujeres.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Parto, Castigo sexual; Salud Sexual y Reproductiva; Género.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro A - Instrumentos Normativos do parto humanizado, do aborto e da violência obstétrica na América Latina, exceto Brasil (Séc. XXI)..... .. p. 52
- Quadro B - Instrumentos Normativos do Parto Humanizado e das Violências contra a Mulher no Brasil p. 54
- Quadro C - Gestação: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas..... .. p. 78
- Quadro D - Cesárea Eletiva: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas p.79
- Quadro E - Trabalho de Parto Vaginal: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas p. 81
- Quadro F - Trabalho de Parto Expulsivo Vaginal: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas p. 86
- Quadro G - Primeiros cuidados com o bebê: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas p. 90
- Quadro H - Referenciais internacionais para o enfrentamento da violência de gênero e suas opressões correlatas (1990 - 2001) p. 129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
C.A.I.S do Parto - Centro Ativo de Integração do Ser
CDD - Católicas pelo Direito de Decidir
CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CLAVES - Centro Latinoamericano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CLADEM - Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher
COREN-RS - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito
CPN - Centro de Parto Normal
CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul
FACOM/UFBA - Faculdade de Comunicações da UFBA
FAPEG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiânia
FIOCRUS - Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FPA - Fundação Perseu Abramo
FSP - Faculdade de saúde Pública
GAPP - Grupos de Apoio apoiados pela Parto do Princípio
HIV - Sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INSGENAR - Instituto Gênero, Direito e Desenvolvimento
IWHC - International Women Health
MBE - Medicina baseada em Evidências Científicas
MP - Medida Provisória
MPF - Ministério Público Federal
MJ - Ministério da Justiça
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde
OVO - Observatórios de Violência Obstétrica
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PL - Projeto de Lei
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH - Política Nacional de Humanização
PNPM - Plano Nacional de Política para as Mulheres
PPGS/UFG - Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFG
PSF – Programa de Saúde da Família
PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
REDE OVO - Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica formada pelos OVO da Argentina, Chile, Colombia, España y Francia,
REHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
MS - Ministério da Saúde

MSP - Ministério de Salud Publica, Ecuador
SDSR - Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SESC - Serviço Social do Comércio
SGGO - Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia
SPM - Secretaria de Políticas para Mulheres
SUS - Sistema Único de Saúde
UFBA - Universidade Federal da Bahia
UFG - Universidade Federal de Goiás
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UNEPA - Fundo de População das Nações Unidas
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas
UNIFEC - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VO - Violência Obstétrica
WHA - World Health Assembly
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	p. 20
1.1	Objetivo geral	p. 29
1.2	Estrutura da tese	p. 30
2	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: GENEALOGIA E CONJUNTURA	p. 33
2.1	A Violência Obstétrica (VO) no século 21: tipologia e nomeação	p. 33
2.2	Os instrumentos normativos de enfrentamento à VO na América Latina	p. 48
2.3	A situação política e jurídica da VO no Brasil	p. 59
3	SOCIOLOGIA DAS CIÊNCIAS DO PARIR	p. 82
3.1	Quadros refletidos: protocolos médicos <i>versus</i> evidências científicas	p. 82
3.2	Dados espelhados: como nascemos, morremos e <i>não</i> abortamos no Brasil	p. 93
3.3	O imperativo de uma obstetrícia sem evidências científicas	p. 105
4	HISTORIOGRAFIAS A CONTRAPELO NOS MOVIMENTOS DE MULHERES PRÓ PARTO E NASCIMENTO	p. 117
4.1	Alguns corpos e suas geografias de dor, punição e expropriação	p. 117
4.2	Desigualdades da saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres do sul	p. 130
4.3	Armadilhas do Estado: violência e humanização na mutilação das vulvas	p. 137
5	CENAS DE PARTO E NASCIMENTO: OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES E NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS	p. 151
5.1	Meu caderno de observações: rodas, partos e violências	p. 151
5.2	Uma roda de parto na capital de Goiás	p. 152
5.3	Um trabalho de parto ativo e um nascimento natural	p. 154
5.4	Cenas de parto sob a assistência humanizada na capital de Goiás	p. 157
5.4.1	Em hospital público	p. 157
5.4.2	Em hospital particular	p. 160
5.4.3	Em domicílio	p. 162
5.5	Cenas de parto sob a assistência "convencional" em um hospital particular na capital de Goiás	p. 165

5.6	"Na roça": sem "Humaniza SUS" e com coibida atuação das parteiras	p. 167
5.6.1	Uma roda de enfrentamento à VO no interior de Goiás	p. 169
5.6.2	Uma roda de gestantes em um PSF do interior de Goiás	p. 171
5.6.3	Ca(u)sos de parto no Brasil Profundo	p. 172
5.7	Narrativas auto biográficas dos meus partos	p. 174
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	p. 181
	REFERÊNCIAS	p. 187

INTRODUÇÃO

Ao longo da história as mulheres vêm sofrendo infâmias de diversas formas. O "Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência" (FLEURY-TEIXEIRA, 2015), disponibiliza as conceituações e os contextos das violências já reconhecidas e nomeadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996b) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Desde o fim dos anos 1960 que este conceito vem sendo mais estudado nas ciências sociais, assim como as diversas situações de violência. Dada a dimensão complexa e abrangente deste conceito, seu debate ainda é bastante controverso nesta área de estudo e vem apresentando divergentes tentativas de definição conceitual (IMBUSCH, 2005). Contudo é observável que a pluralidade das pesquisas ampliou o conceito oferecendo muitas possibilidades de combinações, como: "relações de violência", "sistema baseado em violência", "monopólio da violência". E também de conceitos duplos, como: "violência sexual", "violência de gênero", "violência obstétrica" (VO), dentre muitos outros.

O Dicionário Feminino da Infâmia supracitado disponibiliza definições dos termos "violência na gravidez" (OLIVEIRA, S. F., 2015), "violência nos serviços de saúde" (DINIZ, 2015b), "violência obstétrica" (VILELA *et al*, 2015), "violência sexual" (OLIVEIRA, M.R. 2015), "violência de gênero" (CASSAB, 2015), "violação de direitos" (COSTA, 2015), "culpa" e "táticas de assujeitamento" (STREY, 2015), "repressão sexual" (CARVALHO, 2015), dentre outros que se interseccionam na construção política e conceitual da VO. Nesta trama a compreensão da VO abarca desde agressões físicas, psicológicas, verbais, simbólicas e sexuais até negligências nas assistências, discriminação, medicalização excessiva ou inapropriada, adesão a práticas obstétricas reconhecidamente desaconselhadas, prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas - vividas no momento da gestação, parto, nascimento e pós parto. A tipificação das intervenções nomeadas como VO são: tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), enemas, episiotomia, amniotomia, indução das contrações uterinas com o hormônio sintético, ocitocina, manobra de kristeller, impedimento da presença de

acompanhantes e doulas, imposição à litomia, negação à alimentação, falta de mobilidade, baixo e mau uso do partograma etc. (VILELA *et al*, 2015).

A partir da tipificação, conceituação, da perspectiva supracitada da OMS - da violência como a imposição de uma dor e sofrimento evitáveis - e da compreensão filosófica e sociológica de que a violência possibilita à sociedade a compreensão de seus próprios limites, apresentarei a realidade e os sustentáculos da VO como um ato de infligir dor para punir as sexualidades das mulheres brasileiras. "Infligir a dor para punir uma afronta, uma infração ou impor uma ordem é, há muito tempo, um princípio de intimidação e de poder, uma maneira de ter domínio sobre o outro na proporção de sua impotência para se defender" (LE BRETON, 2013, p. 199). No caso da VO, a imposição da dor como forma de aniquilamento e, portanto, redução do sujeito a objeto, se executa no domínio sobre o corpo social da mulher em seu conjunto.

O poder de um homem ou de um Estado é medido pela soma de dores que ele é suscetível de prodigalizar sem que nenhuma de suas prerrogativas seja ameaçada pelo repúdio das vítimas ou pelo rigor da lei. A licença de fazer sofrer é a face sombria do poder: da bofetada à cacetada, do "espancamento" ao chicote, dos membros quebrados ou despedaçados ao esfolamento metódico, o único limite é a morte da vítima. A tortura é um tempo pleno da prática do horror. Ela pretende converter o sofrimento em modo de controle político. Pela coerção de uma dor que não tem outros limites a não ser a imaginação dos torturadores, seu objetivo é destruir o sentimento de identidade da vítima para levá-la a revelar segredos importantes, produzir a confissão de uma culpa, de um engajamento político ou moral, ou, simplesmente, dobrá-la à decisão dos carrascos (LE BRETON, 2013, p. 199-200).

O autor discorre sobre os exercícios de poder gerados pela livre disposição de provocar a dor, sobre o prazer e a fantasia de onipotência propiciados e o quão tal punição adentra os modos de ser, as convicções, as condições e relações sociais. "Ela submete a vítima sem ter, necessariamente, de a matar, mas deixando-lhe na memória a cicatriz de suas sevícias e do destino que a espera em caso de recidiva ou de "mau" comportamento" (LE BRETON, 2013, p.200). Nesta mesma vertente epistemológica, Foucault (1987) analisa como a punição do corpo supliciado - por exemplo esquartejado - foi lapidada e elevada à uma arte quantitativa do sofrimento que, ao invés de matar o corpo físico e em definitivo, retém a vida no sofrimento. São as "punições menos diretamente físicas, uma certa discricção na arte de fazer sofrer, um arranjo de sofrimentos mais sutis, mais velados e despojados de ostentação" (FOUCAULT, 1987, p.12).

A administração meticulosa de uma certa quantidade de violência tipificada como a VO apresenta-se com procedimentos bem definidos, protocolados como assistência ao parto e nascimento, descritos com tempo de duração e necessária utilização de instrumentos que podem ser traduzidas como punição, vigilância, castigo e coação. Porém, estes mecanismos de controle são a parte mais velada do processo, localizam-se fora do campo da percepção lógica e são desmentidos eficazmente pela atribuição dada à assistência que evita fatalidades. Ao que o Estado redistribui as caracterizações da infâmia, a população nega a VO vivida na certeza de que não deve ser ingrata. "...a justiça não mais assume publicamente a parte de violência que está ligada a seu exercício. O fato de ela matar ou ferir já não é mais a glorificação de sua força, mas um elemento intrínseco a ela que ela é obrigada a tolerar e muito lhe custa ter que impor" (FOUCAULT, 1987, p.13).

Mesmo os casos mais extremos, que serão discorridos ao longo da tese, cuja assistência - ao parto ou aborto - resultou em "mortes maternas" avaliadas como evitáveis, estão respaldadas na lei e na moral deste Estado. Foucault (1987) analisa que o deslocamento das orgias de dor para a implantação da vigilância ocorreu após as vozes do século XVIII denunciarem a crueldade dos suplícios, afinal compreendeu-se o risco dos requintes de violência, este estimulava respostas semelhantes por parte da população o que levaria ao enfraquecimento e não ao fortalecimento do Estado como instituição de poder e controle. Assim, inaugura-se um regime de punição menos corporal e mais existencial, administrando melhor tanto o infligir da dor quanto a legitimidade dos direitos humanos ora suspensos, ora outorgados. De modo que, acompanhando as aspirações do humanismo, o poder do Estado possa seguir seu curso livremente para vigiar e punir. "Mas, de modo geral, as práticas punitivas se tornaram pudicas. Não tocar mais no corpo, ou o mínimo possível, e para atingir nele algo que não é o corpo propriamente" (FOUCAULT, 1987, p.15).

O corpo encontra-se aí em posição de instrumento ou de intermediário; qualquer intervenção sobre ele pelo enclausuramento, pelo trabalho obrigatório visa privar o indivíduo de sua liberdade considerada ao mesmo tempo como um direito e como um bem. Segundo essa penalidade, o corpo é colocado num sistema de coação e de privação, de obrigações e de interdições. O sofrimento físico, a dor do corpo não são mais os elementos constitutivos da pena. O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos. Se a justiça ainda tiver que manipular e tocar o corpo dos justicáveis, tal se fará à distância, propriamente, segundo regras rígidas e visando a um objetivo bem mais "elevado". Por efeito dessa nova retenção, um exército inteiro de técnicos veio substituir o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os

médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores; por sua simples presença ao lado do condenado, eles cantam à justiça o louvor de que ela precisa: eles lhe garantem que o corpo e a dor não são os objetos últimos de sua ação punitiva (FOUCAULT, 1987, p.15).

Esta economia política do corpo revestida por relações de poder e de dominação é que possibilita analisar a VO como um fato social que dramatiza causas - é causada por outros processos e é causadora desses processos. As políticas que geram, sustentam e perpetuam as violências socialmente autorizadas manifestas na VO compõem a conjugação das problematizações de gênero, sexualidade, raça/etnia e classe. Ou seja, a norma do Estado define quais os corpos que devem ser punidos, explorados, mutilados, abusados e até matados sob a assistência ao parto, aborto e nascimento dos hospitais públicos e quais que devem ser anestesiados e cortados nas assistências particulares. Orientação esta que deve seguir "um saber, técnicas, discursos "científicos" que se formam e se entrelaçam com a prática do poder de punir" (FOUCAULT, 1987, p.29). E para a perpetuação de tal norma subjaz os investimentos no não-conhecimento do cenário obstétrico nacional, a reverência ao exército de técnicos, assim como a força do apagamento social das violências e a indução ao esquecimento, por exemplo, da VO vivida.

Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem no entanto ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física (FOUCAULT, 1987, p.29).

Soma-se a estes instrumentos organizados, a construção de outro sustentáculo: a misoginia presente na força deste Estado fundado e fundante nas/das desigualdades. Welzer-Lang (2001) denota que a divisão do mundo por sexo e gênero se instaura com as internalizações que associam as funções nobres aos homens ou ao masculino, e as não-nobres às mulheres e ao feminino e, assim, regula desde "as violências masculinas domésticas aos estupros de guerra, passando pelas violências no trabalho que tendem a preservar os poderes que se atribuem coletivamente e individualmente aos homens à custa das mulheres" (WELZER-LANG, 2001, p.461). Imbuído da sua busca pela

cosmogonia dessas violências, o autor exprime o "duplo paradigma naturalista" nela embutido: a "pseudo natureza superior dos homens, que remete à dominação masculina, ao sexismo e às fronteiras rígidas e intransponíveis entre os gêneros" e a instituição da heterossexualidade que qualifica como "normal e natural" os casos de relação sexual entre homem e mulher (WELZER- LANG, 2001, p.460).

O autor aprofunda as reflexões analisando como a sociabilidade dos homens se dá pelo afastamento dos aspectos normatizados como de mulheres e, assim, inaugura-se o lugar social daquele que, ao ser submetido a um modelo, obterá privilégios advindos deste. Instaura-se a lógica do abuso - o abusado como potencial abusador - e também as relações de co-dependência, a dialética opressor/oprimido, entre outras denominações que dizem das experiências fundantes desta humanidade cujas (não) possibilidades de existência estão nas relações binárias impostas e hierarquizadas conforme raça/etnia, classe, cor, gênero e sexualidade¹. Como expõe Torrão-Filho (2005, p.147): "A homofobia é irmã do racismo e da misoginia, e sua superação está ligada ao processo de construção da liberdade e da democracia".

Os homens dominam coletiva e individualmente as mulheres. Esta dominação se exerce na esfera privada ou pública e atribui aos homens privilégios materiais, culturais e simbólicos. Um setor dos estudos feministas atuais tende, aliás, a quantificar estes privilégios e a mostrar concretamente os efeitos da dominação masculina. A política atual, que, em nossa sociedade, visa a diminuir as "desigualdades", não deve nos deixar esquecer que elas perduram, sob pena de tomarmos nossos sonhos por realidade e não compreendermos mais nada. Eu digo desigualdades por simplificação, mas duvidemos deste termo. Ele tende a nos mostrar as situações de homens e mulheres como resultados neutros de um sistema global, em que cada grupo de sexo, cada gênero, seria simétrico e igual na análise. E em que o sistema nos seria imposto sem possibilidades de mudanças. Mas isso não é nada. A opressão das mulheres pelos homens é um sistema dinâmico no qual as desigualdades vividas pelas mulheres são os efeitos das vantagens dadas aos homens (WELZER-LANG, 2001, p. 461).

A misoginia, sintetizada como o ódio às mulheres, se dá já na base dessas relações assimétricas entre homens e mulheres que incentivam a desigual diferenciação, no entanto, dada a política de naturalização, esta passa despercebida à consciência e assim é reproduzida. Borges e Gonçalves (2011) explanam sobre as relações íntimas

¹ Dentre muitos outros trabalhos nesta temática, está a obra prima PELE NEGRA, MÁSCARAS BRANCAS (FANON, 2008). Em suma, nossa atual "modernidade" surgiu estruturada a partir de um modo de arranjar "poder, saber e possibilidades de ser" a partir de hierarquias entre: centro e periferia, branco e de cor, pobre e rico, homem e mulher, estudado e ignorante etc. Diferenças construídas e instaladas/estruturadas em uma perspectiva colonial que organiza nossa maneira de lidar com a política, com as ciências, com a própria vida e em especial com a noção de humano pois, na medida que o colonizador constrói para si o lugar de humano, o "outro" foi e é construído no "não-lugar" colado à ideia - que jamais será cumprida - de "vir a ser".

entre as violências contra as mulheres e este sentimento de ódio ao feminino e, com isso, a conseguinte materialização em crimes como feminicídio, agressões verbais, difamação, desqualificação psicológica, assédio moral e sexual, torturas corporais, legislações restritivas etc. Uma dessas violências é a violência obstétrica cujo termo ainda pode ser considerado relativamente novo, mas que tem se consolidado como mais um importante tema de luta e pesquisa, com trabalhos que já se destacam no cenário acadêmico latino-americano e também no cenário político de luta pelos direitos das mulheres. Deste modo, compreender os acúmulos, sistematizações e superações - que não são apenas conceituais mas também políticos e emancipatórios - pode contribuir com análises sobre como funcionam estes eficazes mecanismos estatais de perpetuação das desigualdades, violências, punições, poder e controle sobre o corpo das mulheres.

Apesar de raras leituras críticas com enfoque sociológico, no Brasil, foi a partir do campo da saúde, especialmente da Saúde Pública, Coletiva e da Enfermagem, que surgiram os primeiros trabalhos acadêmicos abordando temas referentes aos modelos de atenção ao parto, aborto e nascimento, morte materna, violência institucional, violência no parto e violência obstétrica. Pela base de dados *Scielo* e pelos bancos de dissertações e teses das universidades e agências de fomento à pesquisa, observa-se que a partir da virada do século XX para XXI e, em especial, pós a segunda década - de 2010 para cá - o tema da assistência ao parto com referência direta ao termo violência obstétrica (VO) aumentou exponencialmente.

A grande maioria destas produções estão sistematizadas em revistas, banco de dissertações e teses, filmes e documentários, temas de congressos etc. Paralelamente estão os movimentos de mulheres com marchas, depoimentos pessoais assiduamente compartilhados nas redes sociais, páginas de blogs, sites, vídeos e reportagens. Todas estas produções podem ser sistematicamente consultadas nas páginas da internet e serão citadas e referenciadas no decorrer desta tese de doutorado. Em suma, inicialmente fora das universidades e posteriormente dentro das universidades, observa-se um histórico que entremeia a importância dos ativismos feministas e as diferentes formas de produção de conhecimentos feministas e não feministas, acadêmicos e não acadêmicos.

Sobre os cuidados com a metodologia, assim como com a terminologia, me deterei na tarefa de apresentar alguns dados gerais, ainda que apenas estatísticos, sobre o cenário obstétrico nacional afim de ilustrar o que será analisado. Berger (2001, p.20) depõe que "por si só, dados estatísticos não constituem sociologia. Só se tornam sociologia quando sociologicamente interpretados, quando situados dentro de um

quadro teórico de referência que seja sociológico". Em outras palavras, a simples descrição, menção, contagem ou correlação de dados ou situações não é sociologia. Assim, a validade dos dados, das descrições e correlações a seguir, e ao longo de toda a tese, se dará por estes provocarem a aplicação da atividade sociológica que, neste caso, é analisar as complexidades do fato social da VO na sociedade brasileira. Pautada na discussão de Berger (2001), compreendo que como atividade válida da sociologia o trabalho de apresentar, analisar e verificar a forma como foram feitas as análises e interpretações e o uso dos recursos metodológicos é o trabalho que seguirá daqui em diante.

O relatório Situação Mundial da Infância 2011, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011), mostrou que a taxa de cesárea no Brasil é a maior do mundo, 44%. Já os dados oficiais do Brasil mostram um percentual médio ainda maior. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dados do mesmo ano apresentam taxas de parto cesáreo do setor de saúde suplementar brasileiro são 98% e no setor público, o Sistema Único de Saúde (SUS), 35%. Outros dados nacionais, da pesquisa "Nascer no Brasil" (LEAL, 2014), apresentam que 52% dos partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são cesáreas, chegando a 88% na rede privada.

Diante dos índices brasileiros de cesáreas muito superiores aos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa do Ministério da Saúde, por meio da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)", investe financeiramente no Parto Normal. Contudo além de apenas 10% das maternidades do país serem assim certificadas, o debate crítico acerca da VO não está em foco afinal estes partos não cesarianos seguem o imenso protocolo de intervenções, conhecido como "cascata de procedimentos" praticados tanto no corpo materno, em pleno trabalho de parto natural, quanto no corpo do bebê nascido saudável (LEAL, 2014). Esta pesquisa apresenta que o parto vaginal - computado como maioria nos hospitais públicos - é extremamente medicalizado e repleto de intervenções dolorosas, danosas, sem consentimento e não baseadas em evidências. Com larga fundamentação na Medicina Baseada em Evidências (MBE), este modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento foi nomeado e reconhecido como violência obstétrica em todo o mundo.

"No campo da metodologia das ciências sociais, aqui compreendida como reflexão sobre a prática da pesquisa social em seus aspectos lógico, epistemológico, teórico e técnico" (NUNES, 2016, p. 29), a VO é uma das categorias de análise das

explicações causais ou causalistas estruturada pelas intencionalidades disciplinantes do Estado, que se mantêm pela via da punição sexual às mulheres. A busca por maiores compreensões acerca deste ato misógino, invisibilizado pela ciência obstétrica e assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, é o objetivo desta pesquisa e escrita de tese de doutorado. E a sociologia, como forma de consciência, é a atividade imbuída desta busca por analisar este sistema na intenção de tomar consciência dele e sobre ele (BERGER, 2001). Por fim, com o pé no construcionismo me encontro aliada à sociologia do conhecimento sob o marco da sociologia do gênero e do feminismo.

O sociólogo, então, é aquele que se ocupa de compreender a sociedade de uma maneira disciplinada. Essa atividade tem uma natureza científica. Isto significa que aquilo que o sociólogo descobre e afirma a respeito dos fenômenos sociais que estuda ocorre dentro de um certo quadro de referência de limites rigorosos. Uma das principais características desse quadro de referência científica está no fato de as operações obedecerem a certas regras de verificação. Como cientista, o sociólogo tenta ser objetivo, controlar suas preferências e preconceitos pessoais, perceber claramente ao invés de julgar normativamente. (...). Tampouco pretende o sociólogo que seu quadro de referência seja o único dentro do qual a sociedade pode ser examinada. Aliás, pouquíssimos cientistas afirmariam hoje que só se deve olhar o mundo cientificamente (BERGER, 2001, p.26).

O autor expõe que a metodologia não constitui a meta da sociologia - que consiste na tentativa de compreender a sociedade. Ou seja, a metodologia ajuda no alcance deste objetivo sociológico supracitado, e o método oferece os recursos para este passo a passo. Assim, o percurso que deu início às investigações em torno da VO tem seus pontos de partida - definições epistemológicas e metodológicas - e seu caminhar: com um passo a passo que se apropriou de recursos técnicos válidos na sociologia por propiciarem análises e teorizações que tanto finalizam quanto abrem novas perguntas; tanto verificam as hipóteses, quanto validam (ou não) a respostas. Antes da apresentação da estrutura da tese com o detalhamento do passo a passo, explico porque compreendo que epistemologia e metodologia compõem o ponto de partida e são campos não dissociados um do outro. 1) Por epistemologias compreendo a escolha por uma dada concepção de humanidade e sociedade já sistematizadas, teorizadas e conceitualmente nomeadas. 2) Por metodologia compreendo o leque de teorias e análises que norteiam as reflexões sobre o proceder da pesquisadora e da pesquisa, sempre com base nas determinadas concepções de humano e sociedade - ou seja, a partir da epistemologia adotada.

Por fim, o método, o recurso ou a técnica utilizada é definido conforme as concepções os modos de proceder diante de si, do outro, do objeto, da sociedade e da realidade. Utilizando de uma abordagem qualitativa, a pesquisa se desenvolveu em três dimensões: 1) Reconstrução genealógica do termo e análise da conjuntura da VO a partir de casos denunciados, instrumentos normativos, documentações nacionais e internacionais, atuações civis, conceituações e tipificações; 2) Análise de dados secundários de um inquérito nacional sistematizado pela FIOCRUZ no ano de 2014 e 3) Relatos de observação participante em partos e rodas de parto na cidade de Goiânia, além de um relato autobiográfico situado e focalizado. A partir destes recursos e seguindo o prumo, conforme fui destrinchando e testando a hipótese da VO se tratar de um ato misógino e violentar os corpos femininos para punir a sexualidade das mulheres, constatei tanto as demais violências correlatas e desigualmente distribuídas conforme os marcadores sociais, quanto dei início à investigação acerca da autorização e legitimidade de tal ciência e assistência.

Esta investigação levou-me aos estudos e análises acerca da relação entre direitos e violências que propiciou a crítica à VO e à "humanização" como situações correspondentes à norma já estabelecida da vigilância e, portanto, perpetuação do engodo que invisibiliza o cerne das questões e segue mantendo a "ordem" sob controle do Estado - via as várias instituições. Para isso foi preponderante o estudo das violências contra as mulheres, da punição, vigilância e controle, da misoginia, do infligir dor e da "normáscula" - um neologismo indicativo de uma certa "norma masculina considerada normal" (CHABAUD-RYCHTER *et al*, 2014, p.3). Quanto ao uso deste termo, o autor, expõe que este "impregna de masculinidade resultados ou teorias supostamente objetivas" e assim (re)produz as marcas da desigualdade e subalternização sob o discurso da neutralidade (CHABAUD-RYCHTER *et al*, 2014, p.3).

O ponto nevrálgico foi conduzir e proceder com a pesquisa, a partir da concepção arqueológica de Michel Foucault e análises acerca da sociedade moderna-colonial brasileira como um conjunto social constituído a partir da hierarquização dos marcadores sociais, sem perder de vista o compromisso ético-político do meu lugar parcial e posicionado - como bem argumentam as diferentes autoras Sawaia (2002) e Haraway (2009). A partir desses pilares, pontos de partida e localizações a análise sociológica desta tese está politicamente situada na crítica à VO como ferramenta de controle do Estado embutida na ciência obstétrica vigente nas universidades,

consultórios e hospitais. E seu *locus* ético-político inclinado às reflexões sobre como as relações intrínsecas entre Estado e Parto e via as diferentes assistências - pública e privada - coordenam a disciplina sobre o corpo expropriado das mulheres conforme seus marcadores sociais de cor, classe, raça/etnia e gênero.

Quanto à dinâmica das relações sociais, Kergoat (2010) analisa-a a partir do entendimento de que os conflitos de classe, de gênero e raça-etnia não devem ser concebidos, interpretados e enfrentados isoladamente, uma vez que se trata de categorias interdependentes que apresentam uma consubstancialidade ou coextensividade. Isto pois, tais marcadores sociais são móveis, ambíguos e ambivalentes. Seus movimentos são circulares, espirais e simultâneos. Outros termos para descrever tais quadros sociais complexos sugerido por Collins (2016) são: a "natureza interligada da opressão" ou a "simultaneidade de opressões".

Para finalizar, resalto meu interesse totalmente teórico de produzir conhecimento com objetividade feminista, definidos por Haraway (2009) como "saberes localizados". Especificamente: ampliar as possibilidades de compreensão em torno da sociedade brasileira por meio das análises deste partejar cientificamente usurpado, violentamente imposto e não baseado em evidências e é utilizado para controlar, vigiar, punir e disciplinar vidas. A partir da proposta-crítica da autora de não impor uma linguagem e com isso fortalecer as leituras reducionistas sobre a realidade, o desafio é a busca por uma pluralidade de equações e chaves de leitura da realidade. Produzir conhecimento na forma e com conteúdo, na subjetividade e com objetividade, foi a aproximação possível que encontrei para as intenções feministas de convertibilidades e mobilidades de sentidos sugeridas (HARAWAY, 2009). Que assim possamos ao menos vislumbrar possibilidades de prosseguimento da vida com mais liberdade e menos violência.

1.1 Objetivo geral

O objetivo geral da tese é analisar os aspectos desta violência - com imposição de dor, sofrimentos e mortes evitáveis, legitimada pela ciência obstétrica e autorizada pelo Estado como assistência à saúde sexual e reprodutiva. A hipótese que norteou a pesquisa é a de que a VO é um ato misógino de punição às mulheres inaugurado desde as "queimadas às bruxas" - como ato fundacional do mundo moderno capitalista cujas mulheres devem viver expropriadas de seus corpos. Passados estes séculos de negação

da sexualidade das mulheres e sua capacidade de decidir, a pergunta central a qual a pesquisa buscou responder é por quais modos ainda se dá a autorização política para violentar os corpos das mulheres - atualmente justificada pela ciência obstétrica, invisibilizada pela cultura misógina, naturalizada pela prática de assistência à saúde sexual e reprodutiva e diferenciada conforme os marcadores sociais de cada corpo.

1.2 Estrutura da tese

Partindo desses posicionamentos e abordagens, para traçar um caminho teórico e prático dos objetivos propostos, o texto da tese foi organizado em capítulos com análises documentais, reflexões teóricas, narrativas com cenas de partos relatadas a partir de observações-participante, além de um relato autobiográfico situado e focalizado. Face ao problema de pesquisa desta tese - a VO como um ato de misoginia e punição sexual às mulheres - no primeiro capítulo, aqui organizado como Introdução, apresentei os conceitos: misoginia, punição sexual e dor infligida a fim de seguir utilizando os termos introdutoriamente referendados.

O segundo capítulo apresenta a construção genealógica do termo e a análise de conjuntura em torno da VO que permitiu entremear os acontecimentos, denúncias, mobilizações sociais, produções e pesquisas em vídeos, artigos, eventos, dissertações e teses - com as histórias que levaram à formulação do conceito, bem como seu reconhecimento, criminalização, legislação e sua persistente luta, tanto pela manutenção da nomeação e reconhecimento, quanto pela constante (re)formulação nos modos de atuação, formulação, avanço e superação. A partir da literatura acadêmica, dos documentos de políticas públicas e do judiciário do Brasil e da América Latina, da produção de documentos institucionais de órgãos não-governamentais e internacionais, de algumas recuperações históricas acerca do tema da VO, do mapeamento das definições, origens, magnitude e tipologias dessa prática já identificadas cientificamente pela Medicina baseada em Evidências (MBE) complementada com dados dos impactos da VO sobre a saúde materna e neonatal e, ainda, as diferentes elaborações dos movimentos sociais que almejam ir além das situações postas e sobrepostas em torno desta assistência, serão também apresentados os instrumentos normativos de enfrentamento à VO no Brasil e na América Latina, assim como será situada a política paradoxal e impunidade jurídica desta violência no Brasil.

O terceiro capítulo discorre sobre cada uma das intervenções *versus* as boas práticas referendadas - à assistência ao ciclo gravídico-puerperal - pela Medicina baseada em Evidências (MBE). Sob a complementação dos dados e discussões sistematizadas pela pesquisa nacional "Nascer no Brasil" (LEAL, 2014), analiso a situação deste atual cenário de medicalização que se tornou a assistência hegemônica à saúde sexual e reprodutiva no Brasil e pontuo algumas inflexões que serão aprofundadas no capítulo seguinte. Além da denúncia por tal prática obstétrica não apresentar embasamento científico e atuar como um dispositivo de controle e punição do Estado sobre os corpos e sexualidades das mulheres, as análises revelam: 1) as opressões correlatas cujas violências se intensificam conforme a consubstancialidade dos marcadores sociais de cor, classe, raça/etnia e gênero diferenciados nos corpos das diferentes mulheres atendidas pelo sistema público ou privado; 2) a situação secular da parteria tradicional ter sido usurpada por esta ciência obstétrica vigente que jamais a reconheceu como ciência, porém segue se utilizando dos saberes e politicamente dos fazeres, conforme cada situação e região; 3) e o engodo da humanização cujo conceito foi cooptado e recombinação como uma política pública a serviço dos direitos que complementam as violências praticadas pelo Estado.

O quarto capítulo aprofunda as reflexões em torno destes paradoxos, neste momento, delineados a partir de historiografias a respeito das resistências e organizações das mulheres pró parto, desde as feministas mais antigas desta pesquisa - as parteiras tradicionais - até as que propiciaram o espaço de lutas no interior da saúde reprodutiva, desde as nomeações da morte materna, crueldades no parto, violências institucionais, desigualdades entre as mulheres, aborto, humanização e, então, violência obstétrica. São historiografias da migração do parto domiciliar para o hospital e da expropriação do corpo das mulheres e também da resistência, das articulações e organizações das mulheres. Ao fim do capítulo, está a análise do engodo da humanização - que foi apropriada pelo Estado colocando-a como braço da violência legitimada, no entanto, eis a tarefa das lutas e conquistas que, por serem datadas, precisam continuar, revisitar os conceitos e estratégias e avançar com os próximos passos possíveis.

O quinto capítulo são relatos de observação-participante em partos e rodas de parto em uma cidade rural e uma urbana de Goiás, além de um relato autobiográfico situado e focalizado. Trata-se de momentos onde pude testar e contestar, sentir e intervir, vivenciar e experienciar as contradições das diferentes assistências à saúde

sexual e reprodutiva atuantes no Brasil: a assistência hospitalar em hospitais públicos e particulares; a assistência humanizada em hospitais públicos, particulares e em domicílios e a assistência tradicional de parteiras tradicionais em domicílio.

Nas considerações finais, retomo as análises sociológicas sobre a violência obstétrica e, na tentativa de contribuir com a construção conceitual do termo, sistematizo o conceito da violência obstétrica, como uma violência de gênero com aspecto misógino e punitivo direcionado à sexualidade da mulher e ao disciplinamento do corpo e controle da vida. Pretendo assim, colaborar com a desconstrução e desnaturalização da violência na assistência à gestação, parto e aborto - estruturadas pela normáscula de uma ciência obstétrica transformada em parâmetros de cuidados à saúde sexual e reprodutiva da mulher.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: GENEALOGIA E CONJUNTURA

2.1 A Violência Obstétrica (VO) no século 21: tipologia e nomeação

O termo violência obstétrica (VO) - com diferentes sinônimos - cada vez mais é utilizado no ativismo social, nas pesquisas acadêmicas e na formulação de políticas públicas. Reconhecido como questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), está tipificado e legislado em alguns países como crime e já conquistou observatórios - Observatórios de Violência Obstétrica (OVO) - em alguns países do mundo como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Espanha, França e Itália. Porém, apesar da contemporânea repercussão dessas experiências, a OMS aponta que “não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres não são conhecidas” (OMS, 2014, p. 2)

Nessa direção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta uma demanda na realização de pesquisas com o intuito de definir, medir e compreender melhor as práticas muitas vezes desrespeitosas e abusivas durante o parto, assim como elaborar formas de prevenção e eliminação dessas condutas. Apesar de não se tratar dos objetivos primeiros da presente tese, tais afirmações alicerçam os pontos de partida da pesquisa, fundamentam minhas perguntas e justificam algumas formulações hipotéticas elaboradas - as quais serão desenvolvidas no decorrer da escrita. Daí, uma questão central, decorrente das imprecisões acerca do termo e da realidade da VO, é diferenciar tipologia e conceito. Zanardo *et al* (2017) retrata a VO a partir da reunião de diversas descrições de diferentes autores:

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro). Outros autores (Sanfelice *et al.*, 2014; Wolff & Waldow, 2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários. Além disso, a violência obstétrica compreende

o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas. Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (Diniz, 2009; D'Oliveira, Diniz, & Schraiber, 2002; Leal *et al.*, 2014) (ZANARDO *et al.*, 2017, p.5).

Estas descrições - citadas acima - compõem a tipificação do que atualmente é considerado violência e está nomeado por VO. Tal tipologia e nomeação da VO remetem às histórias acumuladas - de reivindicações e conquistas - de mulheres em prol dos direitos sexuais e reprodutivos e propicia a reflexão acerca da relevância deste trabalho que parte de uma problematização conceitual do termo para chegar a uma composição analítica do fenômeno. Em outras palavras, a construção genealógica do termo VO foi tarefa necessária para traçar a problemática deste fato social que é a VO e, então, compor as análises sociológicas sobre este ato misógino de punição sexual às mulheres. Acompanhada de autores que também estão debruçados neste objeto e a partir das histórias, tipologias e definições, apresento o termo "VO" como representante de mais uma categoria de análise sociológica propulsora de leituras e narrativas acerca do nosso sistema assimétrico na relação entre homens e mulheres, a qual denominamos como moderno patriarcal e generificado.

Autores como Diniz (2009), Aguiar, D'oliveira e Schraiber (2013), Faneite, (2012), García, Diaz e Acosta (2013), Terán *et al* (2013), definem a VO como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto que inclui perda da autonomia e decisão sobre seus corpos. Tanto para estes autores, como para os movimentos sociais de mulheres, esta violação significa a apropriação dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais da saúde por meio de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto. Sadler *et al* (2017) aprofunda a problemática ao dar mais evidência à cultura do ódio às mulheres que, por sua vez, autoriza a violência sexual naturalizada e invisibilizada presente na VO. A VO como uma violência contra as mulheres está intimamente associada à misoginia devido este sentimento de ódio ao feminino que se materializa nas situações e tipificações apresentadas.

Estudos e depoimentos recentes - principalmente em redes sociais e matérias jornalísticas com entrevistas - apontam para uma relação intrínseca entre a "cultura do estupro" ou a "lógica do estupro" de mulheres e a prática médica desta obstetrícia nomeada como VO (SCHIAVO, 2017). São relatos que mostram proximidades entre os

traumas físicos e psicológicos de mulheres vítimas da VO e do abuso sexual e, com isso, complexificam a conceituação do termo VO e aprofundam as possibilidades de leitura e análise deste fenômeno social. Isto pois, o denominador comum destas violências é a sexualidade da mulher - seu corpo e seu direito ao parto e ao prazer sexual, por exemplo. Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS), publicou a seguinte declaração acerca da temática violências e direitos no parto:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014, p.1).

Apesar de haver dados sistematizados pela própria OMS que mapeiam os elevados e pioneiros índices da VO nos países da América Latina e Caribe, a declaração da OMS define a realidade da VO em termos universais - ou seja, anuncia que se trata de um fenômeno recorrente em mulheres do "mundo inteiro". Deste modo, ao traçar os marcos históricos e legais, as conquistas e resistências políticas e jurídicas, os conflitos epistemológicos, as limitações e contradições em torno do termo, tecerei a construção de um pensamento hipotético que busca aproximações com as "impressões" políticas do patriarcado brasileiro.

A motivação desse estudo teve o mote na mirada sociológica das violências-sexuais, físicas, psicológicas, marcadas por classe, cor, raça/etnia e gênero - invisibilizadas no cenário do gestar, parir e abortar no Brasil. É válido salientar que se tratou (e ainda se trata) de um tema atual em ebulição e com isso alguns entraves acompanham os desafios da pesquisa como, por exemplo, o fato de que as mudanças, notícias e acontecimentos não cessam - tornando inevitável um certo grau de desatualização e a impossibilidade de abarcar um "todo" de acontecimentos e publicações. Além da temporalidade da pesquisa e escrita que exigem limites inclusive cronológicos, mas tal realidade não atenuou os efeitos da reflexão que se propôs, assim, sigo a narrativa na busca pelas aproximações com a conceituação do termo VO a partir da conjuntura e do entrelaçamento de dados, histórias, tipificações, reconhecimentos e nomeações levantados.

No ano Internacional da Criança (1979), a Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiou a criação de um Comitê Europeu de profissionais e pesquisadores para estudar as intervenções obstétricas e investigar maneiras de reduzir a morbimortalidade

perinatal e materna no continente. Este estudo, compilado e publicado nas obras da Biblioteca Cochrane², apresentou o seguinte diagnóstico sobre a investigação do cenário ao que se propôs: adoções acríticas de intervenções inapropriadas, desnecessárias e até arriscadas; constatou um aumento nos custos hospitalares sem uma respectiva melhora nos resultados da assistência, falta de consenso sobre os melhores procedimentos e uma grande variabilidade geográfica nas opiniões. Atualmente a sistematização deste material é referência entre os defensores dos movimentos da saúde que recebe o nome de Medicina baseada em Evidências Científicas (MBE).

Em meio às lutas feministas na área da saúde reprodutiva, tais reflexões críticas propiciaram a inauguração da Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS que publicou um manual sobre as práticas de atenção dadas ao parto e nascimento (OMS, 1996) classificando-as em quatro grupos: Grupo A, as práticas que são benéficas e merecem ser incentivadas; Grupo B, as práticas que são danosas ou inefetivas e merecem ser abandonadas; Grupo C, as práticas para as quais ainda não há evidências suficientes e que necessitam mais pesquisas; e Grupo D, as práticas que são benéficas porém frequentemente má utilizadas (V.O. PARIRÁS COM DO, 2012).

Outros trabalhos, como a abordagem psicosssexual do parto de Sheila Kitzinger (1985), os estudos sobre o nascimento de Leboyer (1974, 1976, 1983, 1998), a redescritção da fisiologia do parto de Michel Odent (1984; 2000), a proposta do parto ativo de Janet Balaskas (1996), entre outros, foram sustentando elaborações teóricas e empíricas em torno de conceitos e paradigmas como o da "humanização" da assistência ao parto e nascimento. Nas ciências sociais, foi na década de 1970 que as iniciativas de questionamento da prática médica de assistência à saúde reprodutiva começaram a usar o termo "humanização da assistência". Afim de maiores contribuições críticas a essa obstetrícia dominante, estudos da antropologia do parto realizaram inúmeras etnografias de parto nas mais diferentes sociedades, das mais tradicionais (como as rurais e comunitárias) às chamadas complexas e urbanas.

Um exemplo de trabalho do final da década de 1970 foi "Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal" (CALDEYRO-BARCIA, 1979), que partiu dos estudos da fisiologia obstétrica para criticar o modelo de

² Foram 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal e o resultado final da análise foi sistematizado em 1989, numa publicação intitulada *A Guide of Effective Care in Pregnancy and Childbirth* que se organizou, em grande medida, sob a influência do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane - Fonte: <https://www.cochrane.org/> e https://www.researchgate.net/publication/15420418_A_Guide_to_Effective_Care_in_Pregnancy_Child_birth

assistência considerando-o inadequado e propondo mudanças na compreensão das dimensões anátomo-fisiológicas e emocionais do parto. O texto também questionou a representação da mulher como vítima de sua natureza e do corpo feminino como “normalmente patológico”, evidenciou o viés de gênero na interpretação médico obstétrica clássica. A importância destes e dos demais estudos supracitados é o de trançar cursos e percursos que culminaram na nomeação "violência obstétrica" - porém faz-se necessário separar a difusão existente entre a humanização que se tornou política pública no Brasil e a MBE que é a ciência cuja base epistemológica de ciência permite invalidar a assistência e ciência obstétrica vigente e violenta. O capítulo seguinte seguirá com esta discussão.

Outra pesquisa com o apoio da OMS (2015), com maior abrangência geográfica e publicação mais recente, define, a partir de 65 estudos em 34 países de todos os continentes, sete tipos de direitos violados das mulheres ao dar à luz: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, preconceito e discriminação, mau relacionamento entre os profissionais de saúde e as pacientes, falta de estrutura no serviço de saúde e, por fim, a carência de um sistema de saúde de boa qualidade. O paradoxo que as publicações da OMS, assim como outras pesquisas científicas e acadêmicas, nos revelam é que havia um pressuposto de que, ao se assegurar o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade, reduzir-se-iam as taxas globais de morbidade e mortalidade materna. Contudo, se por um lado as taxas de assistência institucional para o parto cresceram - praticamente todas as mulheres são incentivadas e de fato utilizam as instituições de saúde (por exemplo, 98,4% no Brasil (DataSUS, 2012) por outro, um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, parto, aborto, nascimento e puerpério descrevem um quadro perturbador.

Relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (OMS, 2014, p.1).

O material a que me refiro aqui é um catálogo que foi publicado pela OMS (2014) com o título "Evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro", neste há a indicação de algumas medidas, como:

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

De modo geral, estas recomendações da OMS estão direcionadas à melhoria das assistências obstétricas já existentes e implementadas em muitos países. No entanto, pesquisas mostram que esses sistemas de saúde não estão organizados e administrados de forma a garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e tão pouco são pautados pela autonomia e direitos humanos das mulheres. Há, inclusive, locais onde as políticas de promoção à assistência obstétrica respeitosa não foram sequer adotadas e outros que foram, mas que não são específicas ou não foram convertidas em ações significativas. Assim, é importante questionar essas assistências colocando em debate seus paradigmas, sua fundamentação, estruturação e execução. E também tecer análises sociais acerca dos mecanismos culturais, políticos, epistêmicos e sociais que sustentam e perpetuam as violações mencionadas. Muitos pesquisadores e profissionais estão debatendo tal problemática, o médico chileno René Castro, coordenador do Programa de Saúde da Mulher do Governo Federal do Chile por 18 anos até o ano de 2017, aponta para o paradoxo entre os altos índices de cesárea e a preferência das mulheres pelo parto vaginal argumentando que a problemática está na falta de boas práticas médicas transformadas em um intervencionismo desnecessário. Em uma entrevista recente, publicada por Freixas (2017) no jornal eletrônico El país, ele diz que tais intervenções têm relação com a maneira como se entende o corpo da mulher e seus processos. Explica que os termos e as explicações médicas relativas ao corpo e à fisiologia da mulher são pejorativamente patológicos: "Quando menstrua, se diz que a mulher está enferma; quando procura um método contraceptivo, se diz que vai fazer um tratamento; quando quer fazer um aborto, se diz que vai encontrar um remédio; quando chega o parto, dizem que agora vai melhorar" (FREIXAS, 2017).

Também nesta entrevista, Freixas (2017) cita a antropóloga Michelle Sadler, estudiosa da VO, que mostra que estas intervenções desnecessárias alteram o sistema imunológico da mulher facilitando o desenvolvimento de alergias, obesidades, quadros infecciosos, dificultam o apego/afeto e a amamentação e provocam depressão pós-parto, além disso, as consequências de tais complicações para as mulheres e os bebês aumentam os custos para os sistemas de saúde. Outra menção foi à tese da psiquiatra espanhola Ibone Olza, já abundantemente compartilhada nas redes sociais, que aprofunda uma outra discussão, associa os sintomas advindos de um parto traumático com os sintomas das vítimas de estupro. Por fim, a matéria cita a relação com o abuso sexual proferida por um obstetra e codiretor do OVO CHILE³, Gonzalo Leiva, que diz:

Pensemos nessa mulher que foi examinada por um médico, com os dedos em sua vagina, que está doendo ao tato e pede, por favor, que tire a mão. O médico insiste e ela continua pedindo. Provavelmente, uma vítima de estupro fará o mesmo: pedir que parem até que se concretize o estupro (FREIXAS, 2017, tradução nossa⁴).

Por conseguinte, esta violência estruturada na assistência também estrutura o funcionamento interpessoal/profissional no interior das instituições por meio da hierarquização dos diferentes saberes e fazeres. A disputa de poder entre os profissionais atuantes na assistência obstétrica é acirrada e diversa; no cenário contemporâneo de atuação tem obstetras, pediatras, neonatologistas, obstetrites⁵, enfermeiras/ enfermeiros, técnicas/técnicos em saúde, profissionais que se intitulam humanizados⁶, parteiras urbanas⁷, parteiras tradicionais⁸ e doulas⁹. Dentre estes, as parteiras tradicionais são as profissionais mais antigas e as que têm menos aceitação em

³ <https://ovochile.cl/>

⁴ Tradução de "Pensemos en esa mujer a quien un médico examina, con los dedos en su vagina, que le está doliendo el tacto y pide, por favor, que le saque la mano. El médico insiste y ella sigue pidiéndolo", expone. "Probablemente, una víctima de violación hará mismo: pedir que paren hasta que se concrete la violación", asevera".

⁵ A formação de obstetrites é um curso integral de graduação ofertado pela na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP da Universidade de São Paulo (USP) desde 2005.

⁶ Profissionais como médicos e médicas obstetras, enfermeiros e enfermeiras obstetras e obstetrites que se alinham com os princípios da assistência humanizada ao parto e nascimento.

⁷ Profissionais graduadas em universidades pelos cursos de obstetrícia e de enfermagem obstétrica.

⁸ As parteiras tradicionais trabalham com as rezas, as ervas medicinais, o canto, os instrumentos, a religião e a religiosidade; carregam o arquétipo da ancestralidade, têm suas raízes na fusão dos saberes e fazeres africanos e indígenas. Um ofício antigo, milenar, transmitido oralmente de geração para geração que ainda propicia o movimento de apropriação, recombinação e recriação de novos saberes acerca da assistência ao parto e nascimento a partir de cada realidade local e comunitária.

⁹ A palavra "doula" vem do grego e significa "mulher que serve". A doula é aquela que acompanha a mulher durante a gestação, o trabalho de parto, pós-parto, amamentação e nos primeiros cuidados com o bebê. Oferece conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante estes período de intensas transformações na vida das mulheres que optam pela maternidade.

instituições hospitalares brasileiras. A situação é similar em diversos países do mundo, com exceção da Holanda, Inglaterra e Suécia que são referências para projetos elaborados por alguns OVOs, como é o caso da França com a proposta: Uma mulher, Uma parteira. A diretora da Faculdade Real de Parteiras do Reino Unido chamada Lesley Page, explica em um documentário brasileiro intitulado "Parir é natural" realizado pelo Selo Fiocruz - que:

A política no Reino Unido há muitos anos é a assistência centrada na mulher. A mulher tem o direito absoluto de decidir qual tratamento ela deve ter, onde ela deve dar à luz, e o tipo de parto que ela deseja. Mas essa decisão deve ser baseada em informação. Então, o processo de tomada de decisão depende de que as mulheres recebam informação dos profissionais. Hoje existe internet e mídia social, mas também há uma relação entre a mulher e aqueles que prestam cuidados a ela, e um dos primeiros estágios da tomada de decisão, é perguntar à mulher o que é importante para ela, quais são os seus valores, quais são suas esperanças e sonhos, quais são os seus medos. Tudo o que nós fazemos deve estar em torno da mulher, seu bebê e sua família. E suas necessidades individuais, suas necessidades sociais, suas necessidades espirituais e suas necessidades médicas (PARIR É NATURAL, 2015).

Esta concepção de assistência à mulher está acompanhada do direito que toda gestante tem de ter uma parteira. Ou seja, assim como as demais técnicas/técnicos de saúde, médicas/médicos e enfermeiras/enfermeiros, as parteiras também compõem as equipes de assistência à gestação, parto, puerpério e lactância, podem, inclusive, atender a mulher em domicílio. Nesta estrutura organizacional pública do Reino Unido, as parteiras são as profissionais responsáveis por acompanhar todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher e - sempre que houver necessidade e indicação - podem e devem acionar os demais profissionais da equipe como, por exemplo, as/os obstetras. Além do mais, esta mulher que optou pela maternidade pode também escolher o local de seu parto assistido e, seja em casa ou em um estabelecimento de saúde, ela atravessará este momento com assistência profissional e cobertura integral dos serviços de saúde.

A importância deste sistema apresentado acima e vigente no Reino Unido está centrada justamente em garantir o respeito e a proteção à mulher em seu processo sexual e reprodutivo, pois o acompanhamento por uma parteira e a segurança de uma equipe médica na retaguarda diz de uma concepção de gestação, parto e pós-parto não-patológica e sim como uma possibilidade de vida e cura através dos nascimentos das crianças e renascimentos das mulheres que adquirem mais um papel social na vida - o de mãe. De modo bastante sintético, para a parteria tradicional, o parto é uma travessia de cura, pessoal e social/comunitária, que alia fisiologia, espiritualidade e processos

subjetivos e ancestrais profundos - mas em especial o ponto central é que parte do pressuposto da vida e saúde do corpo e não da morte ou doença. Segundo uma parteira tradicional e ativista brasileira: "Hoje no Brasil são 60 mil parteiras tradicionais em atividade, espalhadas por florestas, pampas, sertões, montanhas e ribeirinhos, atendendo 350 mil partos por ano, fora dos hospitais. Entretanto, esta memória é pouco reconhecida" (CARVALHO, 2017).

Estes dados, além de intrigantes, problematizam a estatística nacional que anuncia uma cobertura quase total dos partos e nascimentos no Brasil sob a assistência dos hospitais e maternidades. E ainda levantam a questão de que, se por um lado, há um consenso que os sistemas de saúde devem ser os responsáveis pela maneira com que as mulheres são tratadas durante a gestação, o parto, aborto e puerpério, garantindo o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que garantam os direitos e mantenham a dignidade a todas as envolvidas, por outro, a divergência e diferença de paradigmas entre as assistências e de um país para outro é bastante grande, salvo exceções como os países do Reino Unido.

Pautada por toda esta divergente conjuntura, associações de diversos países e eventos internacionais¹⁰ da parteria tradicional de todo o mundo reivindicam esta situação questionando as instituições de saúde e seus profissionais com perguntas como: por quê a gravidez, o parto, o aborto e o puerpério compõem, integralmente, situações que devem ser vividas na instituição médico-hospitalar e atendidas - em primeira mão - pelos técnicos ali presentes? Por quê a instituição médica não é chamada quando há, de fato, a necessidade para tal, ou seja, quando há risco, quando há indicação para esta determinada assistência? Se a grande maioria das gestantes de baixo risco pode ter suas gestações, partos e puerpérios com acompanhamento das parteiras tradicionais e em casas de parto, em domicílio e nas comunidades - por quê incentivá-las a irem aos hospitais e maternidades sem que haja uma demanda específica?

Há muitas questões acerca da situação das parteiras no mundo, desde suas diferentes geografias até suas variadas formas de inclusão e exclusão dos respectivos sistemas de saúde. Por conseguinte tal situação está entremeada na assistência hospitalar e na nomeação da VO.

¹⁰ Há diferentes encontros desde um chamado *Woman's Delivery* que ocorre em países do norte como, por exemplo, os escandinavos e reúne profissionais que assistem o parto e nascimento de diferentes partes do mundo e, embora, haja incentivos para pessoas menos favorecidas o recorte de classe é alto. E outros encontros também internacionais mas específicos para profissionais e interessados pela parteria tradicional - cuja classe, cor, território- é bastante divergente. Estes são organizados, por exemplo, pelo Cais do Parto de Olinda/Pernambuco e reúne muitas parteiras tradicionais dos países do "hemisfério sul".

A centralização de nascimentos em grandes maternidades e a redução do número de parteiras em hospitais contribuíram para a epidemia de violência obstétrica. As mulheres são submetidas a um claro ataque ao seu direito à saúde devido ao aumento de técnicas invasivas, muitas vezes inúteis e impostas sem o consentimento da usuária. O número de mães traumatizadas a longo prazo está aumentando constantemente e os depoimentos fluem nas redes sociais. Desta forma, a mulher francesa vê violados seus direitos humanos de dar à luz no lugar, com a pessoa e na forma escolhidos por ela. (INTEROVO, 2018, s.p. tradução nossa¹¹).

No Brasil, inicialmente, o movimento pela humanização do parto e nascimento se baseou nas propostas incentivadas pela OMS, publicadas em 1985, que - além de estimular o parto vaginal, a amamentação logo após o parto, o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido e a presença de acompanhante durante o processo - recomendava a atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal e a inclusão de parteiras no sistema de saúde em regiões sem presença da rede hospitalar (TORNQUIST, 2004). Em suma, o que é possível afirmar é que há diversas formas de parir e também de assistir e/ou partejar e que, da mesma forma que pouco se sabe sobre a atuação e situação das parteiras tradicionais em países desiguais como o Brasil, também é preciso complexificar reflexões que delimitam a VO como um problema restrito à assistência médico-hospitalar e praticado por seus profissionais "protagonistas" - médicas/médicos e enfermeiras/enfermeiros. Isto pois, trata-se de um fenômeno social e culturalmente autorizado, ou seja, as ambivalências construídas sobre estes momentos do parir e nascer reverberam toda misoginia presente nas relações de amor e ódio às mulheres.

Compreendo que não tenhamos muita vontade de pensar - justo em um momento que todos querem considerar muito feliz - nos níveis de violência e de submissão que ocorrem nas salas de parto, provocados também por enfermeiras, parteiras e pelo pessoal de limpeza. Talvez este seja o espaço mais sutil encontrado por toda a sociedade para se permitir exercer o controle, os maus-tratos e o ódio sobre o poder infinito das mulheres que estão parindo (GUTMAN, 2010, p.53).

E ainda lembrar que apesar dessas experiências de desrespeitos e maus-tratos contra as mulheres grávidas, parturientes, em situação de abortamento, puérperas e lactantes cometidas pelos profissionais das instituições médicas estarem amplamente

¹¹ Tradução de: "La centralización de los partos en grandes maternidades y la reducción del número de matronas en los hospitales han contribuido a la epidemia de la violencia obstétrica. Las mujeres están sometidas a un claro ataque contra su derecho a la salud debido al aumento de técnicas invasivas, a menudo inútiles e impuestas sin el consentimiento de la usuaria. El número de madres traumatizadas a largo plazo está aumentando constantemente y los testimonios fluyen en las redes sociales. De esta manera, la mujer francesa ve violados sus derechos humanos a dar a luz en el lugar, con la persona y en la forma por ella elegidas".

publicizadas pelas pesquisas acadêmicas e veículos de comunicação, todavia não há um consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Sua prevalência e impacto na saúde, no bem-estar e nas escolhas das mulheres também não foram aprofundadas e sistematizadas. Se considerarmos as últimas décadas, observaremos uma ascensão na agenda de estudos e pesquisas para definir, medir e compreender melhor o desrespeito e abusos contra as mulheres durante o parto, assim como formas de prevenção e eliminação (DINIZ, 2015).

Portanto, não há dúvidas de que, como tema inovador de uma situação antiga, o fenômeno da VO requer um trabalho de genealogia e conjuntura - desde um mapeamento de suas origens, definições, tipologias, mensurações e impactos na saúde materna e neonatal até uma teia de análises sociais que abarquem a complexidade de mais esta violência sexual e de gênero contra as mulheres. Sem a pretensão de esgotá-lo, o presente item e capítulo almeja desenhar uma conjuntura do termo e situação da VO em alguns países do mundo para delinear a definição conceitual e, com isso, traçar análises sociológicas.

Na segunda década do século XXI, a violência obstétrica ganhou visibilidade, sendo tema de numerosos estudos, mostras artísticas, documentários, ação no judiciário, investigação parlamentar, atuações de diversas instâncias do Ministério Público, assim como de um novo conjunto de intervenções de saúde pública. Sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública foi corroborada pela recente declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” e a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança. Estas ações inovadoras são voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de violência nas práticas de saúde, nos âmbitos público e privado e na formação de recursos humanos, bem como para incentivar os governos e as instituições para pesquisas e intervenções (DINIZ, 2015, p.1).

A começar pela nomeação de tal violência, como já salientada, e também segundo Diniz (2015), como uma importante estudiosa brasileira da VO, os termos utilizados são novos, passaram por mudanças e ainda encontram-se cercados de algumas imprecisões. Desde o início do século 21, diferentes termos designam a violência contra as mulheres nos serviços de saúde, que se expressa, de um modo mais drástico, quando se trata das experiências da vida sexual e reprodutiva. São eles: violência no parto (TORNQUIST, 2004; AGUIAR, 2010; AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011; VENTURI e GODINHO, 2013); abuso obstétrico; violência de gênero no parto e aborto; violência de

gênero contra as mulheres na atenção obstétrica (REHuNa¹²); violência institucional de gênero no parto e aborto (AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013); violência institucional na assistência ao parto e aborto (AGUIAR, 2010); violência institucional na assistência obstétrica (Parto do Princípio¹³); violência estrutural na atenção materna (SADLER *et al* 2016); crueldade no parto (GOER, 2010); assistência desumana/desumanizada; movimento em prol da humanização do parto e nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; DOMINGUES, 2002; RATTNER, 2009); violação dos direitos humanos das mulheres no parto (DINIZ, 2005); mortalidade materna por causas obstétricas diretas¹⁴ (PRUDENTE, 2008); violência gineco-obstétrica (OVO Chile, 2017) e violência obstétrica (SENA, 2016; SHABOT, 2017; DINIZ, 2015; POMPEO, 2014; AZEVEDO *et al*, 2013; D'GREGORIO, 2010).

Dentre estes, "violência obstétrica" se tornou o termo mais utilizado - tanto do ponto de vista jurídico, quanto social e político - para designar a violência no atendimento ao ciclo gravídico-puerperal que se estende da gestação ao pós parto ou pós aborto. Há uma interessante linha do tempo entre alguns dos termos acima, por exemplo uma primeira nomeação nos anos 1950 por mulheres estadunidenses que intitularam a situação por "crueldades no parto", posteriormente vem a elaboração do termo "morte materna e morte neonatal" e, por fim, as diversas combinações com o conceito "violência" - como: violência de gênero, violência no parto, violência institucional - que culminam no termo "violência obstétrica". Termo este que foi oficializado, no início do século 21, com as leis nacionais da Venezuela e Argentina.

No caso, a legislação da Venezuela, L. 38 647/2007 - *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* (VENEZUELA, 2007), entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelo profissional de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizador, em um abuso de medicação e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. E na Argentina, a Lei 26.485/2009 (ARGENTINA, 2009), define violência obstétrica como aquela que exerce o profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumano, um abuso de medicação e patologização dos

¹² Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, atuante desde 1993. Site: www.rehuna.org.br

¹³ Rede Nacional articuladora de Grupos de Apoio (GAPP) pelo país. Site: www.partodoprincipio.com.br

¹⁴ O óbito no parto, aborto e pós-parto decorrente de causas que são preveníveis (como a hemorragia, hipertensão e infecção) são consideradas causas obstétricas diretas (PRUDENTE, 2008).

processos naturais, em conformidade com a Lei 25.929 de 2004, *Ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento* (ARGENTINA, 2004)¹⁵. Movimentos sociais de mulheres de outros países se respaldam nestas conquistas jurídicas para suas lutas internas, por exemplo:

Embora a Espanha ainda não tenha as classificado especificamente, as práticas que constituem a violência obstétrica são proibidas em nosso país, uma vez que envolvem a violação dos direitos básicos reconhecidos pelas convenções internacionais, bem como na nossa Constituição: a integridade física e moral (Artigo 15), a liberdade pessoal (artigo 17) e a privacidade (artigo 18). Ciente dos altos índices de violência obstétrica no nosso país e da invisibilidade desse fenômeno, a associação *El Parto es Nuestro* decidiu em 25/11/14 criar o Observatório da Violência Obstétrica (OVO), organismo multidisciplinar que surge a partir da necessidade de denunciar publicamente a incidência das práticas que constituem este tipo de violência, das quais não só as mulheres são vítimas, mas também as aqueles que as rodeiam e os profissionais dedicados à saúde e atenção das mulheres em todas as fases da maternidade (OVO Presentación, s.d., tradução nossa)¹⁶.

Assim, frente às dificuldades - em especial dos demais movimentos sociais dos países latinos - em conquistar mudanças e legislações de enfrentamento à VO, a rede entre os observatórios (OVO) da Argentina, Chile, Colômbia, Espanha e França publicou uma declaração conjunta no dia 8 de março de 2016:

Como resultado do trabalho conjunto e do compartilhamento de informações e dados coletados em cada país até o momento, declaramos que:

- A Violência Obstétrica (OV) representa um problema de saúde pública alarmante e generalizado em todo o mundo que implica em altos índices de intervenção e medicalização de rotina que inclui abuso físico e verbal, e que é exercido indiscriminadamente nas esferas pública e privada, nível socioeconômico ou cultural, religião, etnia, orientação sexual e identidade de gênero.
- Este flagelo é uma violação grave dos Direitos Humanos, já que a mulher não é reconhecida como sujeito de direitos e sua autonomia e soberania sobre seu corpo e seus processos sexuais e reprodutivos são minados, da mesma forma que prejudica seu poder de tomar decisões sobre o bem-estar de seus bebês. É provavelmente uma das formas mais naturalizadas e invisíveis de violência contra as mulheres que existe.
- É pertinente observar que estamos diante de um sistema de saúde hegemônico que exerce violência institucional generalizada e suas várias

¹⁵ Esta Lei também é conhecida como Lei do Parto Assistido ou ainda como Lei do Parto Humanizado.

¹⁶ Tradução de: "Aunque España aún no las ha tipificado específicamente, las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país, ya que suponen la vulneración de derechos básicos reconocidos en Convenios internacionales, así como en nuestra Constitución: a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18). Conscientes de las altas tasas de violencia obstétrica en nuestro país y de la invisibilización de este fenómeno, desde la asociación El Parto es Nuestro hemos decidido a día 25.11.2014 crear el Observatorio de la Violencia Obstétrica (OVO), organismo multidisciplinar que nace de la necesidad de denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no sólo son víctimas las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y a la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad"

manifestações para usuários / os e profissionais, particularmente em abordar os processos reprodutivos dos cuidados em mulheres.

- Na atenção a estes processos se espera o cumprimento dos procedimentos básicos e mínimos com base nas recomendações da OMS e FIGO (<http://whiteribbonalliance.org>). (<http://whiteribbonalliance.org>) No entanto, essas recomendações não são realizadas e os procedimentos são deixados a critério de uma equipe médica que, por desconhecimento ou decisão deliberada, não os implementa nos protocolos de atendimento. Esses procedimentos têm pouco ou nenhum controle por parte dos Estados e também envolvem sérios danos ao bem-estar emocional e físico da mulher e do bebê e seu vínculo inicial. Paralelamente, se encontram iniciativas propondo que se sigam estas orientações e recomendações, mas, infelizmente, se verifica que muitas delas acabaram por identificar o "Parto Respeitado" como uma mercadoria e não um exercício de direitos, ocasionando que o acesso a eles fique sujeito ao poder aquisitivo das famílias.

Frente a esta sensível questão, os governos não optam pela garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, particularmente das mulheres, pelo contrário, precarizam ainda mais o sistema de saúde e as condições de atenção gerando cumplicidade no exercício dessa violência. Como uma rede internacional reafirmamos nosso compromisso e os esforços conjuntos pela visibilidade e erradicação de tal violência, bem como a igualdade de acesso aos direitos na atenção segura, digna, idônea e de qualidade nos distintos processos (REDE OVO, 2016, tradução nossa)¹⁷.

O OVO brasileiro¹⁸ define a violência obstétrica como um conjunto de violências contra as mulheres grávidas e em situação de abortamento e/ou parturição, a violência institucional, de gênero, sexual, física, psicológica, moral e verbal. Além

¹⁷ Tradução de: Como resultado del trabajo conjunto y la puesta en común de información y datos recabados en cada país hasta el momento, declaramos que:- La Violencia Obstétrica (VO) representa un alarmante y generalizado problema de salud pública a nivel mundial que implica altos índices de intervención y medicalización rutinaria que incluye maltrato físico y verbal, y que es ejercida indistintamente de ámbitos público y privado, nivel socioeconómico o cultural, religión, etnia y orientación sexual e identidad de género.- Este flagelo es una grave violación a los Derechos Humanos, dado que la mujer no es reconocida como sujeta de derechos y es socavada su autonomía y soberanía sobre su cuerpo y sus procesos sexuales y reproductivos, de igual forma que atenta contra su potestad en las decisiones en torno el bienestar de sus bebés. Se trata probablemente de una de las formas de violencia hacia las mujeres más naturalizada e invisibilizada que existe. - Es pertinente resaltar que nos encontramos frente a un sistema hegemónico de salud que ejerce violencia institucional de forma generalizada y en diversas manifestaciones hacia sus usuarias/os y profesionales, particularmente en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres.- En la atención de estos procesos se espera el cumplimiento de procedimientos básicos y mínimos basados en las recomendaciones de la OMS y FIGO (<http://whiteribbonalliance.org>). Sin embargo, estas recomendaciones no se llevan a cabo y los procedimientos quedan a criterio de un equipo médico que, por desconocimiento o decisión deliberada, no las implementa en los protocolos de atención. Estos procedimientos cuentan con poco o ningún control por parte de los Estados y además implican graves perjuicios al bienestar emocional y físico de la mujer y su bebé y su vínculo inicial. Paralelamente se encuentran iniciativas que proponen el seguimiento a estas orientaciones y recomendaciones, pero infortunadamente se observa que muchas de ellas han encontrado en el "Parto Respetado" una mercancía y no un ejercicio de derechos, por lo que el acceso a los mismos queda supeditado al poder adquisitivo de las familias.- Frente a esta sensible problemática los gobiernos no optan por la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, particularmente de las mujeres, y por el contrario precarizan el sistema de salud y las condiciones de atención, generándose una complicidad en el ejercicio de esta violencia. Como Red Internacional reiteramos nuestro compromiso y trabajo conjunto por la visibilización y erradicación de este tipo de violencia, así como por un acceso equitativo a derechos en la atención segura, digna, idônea y de calidad de estos procesos".

¹⁸ <https://www.observatoriovobrasil.com.br/links>

disso, o observatório brasileiro aponta para o fato de que os atos de violência obstétrica no Brasil revelam ações discriminatórias baseadas em preconceitos de classe, cor e localidade geográfica¹⁹. De modo geral, os OVOs partem do recorte de uma violência de gênero e sexual estruturada na idéia de que é preciso viver e aceitar a violência obstétrica como um tributo que as mulheres devem pagar para trazer um filho ao mundo. Como um castigo à sexualidade desta mulher que teve relação sexual e por isso "parirás com dor" (VO: PARIRÁS COM DOR, 2012).

Os observatórios (OVOs), em especial o do Brasil, olham com preocupação para a negligência, o abandono, o abuso e a agressão presente na VO estruturada a partir das supostas escalas de poder, "saber" e fazer. E, mais uma vez, encontramos apontamentos que conjugam a discussão sobre uma possível dimensão punitiva e disciplinar da sexualidade das mulheres. Reflexões estas que corroboram com uma definição conceitual complexa no sentido de compor uma espiral ou o desenho de uma constelação entre as muitas formas de violência de gênero que se encontram naturalizadas e perpetuadas no interior das muitas instituições sociais como de saúde, educação, religião, familiar etc.

Assim, no Brasil a VO está tipificada como: abuso de poder e diferenças no e entre os serviços de saúde, chacotas, insultos, ameaças, insensibilidade à dor e doenças femininas, manipulação da informação, omissão da atenção oportuna, abuso ou negação de medicação, utilização de métodos agressivos em partos de baixo risco, e em outras situações, gerando graves consequências físicas e psicológicas nos que sofrem. Detalhadamente: submeter a mulher a procedimentos dolorosos, arriscados, desnecessários e humilhantes, como - lavagem intestinal; raspagem de pelos pubianos; mais de um exame de toque (ainda assim quando estritamente necessário); dar hormônios para acelerar a expulsão quando o trabalho está em plena evolução; cortar/mutilar a vagina sem necessidade (episiotomia); suturar e estreitar o canal vaginal (com o "ponto do marido"²⁰); utilizar fórceps²¹ sem real necessidade; realizar a manobra de kristeller²²; proibir a livre movimentação da mulher durante o trabalho de parto;

¹⁹ Fonte: www.observatoriovobrasil.com.br (Acesso em: 25/4/2018).

²⁰ Após o parto, e a costureira "episiotomia", costura-se o períneo da mulher e se dá uns pontos a mais com o objetivo de apertar as vaginas e satisfazer homens. Daí o nome popular "ponto do marido".

²¹ O fórceps é um instrumento destinado à extrair fetos por pressão da cabeça e pode causar lesões graves na mãe e no bebê, além da morte do feto.

²² A manobra de Kristeller consiste em aplicar força no fundo do útero para expelir o bebê. Conforme a OMS é uma conduta prejudicial, ineficaz e que deve ser eliminada. Pode ainda causar a falta de oxigenação do feto, fraturas de costelas, laceração de órgãos da mãe, traumatismo craniano do bebê e até mesmo a morte.

amarrar, empurrar, zombar, humilhar, xingar, punir, recriminar e/ou criminalizar a mulher e sua situação; assediar a mulher; negar comunicação com sua rede (amigas/amigos, profissionais de sua confiança e/ou familiares); negar líquidos e alimentos; fazer qualquer procedimento sem explicação e sem permissão (consentimento informado²³); induzir a cesárea sem necessidade clínica; abandonar a assistência e toda e qualquer intervenção ou negligência que levam a mulher e/ou o bebê à óbito etc.

2.2 Instrumentos normativos de enfrentamento à violência obstétrica na América Latina

Na primeira década do século XXI países como Venezuela, Argentina e México, respectivamente, definiram a violência obstétrica como crime judicial ou delito e reconheceram sua presença na assistência médico-hospitalar na gestação, parto e nascimento²⁴. Estas conquistas políticas e jurídicas referentes à tipificação da violência obstétrica como crime têm reverberado importantes tensões nos países latino-americanos, e também em alguns países europeus como Espanha, França, Itália e Portugal que apresentam casos similares e - inclusive - já se organizaram em rede com estudos, movimentos sociais e observatórios (os já mencionados OVOs) e almejam conquistar legislações.

A dinâmica da VO se (re)apresenta nos diversos modelos de assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres de diferentes localidades geográficas compõe um grande sistema-mundo moderno-colonial pautado pela consubstancialidade ou coexistência dos mesmos marcadores sociais, como: raça/etnia, gênero, cor, classe social etc. Segundo Kergoat (2010) estes marcadores coexistem entre si pois são entremeados, sobrepostos, interdependentes, móveis, ambíguos, ambivalentes, circulares, espirais e simultâneos. Em suma, em todos estes países, o controle disciplinar dessa assistência gineco-obstétrica se revela bastante eficaz como mecanismos de submissão, opressão e repressão, humilhação, via inflição de dor e

²³ “Consentimento informado” significa que a mulher deve ser informada a respeito da possibilidade e/ou necessidade de uma intervenção e que esta só pode ser realizada caso ela concorde/consinta com o procedimento. Conforme o documento da OMS "Maternidade Segura - Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático" (MATERNIDADE SEGURA, 1996), o consentimento informado passou a ser considerado um direito humano e uma questão de justiça social que inclui o direito à serviços e informações de qualidade na gestação, parto e pós parto.

²⁴ Nestas leis não há uma pormenorização a respeito da violência obstétrica presente na assistência às mulheres em situação de abortamento.

punição às mulheres e seus corpos e sexualidades. Há muitas autoras latino-americanas que analisam atitudes misóginas reproduzidas pelos profissionais de saúde - em especial as voltadas à sexualidade das mulheres e seus processos reprodutivos, dentre elas: OKADA *et al.*, 2015; CASTRO, CAMPERO, HERNANDEZ, 1997; CAMARGO Jr, 2013; CHIAROTI *et al.*, 2003; AGUIAR, D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013; SÁNCHEZ (2015). E foi a partir de inúmeras denúncias e conquistas que pesquisadoras e ativistas começaram a usar o conceito “violência obstétrica” como uma forma de anunciar, não apenas os protocolos médico-hospitalares desnecessários, dolorosos e arriscados, mas também as atuações misóginas, racistas, fóbicas, preconceituosas, discriminatórias e desumanas implícitas nesta assistência às mulheres grávidas, em parturição ou abortamento, às puerperas e às lactantes.

Analisar o impacto que os estereótipos de gênero exercem na prática obstétrica, e o atendimento médico em geral, torna-se um aspecto crucial para entender as razões por trás do exercício de práticas relatadas como violência obstétrica. Em nossa sociedade, o parto e a maternidade têm sido vistos há séculos como a principal tarefa das mulheres e o aspecto essencial que define a feminilidade. Em contraste, o desfrute de sua sexualidade é, em maior ou menor grau, um tabu e uma razão para a marginalização e o controle social das mulheres em quase todo o mundo. Neste contexto, a visão tradicional das mulheres como pessoas destinadas a serem mães, e a se sacrificar por isso, e a idéia de que o prazer sexual das mulheres tem que pagar um preço - como um parto doloroso -, mantém práticas e atitudes que impactam negativamente a saúde de mulheres, fetos e bebês durante o processo de gravidez e parto (CHIAROTI *et al.*, 2003, 27). Frases pronunciadas pela equipe médica, como "Bem, quando você transou não gritou. Você gostou do doce, agora aguente o amargo"(Idem) como denunciou no México, uma mulher espanhola em quem praticaram uma sutura pós-parto inadequada "estreitaram artificialmente minha abertura vaginal costurando mais para "deixar-me virgem", como explicou a ginecologista ao meu marido com uma piscadela "(Fernandez, 2003), o que causou longos períodos de dor durante o sexo, são exemplos de como os estereótipos sexistas podem ter um forte impacto no domínio da obstetrícia (SÁNCHEZ, 2015, p.95-96, tradução nossa)²⁵.

²⁵ Tradução de "Analizar el impacto que los estereotipos de género juegan en la práctica obstétrica, y la atención médica en general, se convierte entonces, en un aspecto crucial para comprender las razones que se esconden tras el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica. En nuestra sociedad, el parto y la maternidad han sido vistos durante siglos como la tarea principal de las mujeres y el aspecto esencial que define la feminidad. En contraposición el disfrute de su sexualidad es, en mayor o menor medida, un tabú y un motivo de marginación y control social de las mujeres en casi todo el mundo. En este contexto la visión tradicional de las mujeres como personas destinadas a ser madres, y a sacrificarse por ello, y la idea de que el placer sexual de las mujeres tiene que pagar un precio - como por ejemplo: un parto doloroso -, mantiene prácticas y actitudes que impactan negativamente en la salud de las mujeres, fetos y bebés durante el proceso de embarazo y parto (CHIAROTI *et al.*, 2003, 27). Frases pronunciadas por personal médico como “Bien que cuando cogiste no gritabas. Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo” (Idem) denunciada en México, o el testimonio de una mujer española a quien practicaron una inadecuada sutura posparto: “empequeñecieron artificialmente la abertura vaginal cosiendo de más para “dejarme virgen”, como explicó la ginecóloga a mi marido con un guiño” (Fernández, 2003), lo que le provocó largos periodos de dolor en sus relaciones sexuales, son ejemplos de cómo los estereotipos machistas pueden tener un fuerte impacto en el campo de la obstetricia”.

Assim, apesar da discrepância entre as elaborações teóricas e conceituais avançadas e as legislações incompletas, restritas e até contraditórias - em alguns casos - seguiremos a recente cronologia jurídica destes instrumentos normativos na América Latina. O primeiro país do mundo a tipificar e legislar o termo “violência obstétrica” foi a Venezuela, em 2007, através da *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* (*Lei orgânica sobre o direito das mulheres à uma vida livre de violência, tradução nossa*) (VENEZUELA, 2007). Em seguida foi a Argentina, em 2009, *Ley de protección integral a las mujeres* (ARGENTINA, 2009). E os estados mexicanos que desde a legislação venezuelana vem reivindicando e conquistando suas próprias legislações estaduais²⁶.

O dispositivo legal venezuelano é uma referência importante para toda a América Latina, dada a sua forma precisa tanto para coibir e erradicar a violência obstétrica, assim como outras modalidades de violência tipificadas nesta Lei, quanto por seu caráter rigoroso e punitivo. A lei caracteriza os atos da violência obstétrica e descreve o delito com suas respectivas penas: prisão, multa e trabalho comunitário, tornando o dispositivo profícuo e efetivo. Apesar da não menção da presença da violência obstétrica nos casos de assistência às mulheres em situação de abortamento, o caráter de combate a esta modalidade de violência segue sendo inédito em todo o mundo. Sobre a trajetória desta Lei no país:

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1992) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém do Pará, 1994) fornecem um quadro jurídico para os países legislarem sobre a matéria [saúde reprodutiva e violência contra as mulheres]. Em nosso país em 1998, foi aprovada a Lei da Violência contra a Mulher e a Família. Mais tarde, quando a Constituição da República Bolivariana da Venezuela foi aprovada em 1999, houve uma colisão com a Lei e esta teve problemas para ser totalmente aplicada. Em 25 de novembro de 2006, no Dia Internacional da Não-Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica do Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Esta substituiu a Lei da Violência contra as Mulheres e a Família de 1998 e foi publicada no Diário Oficial da União nº 38 647, de 19 de março de 2007. Essa nova lei tipifica 19 formas de violência contra a mulher, sendo a mais nova. e com conotação no exercício de nossa especialidade de violência obstétrica; esta norma jurídica é uma nova referência legal em nosso país e descreve os crimes e violações por parte do

²⁶ Os estados do México: Durango em 2007, Veracruz em 2008, Guanajuato em 2010 e Chiapas em 2012 deram início à tipificação, mas somente em 2014 o senado nacional do México aprovou as modificações nas leis sobre as violências contra as mulheres com o intuito de inserir a violência obstétrica como uma prática capaz de sofrer punição (SÁNCHEZ, 2014).

pessoal de saúde contra os direitos de uma mulher grávida (FANEITE, FEO, TORO MERLO, 2012, p.4-5, tradução nossa)²⁷.

Uma pesquisa sobre a Lei venezuelana, que tipifica a violência obstétrica, constatou que, apesar do termo ser conhecido pelas pessoas entrevistadas, a grande maioria não sabia da existência da Lei e tampouco a sua definição oficial (FANEITE, FEO, TORO MERLO, 2012). As autoras observaram que os atos que constituem a violência obstétrica não estão claros para as mulheres e que estas não conhecem os dispositivos de denúncia e os organismos responsáveis pela prestação de serviços às mulheres vítimas de violência obstétrica. Segundo Faneite *et al* (2012), 87% das entrevistadas disseram ter conhecimento da existência de uma Lei que protege a mulher contra todo tipo de violência, mas apenas 45,7 % disse conhecer a *Lei orgânica sobre o direito das mulheres à uma vida livre de violência* (FANEITE, FEO, TORO MERLO, 2012).

Em suma, o produto deste trabalho pôde concluir que: O termo violência obstétrica era conhecido, mas não a existência da Lei específica que o define. Os atos constitutivos da violência obstétrica não são bem conhecidos pelos profissionais de saúde. O consentimento informado é aplicado aos procedimentos obstétricos indicados na Lei Orgânica do Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência. O pessoal de saúde desconhece os mecanismos de denúncia e os órgãos responsáveis pela assistência às mulheres vítimas de violência obstétrica, bem como a violência em geral. A partir do conhecimento acima podem ser obtidas as seguintes recomendações: - Divulgar a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência a todos os profissionais de saúde, especialmente aos que trabalham na área obstétrica.- Informar aos funcionários quais são os atos constitutivos de violência obstétrica e as repercussões legais ao cometê-los. - Orientar o pessoal de saúde sobre os mecanismos de ajuda a paciente vítima de violência obstétrica.- Promover o estudo da assistência ao parto vertical, nas escolas médicas para treinar os médicos neste tipo de parto - Aumentar a conscientização entre o pessoal médico sobre o consentimento informado, bem como as penalidades existentes, quando não aplicado nos casos

²⁷ Tradução de " La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1992) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Para, 1994) dan un marco legal para que los países legislen sobre la materia [saúde reprodutiva e violência contra as mulheres]. En nuestro país, en 1998, se sancionó la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia. Posteriormente, al aprobarse en 1999 la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela hubo colisión con la Ley y esta tuvo problemas para aplicarse completamente. El 25 de noviembre de 2006, al celebrarse el Día Internacional de la No Violencia a las Mujeres, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela aprobó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Esta sustituyó a la Ley sobre la Violencia contra la mujer y la familia de 1998 y fue publicada en la Gaceta Oficial N° 38 647 de fecha 19 de marzo de 2007. Esta nueva Ley tipifica 19 formas de violencia contra la mujer, siendo la más novedosa y con connotación en el ejercicio de nuestra especialidad la violencia obstétrica; este término es una referencia legal nueva en nuestro país, y describe los delitos y violaciones por parte del personal de salud en contra de los derechos de una embarazada".

estipulados pela lei. (FANEITE, FEO, TORO MERLO, 2012, p. 11-12, tradução nossa)²⁸.

Enquanto alguns estudos apontam que a lei permitiu uma melhora nas condições das mulheres grávidas, mas que por ter sido uma proposta promovida através de documentos formais e não no interior das instituições, ela ainda gera confusões e por isso precisa ser mais divulgada no contexto médico e para as usuárias, a militância aponta para a pouca efetividade das legislações (BLÁSQUEZ, 2009; FANEITE, FEO, TORO MERLO, 2012; TERÁN *et al.*, 2013). Nos países da América Latina, apesar da repercussão social do termo violência obstétrica - tanto pelas pesquisas, movimentos sociais e redes sociais quanto pela grande mídia - percebe-se que as leis permanecem sem efeito, as ações impunes, os caminhos para denunciar e reparar danos cada vez mais dificultosos e, conforme os relatos dos Observatórios (OVOS), os casos e índices cada vez mais alarmantes, ou seja, apesar da repercussão social, os sentidos deste tipo de violência permanece esvaziado, despolitizado, sem reconhecimento jurídico e totalmente impune. Qual a relação entre Estado de Direito e Violência Social?

A Teoria Política Ocidental concebeu o Estado como uma forma administrativa racional de organização e ordem política. Um dos efeitos resultantes de se pensar sobre o Estado em termos de suas funções de produção de ordem é que as margens espaciais e sociais, que frequentemente constituem o terreno de trabalho do campo etnográfico, são vistas como locais de desordem em que o Estado foi incapaz de impor sua ordem. No entanto, é possível inverter a questão e indagar o que é o Estado quando observado inserido em práticas, lugares e linguagens antes considerados às margens do Estado-nação (DAS e POOLE, 2008, p.1, tradução nossa)²⁹.

²⁸ Tradução de: "En suma, producto de este trabajo se puede concluir que: El término violencia obstétrica resultó conocido, mas no así la existencia de la Ley específica que la define. Los actos constitutivos de violencia obstétrica no son bien conocidos por el personal de salud. El consentimiento informado es aplicado ante los procedimientos obstétricos señalados en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. El personal de salud desconoce los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica, así como de violencia en general. De los conocimientos anteriores se pueden derivar las siguientes recomendaciones:- Difundir la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia a todo el personal de salud, especialmente al que labora en el área obstétrica. - Informar al personal de cuáles son los actos constitutivos de violencia obstétrica y sus repercusiones legales al incurrir en ellos.- Orientar al personal de salud acerca de los mecanismos ayuda a la paciente víctima de violencia obstétrica.- Promover el estudio de la asistencia del parto vertical en las escuelas de medicina para capacitar a los médicos en este tipo de parto.- Concientizar al personal médico acerca del consentimiento informado así como las penalizaciones existentes al no aplicarlo en los casos que estipula la Ley".

²⁹ Tradução de: " La Teoría Política occidental ha concebido el estado como forma administrativa racional de organización y orden político. Uno de los efectos resultantes de pensar el estado en términos de sus funciones de producción de orden es que los márgenes espaciales y sociales, que tan a menudo constituyen el terreno del trabajo de campo etnográfico, son contemplados como lugares de desorden en los que el estado ha sido incapaz de imponer su orden. No obstante es posible invertir el interrogante y preguntarse acerca de qué es el estado cuando se lo contempla insertado en prácticas, lugares y lenguajes que se consideran situados en los márgenes del estado-nación".

Aqui a inquietação se dá em torno, não do Estado de Direito que promove, por exemplo, as políticas da humanização e sim, das violências sociais contra as mulheres - como a VO contra grávidas, parturientes, puérperas e lactantes - instituídas pelos saberes médicos, exercidas pelas equipes de saúde, justificadas pelos protocolos hospitalares, autorizadas pelo Estado e naturalizadas pela cultura. O que é o Estado quando se coloca ativamente inserido em práticas, lugares e linguagens considerados lugares das margens - como a violência aos direitos humanos das mulheres - e, simultaneamente, este se apresenta como a assistência majoritária à saúde sexual e reprodutiva da mulher? A partir das autoras supracitadas, sérias leitoras de Michel Foucault e Giorgio Agamben, a compreensão aqui é a de que as margens proporcionam uma perspectiva excepcional para compreender o Estado que, primeiro cria a margem, institui a violência e seus modos de manutenção e perpetuação, para então incluir algumas "reparações". Os próximos capítulos desenvolvem este paradoxo.

Em 2001, na cidade de Rosário, Argentina, uma assistente social denunciou o caso que presenciou de uma jovem de 16 anos, grávida de 7 meses que, após atirar contra sua própria barriga e se encaminhar ao hospital, foi recebida pela equipe médica com maus tratos, passou pela cirurgia sem anestesia como forma de punição. A bala havia perfurado seus intestinos e ela estava sangrando muito; apesar de sua condição gravíssima, a equipe foi rude e acusatória, gritando e chamando-a de assassina. A assistente social testemunhou o tratamento dado à menina e a censura por parte dos funcionários, incluindo a equipe de limpeza e o relato detalhado foi publicizado (STEELE & CHIAROTTI, 2008). Tal relato foi entregue ao Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e Instituto Gênero, Direito e Desenvolvimento (INSGENAR) que deu início a uma investigação sobre as violências no parto a partir de declarações de pacientes de hospitais públicos.

Esta pesquisa se desdobrou no Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos e resultou no primeiro relatório nacional deste tema, intitulado *Con todo al Aire: Reporte derechos humanos sobre atención el salud reproductiva en hospitales públicos (Com tudo exposto: relata os direitos humanos em saúde reprodutiva em hospitais públicos, tradução nossa)* e publicado em 2003 (CHIAROTTI *et al*, 2003)³⁰.

³⁰O título do relatório "*Con Todo al Aire*" foi como uma mulher descreveu a si mesma: com tudo exposto. Pesquisa com o financiamento da *International Women Health (IWHC)* e do Fundo de População das Nações Unidas (UNEP).

Durante todo o ano do inquérito, mais de 300 mulheres participaram. Foram utilizadas dinâmicas de grupo para superar a relutância inicial das mulheres em revelar difundidas práticas de maus-tratos discriminatórios e humilhantes. Depois, 31 mulheres deram depoimentos pessoais sobre suas experiências, que foram incluídas no relatório da pesquisa e dramatizadas em um encontro público e em vídeo. O relatório *Con Todo al Aire* (Com tudo exposto) foi amplamente divulgado, inclusive na mídia, e queixas formais foram feitas ao ombudsman local, que exigiu ações de alto nível para a resolução dos problemas. A negação inicial por parte de alguns profissionais de saúde de que existiam problemas sérios foi trocada por uma auto-avaliação crítica dentro do governo provincial, de hospitais e escolas de medicina e enfermagem, que se comprometeram em reformular práticas hospitalares e o currículo da escola de medicina. As mulheres participantes obtiveram também o entendimento dos seus direitos a um atendimento de saúde apropriado e humano. Os achados de Rosário não são isolados. Agora, estão sendo compartilhados com ativistas e pesquisadores de outras províncias da Argentina e de outros países (STEELE e CHIAROTTI, 2008, p. 89).

Tais experiências e publicações foram importantes para todo o movimento da saúde e direitos sexuais e reprodutivos na América Latina do século XXI, com destaque para a nomeação, tipificação e legislação da violência obstétrica em todos os seus aspectos.

O relatório expõe não apenas práticas inumanas por meio dos depoimentos recebidos, mas as define como violações dos direitos humanos, especificamente contra o direito de ser livre de discriminação de gênero, o direito à saúde, o direito à saúde reprodutiva, o direito à integridade pessoal, o direito de ser livre de tratamentos cruéis, inumanos e degradantes, o direito à privacidade e à dignidade. O relatório também cita a "Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes" para demonstrar a natureza abusiva dos tratamentos que muitas mulheres vivenciaram (STEELE e CHIAROTTI, 2008, p. 94-95).

Além de denunciarem os casos e compartilharem as experiências, reforçaram a importância de um ativismo feminista atuante e em rede no enfrentamento à violência obstétrica. Realizaram oficinas de teatro das oprimidas³¹ com as mulheres de Rosário/Argentina, tornaram pública tais violações dos direitos humanos das mulheres e mobilizaram coletivos da organização civil em prol da revisão de leis e políticas vigentes no país. Somados a estes e outros esforços, seguiram desdobramentos nacionais como o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável em 2002; a *Ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*- Lei 25.929 (ARGENTINA, 2004)³² e a *Ley de protección integral a las mujeres*- Lei 26.485 (ARGENTINA, 2009), que tipificou a violência sexual e a violência obstétrica como:

³¹ Metodologia criada por Bárbara Santos, em legítima apropriação da proposta do Teatro dos Oprimidos de Augusto Boal, voltado para mulheres (SANTOS, 2016).

³² A lei trata dos direitos das parturientes e dos bebês, como o direito ao acompanhante, a importância do consentimento, o respeito à intimidade, o respeito às tradições, a consciência de que o protagonismo do parto é da mulher, o incentivo ao parto natural, a ação de manter o bebê com a mãe, o apoio à amamentação imediata e livre etc.

aquela que é exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, violência física, violência psicológica, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais.

Na Argentina, esta Lei de 2009 que tipifica as violências, dentre elas a violência obstétrica, é apresentada em conformidade com a L.25.929 de 2004. Em outras palavras, a tipificação da violência obstétrica tem enfoque no seu enfrentamento pela via das práticas do parto humanizado e na luta pelo respeito ao corpo da mulher e autonomia plena da mulher. Um trecho do relatório *Con todo al aire 2* explica:

Essa violência pode ser exercida tanto em um espaço de saúde reprodutiva quanto por qualquer particular. Ou seja, também pode ser perpetrado pelo cônjuge, pais ou empregadores da mulher, que não estão vinculados ao campo da saúde. (...) A figura da violência obstétrica, juntamente com a figura da violência sobre a liberdade reprodutiva, a Lei de Entrega Humanizada e o Programa de Saúde Sexual e Procriação Responsável, formam um corpo legal muito valioso e uma base sólida para a construção de uma cultura que respeite os direitos humanos das mulheres, que é um dos objetivos do Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos (CHIAROTTI, 2008, p.198, tradução nossa)³³.

No entanto, como já salientado, o tema da morte materna permanece na sombra do enfrentamento à violência obstétrica, pesquisas já confirmaram que a maior parte dos casos de mortalidade materna são evitáveis e que o problema está na falta de atenção adequada no pré-natal, parto, pós-parto e na qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento. Na Argentina não há a tipificação detalhada dos delitos e tampouco as penas a serem aplicadas a este tipo de crime contra as mulheres. Em ambas há a menção aos direitos da mulher em situação de abortamento - provocado ou não, mas não descreve como se dá tal violência em tal situação. O que se pode constatar é que ainda há muito o que avançar nestas medidas de enfrentamento à violência obstétrica como, por exemplo, travar um debate sobre as correlações - já pesquisadas e sistematizadas - entre os índices de morte materna e as práticas da violência obstétrica, em especial com mulheres em situação de abortamento.

Visto que o aborto é a principal causa de mortalidade materna na Argentina e que as taxas de mortalidade materna estão começando a aumentar novamente, a mudança no tratamento do provedor em relação às mulheres

³³ Tradução de: "Esta violencia puede ser ejercida tanto en un espacio de salud reproductiva como por cualquier particular. O sea, puede ser perpetrada también, por el cónyuge, padres o empleadores de la mujer, que no están ligados al campo de la salud. (...) La figura de la violencia obstétrica, juntamente con la figura de la violencia sobre la libertad reproductiva, la ley de Parto Humanizado y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, forman un cuerpo jurídico muy valioso y una base sólida para la construcción de una cultura respetuosa de los derechos humanos de las mujeres, que es uno de los objetivos del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos".

que tiveram abortos – assim como a liberalização da lei existente – é importante resposta da saúde pública e direitos humanos e irá ajudar a salvar a vida das mulheres (STEELE & CHIAROTTI, 2008, p.97).

Assim, o aborto - como principal causa das "mortes maternas" evitáveis - é uma consequência profundamente drástica da violência obstétrica. O que abriria, inclusive, um árduo debate em torno de práticas invisibilizadas de feminicídio. No entanto, todos os casos de morte de um corpo feminino grávido recebem o mesmo nome: "morte materna". Acontece que neste corpo, muitas vezes matado, jaz o tabu da liberdade sexual da mulher e o direito ao seu corpo. E para não lidar com o assunto tem-se um eficiente acordo tácito (e punitivo) enraizado e perpetuado pela crença social que confirma: "aborto mata". Mas já está descrito e anunciado que entre as duas pontas, de um aborto induzido e da morte desta mulher, está a assistência médica repleta de maus tratos, preconceitos, abandonos, negligências, abusos e discriminações. Duas ilustrações: 1) O Brasil possui altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, sendo que as causas de mortalidade materna mais frequentes são aquelas consideradas evitáveis, como hipertensão, hemorragia, infecção e complicações de aborto (VICTORA *et al.*, 2011). 2) As principais causas de mortalidade neonatal são igualmente aquelas consideradas reduzíveis e evitáveis, traduzíveis por falhas na atenção adequada (MALTA e DUARTE, 2007).

Os países da América Latina possuem as legislações mais restritivas com relação ao aborto, os maiores índices de mortalidade materna e neonatal, os piores cenários de violência obstétrica do mundo e uma enorme tolerância social diante destas violências. Em países como Chile, El Salvador, Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Suriname o aborto é totalmente proibido. Países como Argentina, Bolívia, Brasil, Equador, Guatemala, Paraguai, Peru e Venezuela permitem o aborto apenas em casos de estupro e em situações de risco para a vida da mulher ou saúde do bebê, no entanto, na prática, são poucas as mulheres que realmente conseguem garantir estes direitos dadas não apenas as burocracias, mas principalmente às violências recebidas neste processo. Somente em Cuba (desde 1965), Guiana (1995) e Porto Rico (desde 1974) e Uruguai (2012) que o aborto pode ser realizado de forma livre e segura. Em Cuba a mulher pode fazer o procedimento por qualquer motivo até a 10ª semana de gestação, na Guiana e no Uruguai o procedimento pode ser realizado sem restrição até a 12ª semana da gestação e com restrição nos períodos posteriores. Em Porto Rico a legalização do aborto apresenta

maiores conflitos, no entanto como este direito integral está relacionado aos direitos fundamentais da Suprema Corte dos EUA, considera-se sua legalização.

O quadro abaixo explicita, com exceção do Uruguai que parece apresentar maior coerência em suas leis³⁴, que ainda há pouca relação entre as leis que regem sobre o direito ao "parto humanizado", a tipificação e o enfrentamento à violência sexual, violência de gênero e violência obstétrica e a legalização do aborto. Um exemplo é a realidade do México que legalizou o aborto no Distrito Federal do México e criminalizou a violência obstétrica a partir de uma compreensão restrita sobre os desdobramentos da "assistência" à gestação, ao parto, aborto, nascimento e puerpério. Ou ainda, as leis da Argentina e da Venezuela que tipificaram a violência obstétrica e mantiveram a criminalização ao aborto.

O quadro (Quadro A) a seguir descreve as leis aprovadas para parto, aborto e violência obstétrica nos países da América Latina que assim as conquistaram. As leis brasileiras não compõem este quadro pois serão apresentadas no item seguinte.

Quadro A - Instrumentos Normativos do parto humanizado, do aborto e da violência obstétrica na América Latina, exceto Brasil (Séc. XXI)

Ano	Instrumento	Descrição
2001	Uruguai - Lei do Acompanhante, L. 17.386 (URUGUAI, 2001).	Direito da mulher de ter um acompanhante (da sua escolha) no parto.
2002	Argentina - Ley Nacional Nº 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (ARGENTINA, 2002).	Inclusão da saúde sexual e reprodutiva nas agendas das políticas públicas, no entanto o acesso aos métodos contraceptivos permaneceram restritos e os abortos clandestinos.
2003	Venezuela - <i>Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva</i> (Norma Oficial para a Atenção Integral a Saúde Sexual e Reprodutiva). (VENEZUELA, 2003)	Este documento apresenta as bases conceituais, programáticas, regulamentares, administrativas e os procedimentos de realização. Aborda o tema da morte materna e demais aspectos da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos com foco na violência de gênero e na construção da cidadania.
2004	Argentina - Ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento L. 25.929 (ARGENTINA, 2004). (também conhecida como Lei do Parto Humanizado ou ainda como Lei do Parto Assistido.	Direito ao acompanhante e ao consentimento da mulher; respeito à intimidade, às tradições e ao seu protagonismo; incentivo ao parto natural, contato imediato mãe-bebê e amamentação livre.
2004	Uruguai - Lei sobre a violência sexual, L. 17.815 ³⁵ .	Foco da lei é combater a violência sexual, comercial ou não, cometida à crianças, adolescentes e pessoas com necessidades

³⁴ Uma hipótese a aprofundar em outra oportunidade.

³⁵ <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6602.pdf>

		especiais.
2007	Distrito Federal do México - Legalização do aborto ³⁶	Oferecido gratuitamente à todas as mulheres gestantes de até 12ª semanas.
2007	Venezuela - Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, L. 38 647. (VENEZUELA, 2007)	Tipificação de 19 formas de violência contra as mulheres, dentre elas a violência obstétrica. O delito é caracterizado e as respectivas penas também: prisão, multa e trabalho comunitário. Ressalta a importância da autonomia das mulheres, mas não descreve como deve ser o atendimento humanizado ou não-violento. Não há menção ao aborto ou ao direito à acompanhante.
2008	Colômbia Lei 1257- Lei da mulher e gênero. (COLOMBIA, 2008).	A lei tem como objetivo adotar normas que garantam à mulher o direito à uma vida livre de violência, tanto em campo público como privado, com o exercício dos direitos reconhecidos no ordenamento jurídico interno e internacional, o acesso aos procedimentos administrativos e judiciais para sua proteção e atenção e a adoção de políticas públicas para sua realização.
2008	Uruguay L. 18.426- Ley Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. (URUGUAI, 2008).	Documento bastante completo que faz menção ao parto humanizado, à morte materna e as correlações com a violência na assistência.
2008	Ecuador - <i>Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuados</i> (ECUADOR. MSP, 2008).	Reconhecimento da necessidade de manter o direito e o respeito à todas as práticas interculturais relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.
2009	Argentina - <i>Ley de protección integral alas mujeres</i> (Lei de proteção integral às mulheres), 26.485 (ARGENTINA, 2009)	Lei para prevenir, sancionar, erradicar a violência contra as mulheres nos âmbitos que desenvolvem suas relações interpessoais. Tipifica a violência sexual e a violência obstétrica, faz menção à sua presença nos casos de aborto, mas não descreve os delitos destas práticas e tão pouco as penas a serem aplicadas.
2012	Uruguay - Legalização do aborto ³⁷	É permitido, em qualquer circunstância até a 12ª semana de gestação. Em casos de estupro é permitido até a 14ª semana.
2018	México - Violência Obstétrica: Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia ³⁸	Criminaliza a violência obstétrica e devida às reformas vem aprimorando a compreensão sobre os desdobramentos da "assistência".

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

Assim, a partir do quadro acima é possível constatar que as leis e políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres ainda estabelecem poucas relações e inter-relações entre as situações cotidianas das mulheres, como: seus direitos sexuais e reprodutivos, os direitos humanos das mulheres, o direito ao próprio corpo, a autonomia plena etc. Direitos estes que perpassam a legalização do aborto, o direito ao

³⁶ https://elpais.com/internacional/2007/04/25/actualidad/1177452003_850215.html

³⁷ https://elpais.com/sociedad/2012/10/18/actualidad/1350515928_579435.html

³⁸ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

parto fisiológico, domiciliar ou em casas de parto, o acompanhamento com parteiras, a regularização profissional das parteiras tradicionais, o enfrentamento à violência obstétrica vivido por mulheres em situação de parturição e abortamento, o fim da cultura do estupro, os feminicídios etc.

Nesta direção, os ativismos feministas e os demais coletivos de mulheres seguem sendo o termômetro, não apenas das "conquistas", mas principalmente da identificação, nomeação, sistematização, formulação e mobilização das demandas. Isto pois, pode-se afirmar que, entre a realidade vivida pelas mulheres e, por exemplo, o resultado final do texto de uma lei, muitos elementos importantes escapam, são ignorados e, com isso, muita violência se perpetua.

2.3 A situação política e jurídica da VO no Brasil

No Brasil, como em outros países da América Latina, a violência nos serviços de saúde se manifesta nas várias formas de abuso, violência e negligência que as mulheres sofrem quando buscam assistência, em especial para sua saúde sexual e reprodutiva (DINIZ, 2015, p.384).

A partir do Quadro B: Instrumentos Normativos do Parto Humanizado e das Violências contra a Mulher no Brasil - e da organização social dos movimentos de mulheres brasileiras, seguirei uma ordem cronológica do tempo para tecer uma reflexão sobre a situação política e jurídica da VO no Brasil do século 21.

Quadro B - Instrumentos Normativos do Parto Humanizado e das Violências contra a Mulher no Brasil

Ano	Instrumento	Descrição Comentada
2000	Portaria N. 569/2000 - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) ³⁹	Neste programa foram instituídos os direitos da parturiente e do recém-nascido ao parto e nascimento respeitoso e baseado em evidências.
2001	Manual do MS: "Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à saúde" (BRASIL. MS. 2001).	Apesar de se tratar de um documento detalhado sobre como deve ser a assistência humanizada ao parto, aborto e puerpério, o atendimento segue violento dada a falta de criminalização da VO praticada contra mulheres em situação de parturição e abortamento no país.
2002	Manual do MS - Programa: Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento ⁴⁰	Manual que apresenta o conceito, a estrutura com seu funcionamento e responsabilidades, requisitos, habilidades, leis, planejamento e avaliação.
2003	Lei 10.778 - Violência Institucional contra a mulher em serviços de saúde (BRASIL,	Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra

³⁹ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

⁴⁰ <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>

	2003).	a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Não há punição e nem uma tipificação bem detalhada das violências possíveis. Também não há menção à VO.
2005	Publicação do MS: Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL. MS, 2005)	Apesar de se tratar de um documento detalhado e propositivo, o atendimento segue negligente e violento dada a falta de criminalização da VO praticada contra mulheres em situação de abortamento no país.
2005	Publicada pelo MS: Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. (BRASIL. MS, 2005b). (BRASIL. MS, 2012).	Apresenta diretrizes para o atendimento de vítima de violência sexual.
2005	Lei 11.108/2005 - Lei do Acompanhante. (BRASIL, 2005).	Garante à parturiente o direito a um acompanhante da sua escolha, porém não há punição para os casos de não cumprimento.
2005	Portaria n. 1.067/2005 - Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. (BRASIL. MS, 2005)	A partir dos princípios da humanização, do reconhecimento da necessidade de melhorias e do Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal (MS/2004), estabelece-se vários princípios e diretrizes para a estruturação da Política para todo o SUS. Contudo, a portaria não passou pela Câmara dos Deputados, não foi sancionada.
2006	Lei 11.340/2006 - Lei Maria da Penha. (BRASIL, 2006).	Trata-se da implementação de um instrumento legal que assegura os direitos e a defesa de vítimas de violência doméstica e familiar. A lei altera o Código de Processo Penal e a Lei de Execução Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada quando ameaçarem a integridade física da mulher. A lei garante medidas de proteção para a mulher, afastamento do agressor do domicílio, a proibição de aproximação física da mulher agredida e dos filhos; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e também tipifica a violência institucional - aquela praticada por ação e/ou omissão nas instituições prestadoras de serviços públicos.
2007	Lei 11.634/2007 - Direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. (BRASIL, 2007).	Dispõe sobre os direitos da gestante. No entanto, não há uma criminalização da VO o que inviabiliza o cumprimento de tal lei.
2007	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres da Secretaria de Política para Mulheres, firmado em 2004, revisto em 2007 e 2011. (BRASIL. SPM, 2007; BRASIL. SPM, 2011).	O Pacto consiste num acordo federativo entre o governo federal, os governos dos estados e dos municípios brasileiros para o planejamento de ações que visem a consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo território nacional.

2008	ANVISA - Regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (ANVISA, 2008).	A Anvisa publicou a Instrução Normativa n.2 que determina a publicização das taxas de partos normais, de cesáreas, de acompanhantes no parto, episiotomias etc. como indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
2009	Lei 12.015/2009 “Dos Crimes Contra a Dignidade Sexual” (BRASIL, 2009)	Define e estabelece penas para crimes sexuais. A Lei torna a violência sexual um crime hediondo com pena de reclusão de 6 a 10 anos. Se da conduta resultar lesão corporal de natureza grave ou se a vítima for menor de 18 e maior de 14 anos:a pena - reclusão - é de 8 a 12 anos. Se da conduta resulta morte a reclusão é de 12 a 30 anos. E o aborto é permitido em caso de estupro; o documento ADPF 54 trata especificamente disso e diz que em caso de violência sexual a mulher pode, por lei (art 128 do Código Penal), abortar sem a necessidade de um boletim de ocorrência, laudo do instituto médico legal (IML) ou ordem judicial. E que, para a realização do procedimento, a mulher deve apenas apresentar um termo de consentimento que expressa sua vontade de interromper a gestação e que autoriza a equipe médica a realizá-lo.
2009	Portaria N. 1.820/2009 -“Dispõe sobre direitos e deveres sobre usuários da saúde” (BRASIL. MS, 2009).	Constam os princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e do recém-nascido, bem como os direitos e deveres das usuárias. A problemática é a mesma, esses direitos apenas serão cumpridos quando houver a criminalização correta da VO.
2009	Manual de Vigilância do óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Mortalidade Infantil e Fetal. (BRASIL. MS, 2009)	Esse manual é uma iniciativa da Secretaria de Atenção à Saúde, uma referência para a estruturação de Comitês de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal no País, nele encontra-se alguns modelos atualizados de formulários de investigação e análise.
2011	Portaria N. 1459 - Manual prático para a implementação da Rede Cegonha (BRASIL. MS, 2011a).	Assegura à mulher o direito de planejamento reprodutivo e uma atenção humanizada na gravidez,e à criança, o direito ao nascimento seguro e o seu desenvolvimento de forma saudável. A problemática é a mesma, esses direitos apenas serão cumpridos quando houver a criminalização correta da VO.
2011	Medida Provisória (MP) n. 557 - "Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para a Prevenção da Mortalidade Materna". (BRASIL, MS, 2011b).	Esta MP deveria tratar da importante questão da morbimortalidade materna no Brasil, mas, ao invés disso, propôs o registro obrigatório de todas as gestações violando o direito de privacidade da mulher e ameaçando os já limitados direitos reprodutivos conquistados. A medida foi revisada em janeiro de 2012mas a única alteração foi a omissão do termo nascituro.

2011	Portaria 104- Notificação compulsória que define as terminologias adotadas em legislação nacional (BRASIL. MS, 2011c).	Notificação compulsória de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. É um registro utilizado em casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher. Não há necessidade de conhecer o agressor que pode ser o profissional de saúde. Este tipo de violência é definido no artigo 1º da Lei Federal n. 10.788 como: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”.
2013	Lei 12.845/2013 (BRASIL, 2013) e Portaria 528/2013 (BRASIL. MS, 2013).	Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Aqui se fala em profilaxia da gravidez, ou seja, uso da “pílula do dia seguinte”.
2013	PL 5069/2013 - (BRASIL.PL, 2013)	A PL tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto.
2014	PL 7633/2014 - Humanização da assistência e tipificação da Violência Obstétrica. (BRASIL. PL, 2014).	Segue "em tramitação" - dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e torna jurídico o termo "violência obstétrica", mas não há descrição das penas.
2015	Lei 13.104, de 9 de março de 2015. (BRASIL, 2015)	Feminicídio (homicídio de mulheres por serem mulheres) como crime hediondo.
2015	Lei das "doulas" (municipais e estaduais): Jundiaí/SP L.8490; Piracicaba/SP L.8168; Sorocaba/SP L.11.128; Valinhos/SP L.5.105; Uberlândia/MG L.12.314; RONDÔNIA L.3657; Foz do Iguçu/PR L.4331; Amapá L.1946; Poços de Caldas/MG L.9.065; Ponta Grossa/PR L.230	Estabelecimentos como casa de parto, hospital e maternidade devem permitir a presença de doulas durante todo o trabalho de parto, parto e pós parto imediato. Em caso de descumprimento, não há punição para os médicos ou estabelecimentos. O direito à presença da doula não anula o do acompanhante. A doula deve ter certificação ocupacional e a maioria das instituições exige cadastro prévio. É vedado à doula a realização de qualquer procedimento clínico e médico e, em caso de descumprimento, há uma multa já estabelecida na lei ou a critério do estabelecimento - que definirá tanto a penalidade quanto sua aplicação.
2016	Lei das "doulas" (municipais e estaduais): Rio de Janeiro: L.123; São Paulo L. 380; Botucatu/SP L.5792; Assis/SP L.6270; Santo André/SP L.16602; Hortolândia/SP L.39; Itupeva/SP L.2076; Marília/SP L.7965; Belo Horizonte/MG L.810; Juiz de Fora/MG L.13.477; Paraíba L.416; Pernambuco L.15.880; Teresina/PI L.4935; Amazonas L.4072; Santa Catarina L.208; Tocantins L.3113	A descrição é a mesma da apresentada acima na lei das "doulas".

2017	Lei das "doulas" (municipais e estaduais): Rio Branco/AC L.2.245; Belém/PA L.9.274; Curitiba/PR L.14.824; Vinhedo/SP L.3.729; São José do Rio Preto/SP L.514; Santos/SP L.7.869; Taubaté/SP L.5.246; Araçatuba/SP L.7938; Americana/SP L.21; Distrito Federal/DF L.7.274.	A descrição é a mesma da apresentada acima na lei das "doulas".
2017	Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL. MS, 2017)	Aprovado por Portaria, o MS publica este documento que foi elaborado por uma equipe de médicos e não faz menção ao termo e nem à situação da VO.
2017	17.097 - Lei Estadual da VO/SC (SANTA CATARINA, 2017)	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado de Santa Catarina. Não há punição.
2018	5.217- Lei Estadual da VO/MS (MATO GROSSO DO SUL, 2018)	Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado do Mato Grosso do Sul. Não há punição.
2018	Lei estadual das "doulas" - L.10.675 (MATO GROSSO DO SUL, 2018).	A descrição é a mesma da descrita acima na lei das "doulas".
2019	3/5/2019 - Despacho da Secretária de Atenção à Saúde publicado pelo MS solicitando que o termo VO não seja mais usado pelo órgão. ⁴¹	O documento afirma inadequação do termo VO uma vez que "tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano". (BRASIL. MS, 2019). Ações dos movimentos de mulheres, do MPF e órgãos internacionais manifestam repúdio e recomendam que ao invés de tentar abolir o termo são necessárias medidas para coibir a VO.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

Conforme o quadro acima, no Brasil, no ano 2000, foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569:

O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às mulheres e aos recém-nascidos, na perspectiva dos direitos de cidadania e nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é a condição primeira para o adequado acompanhamento ao parto e nascimento. A humanização compreende dois aspectos fundamentais: o dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e a adoção de medidas e procedimentos benéficos e baseados em evidências para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando - com isto - práticas intervencionistas desnecessárias que com frequência acarretam maiores riscos para ambos⁴².

⁴¹ Ver cópia do despacho DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019 - Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento do Ministério da Saúde quanto ao uso do termo “violência obstétrica” em: <http://twixar.me/ScZn>

⁴² http://www.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_569_GM.PDF

A Política Nacional de Humanização (PNH)⁴³ buscou aprimorar a prática dos princípios da humanização no SUS, produzindo mudanças no cotidiano dos serviços de saúde e nos modos de gerir e cuidar. A política estimula a construção de processos coletivos de enfrentamento das relações de poder estruturadas e estruturantes nos profissionais e na organização institucional. Também mostra a violência gerada a partir do estabelecimento destas relações hierarquizadas e, portanto, inferiorizantes que tendem a produzir e apagar os rastros das atitudes e práticas não humanizadas e inibitórias da autonomia. Fala da necessária corresponsabilidade de cada um e entre os profissionais, conceitua a "humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos". Por fim, faz menção ao respeito à diversidade e à participação coletiva no processo de gestão.

Em 2003, a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) do Governo Federal, inaugurada pelo governo Lula, foi um marco importante para as várias políticas públicas pautadas pela discriminação de gênero. Muito se articulou, como as Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres, os Planos de Ação, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos e a elaboração de uma política de igualdade para as mulheres brasileiras - que se consolidou nos Planos Nacionais I, II e III de Políticas para as Mulheres (PNPM) etc. No que tange ao PNH, toda essa movimentação política e social na agenda das mulheres alavancou, como descrito no Quadro B (acima), uma série de instrumentos normativos, como: manuais, normas técnicas, portarias, leis etc. Contudo, a grande maioria ainda apresenta pouca eficácia no enfrentamento às violências contra as mulheres - como é o caso da violência obstétrica. Porquê?

Nesta primeira década do século 21 temos a sanção de algumas leis em prol do parto humanizado, porém é na segunda década, com a emergência da pauta da violência nas pesquisas, marchas, reivindicações sociais, redes sociais e movimentos de mulheres, que o cenário da VO ganha força e o engodo da humanização começa vir à tona. A seguir descreverei e comentarei tais problemáticas e nos capítulos seguintes analisarei esta situação paradoxal entre violências e direitos humanos.

Os manuais e normas publicados são documentos detalhados e propositivos, no entanto os atendimentos nas assistências de saúde seguem negligentes, violentos e

⁴³ Site: <http://redehumanizausus.net/>

permanece a falta de regulamentação, legislação e punição jurídica da VO no país. A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, MS, 2005)⁴⁴ é de grande importância uma vez que a violência obstétrica no atendimento às mulheres em situação de abortamento se presentifica nos maus tratos, na negligência, no abuso de poder e caráter inquisidor, acusatório e penalizante dos profissionais e reverbera nos altos índices de morte materna direta e evitável. Para ilustrar a situação que segue alarmante no Brasil: nossos índices de morte materna apresentam por volta de 73 mortes para cada cem mil nascimentos sendo que nos países "desenvolvidos" apresentam uma razão em torno de 10 (CAVENAGHI, 2008). Contudo, pesquisas seguem denunciando que a morte materna no Brasil tem como maior causa as complicações advindas de um aborto ilegal, marginalizado e clandestino. E que, dada a falta de regulamentação das políticas públicas do país, o registro do aborto no Brasil é subnotificado podendo se tratar de uma problemática ainda mais grave.

Pesquisa como o "Direito ao aborto e sentidos da maternidade: atores e posições em disputa no Brasil contemporâneo (BIROLI e MARIANO, 2017) discorre sobre o direito que não vem sendo cumprido de parir, maternar ou abortar e converge com a gravidade da estimativa da OMS e do Instituto Guttmacher (Revista *The Lancet*, 2017) de que, anualmente, 25 milhões de mulheres em todo o mundo se submetem a abortos inseguros. A matéria a respeito desta pesquisa salienta o fato de que quando as diretrizes da OMS para realização de abortos são seguidas, o risco de complicações severas ou de morte diminuem drasticamente chegando a ser nomeados como "insignificante" - a expressão é um recurso linguístico para reforçar a atenção para a gravidade de uma situação evitável. A violência obstétrica presente nas situações de abortamento desvelam o cenário de descaso, atraso e desrespeito aos direitos humanos aplicados nas situações de gênero, liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. O manual "Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à saúde" (BRASIL, 2001), também é um documento detalhado sobre como deve ser a assistência humanizada ao parto, aborto e puerpério, porém o atendimento segue violento dado o tipo de formação e a falta de criminalização da VO praticada contra as mulheres em situação de parturição e abortamento no país.

Outras situações semelhantes são, por exemplo, a portaria n. 1.067/2005 (BRASIL, MS, 2005) que condena a intervenção médica da episiotomia - corte

⁴⁴ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf . Atualizada em 2011 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

desnecessário, doloroso e prejudicial feito entre a vagina e o ânus da mulher em pleno trabalho de parto - no entanto segue rotineira e indiscriminada; na portaria n. 1.820/2009 consta os bons princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e do recém-nascido, bem como os direitos e deveres das usuárias, no entanto, trata-se de uma realidade restrita ao papel, pois, tanto estas portarias, quanto a Resolução RDC-Anvisa n. 36 de 2008 (ANVISA, 2008), e outros documentos do MS como cartilhas, manuais etc., estão alinhados com o Programa Humaniza SUS.

A limitação que sobressalta o debate é tanto o fato de as políticas de humanização não garantirem as mudanças necessárias, quanto a história de enunciação da realidade da VO colocar a "humanização" em xeque mate. Do ponto de vista público e político dos direitos humanos, são muitas as situações que já estão nomeadas, denunciadas e anunciadas. Outro exemplo, é o relatório "Dar à luz na sombra" elaborado e publicado pelo Ministério da Justiça e IPEA (BRASIL. MJ, 2015) que discorre sobre o direito que não vem sendo cumprido de parir e maternar dentro das prisões, bem como a PL 58/2013 que garante a convivência familiar e a manutenção do poder familiar pela mãe ou pai em situação de prisão, porém tão pouco é cumprido.

O que parece ficar cada vez mais visível é que pouco adianta assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e uma atenção humanizada na gravidez, no parto, aborto e puerpério; o direito a um nascimento digno e seguro; o direito a um desenvolvimento infantil saudável e assim por diante, se as bases epistemológicas da assistência em vigor não forem questionadas. É importante analisar e problematizar a concepção de atendimento médico e as supostas hierarquias entre os saberes, a concepção de saúde, corpo, gênero e sexualidade instituída na sociedade pela ciência, educação, família, cultura e religião etc. Se não se humaniza uma assistência - atualmente nomeada por violência obstétrica - então não se humaniza a violência - e vice versa. Daí o esforço das várias frentes dos diversos movimentos de mulheres que buscam desde a superação das contradições das próprias lutas, como é o caso da militância pela humanização, que lutam pela criminalização correta da VO e pela mudança na formação médica dos técnicos em saúde até as que exigem o reconhecimento, a inserção e a regulamentação profissional das parteiras tradicionais nos serviços públicos de saúde.

A Lei 10.788/2003 (BRASIL, 2003) estabelece a notificação compulsória, no território nacional, para os casos de mulheres que sofrerem violência no atendimento

dos serviços de saúde públicos ou privados. Porém, para essa violência não há uma pormenorização e/ou tipificação da violência e tão pouco uma definição e descrição da punição ao infrator. A Lei 11.634/2007 (BRASIL, 2007) dispõe sobre o direito da gestante à informação e consentimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no parto pelo SUS. Mais uma vez, a lei é interessante, no entanto, não é cumprida. Estes exemplos fomentam indagações acerca da impunidade do Brasil profundo, da sua aceitação e do seu silenciamento. O não cumprimento da Lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005), que prevê o direito a um acompanhante de livre escolha da gestante no pré-parto, parto e pós-parto imediato, ilustra a soberania da classe médica frente ao Estado jurídico. Impunemente estes profissionais decidem se esta lei será ou não cumprida em seus ambientes de trabalho - hospitais e maternidades públicas e privadas.

Diante de tamanha polêmica - anunciada pelos movimentos de mulheres - deste autoritarismo e desacato, em 2008 a lei foi reafirmada com a Resolução n. 36 da Anvisa (ANVISA, 2008), contudo permaneceu a falta do estabelecimento das punições e sanções a quem impedir ou não a fizer cumprir, o que esvazia parcialmente sua eficácia legal e sequer prevê reparação ao dano cometido. Assim, depois de mais de uma década após a conquista desta lei, ainda vivemos no Brasil o seu não cumprimento integral, a perpetuação da cultura de violação dos direitos das mulheres e o fortalecimento de um sistema jurídico repleto de fragilidades, impunidades e privilégios para alguns. Além do mais, o direito ao acompanhante - mencionado nesta lei - refere-se a um companheiro ou companheira pessoal e de livre escolha da parturiente e não a de uma profissional do parto como, por exemplo, a doula. Daí a conseqüente luta dos movimentos pela chamada "lei da doula".

Conforme pode ser observado no Quadro B disponível anteriormente, alguns estados e cidades aprovaram leis para garantir que parturientes entrem com seus acompanhantes e suas doulas dentro de hospitais, tanto públicos como privados, como está previsto na lei federal 11.108/2005 já mencionada. De acordo com a legislação, não pode haver cobrança dos hospitais referente a presença das doulas e também elas não podem ser impedidas de entrar com seus materiais de trabalho como bolsas de água quente, óleos para massagens, bola de pilates etc. Dentre outras normas explicitadas no quadro B acima. No entanto, a decisão sobre o cumprimento ou não da lei do acompanhante e da doula, assim como as interpretações de ambas, ainda é decisão privilegiada de cada médica/o.

A impunidade e o poder médico se reeditam nas variadas situações tipificadas como VO. Em 2007 um grupo de mulheres representantes da ONG 'Parto do Princípio'⁴⁵ denunciou ao Ministério Público Federal (MPF) a omissão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) diante da ocorrência abusiva de cesarianas nas maternidades particulares. Em 2008, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) 36/2008 (ANVISA, 2008), dispôs sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, sendo que a Instrução Normativa n.2 determina a publicização das taxas de partos normais, de cesáreas, de acompanhantes no parto e episiotomias como indicadores necessários e obrigatórios para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Em 2010, o MPF iniciou Ação Civil Pública contra a ANS, para que esta exercesse sua função reguladora. Com isso parte das solicitações propostas pela ONG Parto do Princípio foram contempladas pelo MPF. Porém, a aparente tentativa tática para sensibilizar gestores a respeito da importância do parto normal e da humanização do nascimento não obteve resultados positivos. Apesar de ter tornado público o número abusivo de cesáreas no setor suplementar, dados do DataSUS⁴⁶ constataam o aumento nas taxas de cirurgia cesariana.

A situação desafiadora de como enfrentar a VO se reproduz tanto nas situações micro quanto macro-políticas. Em maio de 2017 ocorreu a 42ª Jornada Goiana de Ginecologia e Obstetrícia e o 6º Congresso Goiano de Ginecologia e Obstetrícia⁴⁷ sob o tema "A violência contra o Obstetra" com apoio da UFG, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiânia (FAPEG), Maurício Machado da Silveira, Presidente da Sociedade Goiana de Ginecologia e Obstetrícia (SGGO), apresentou o tema com as seguintes palavras publicadas na Revista da SGGO (2017):

O tema central da Jornada 'Violência Contra o Obstetra' foi idealizado em razão das inúmeras agressões pessoais e institucionais contra este especialista. A título de exemplos: furtos e roubos aos obstetras na porta das maternidades por falta de segurança; questionamentos de condutas obstétricas como episiotomia e uso de fórceps (a vontade da paciente e do juiz predomina sob os protocolos obstétricos); a ANS demonizando este profissional como responsável pela elevada taxa de cesarianas; as operadoras de planos de saúde que não oferecem plantonistas presenciais nas maternidades e a assistência às usuárias ficando sob a responsabilidade do obstetra 24h; a falta de leitos, de equipe médica, de laboratório e equipamentos nas maternidades dificultando uma assistência-obstétrica de boa qualidade. No entanto, em razão da formação ética e humanitária do

⁴⁵ <https://www.partodoprincipio.com.br/viol-ncia-obst-trica>

⁴⁶ <http://datasus.saude.gov.br/>

⁴⁷ <https://www.goeventos.com.br/sggo/6cgggo/principal.asp>

obstetra, esse médico traz a marca do bem, a garra de ultrapassar enormes barreiras institucionais e a alma de sacrificar a própria vida para mitigar o sofrimento em busca da melhoria da qualidade de vida de suas pacientes (SILVEIRA, 2017, p.3).

Outra situação diferente, ilustrativa, mas não menos sintomática, ocorreu nos últimos dias do ano de 2011, quando foi promulgada uma Medida Provisória (MP) intitulada "Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para a Prevenção da Mortalidade Materna" (BRASIL. MS, 2011). Como parte de um novo programa de saúde materna, esta MP - que pretendia enfrentar os (ainda) alarmantes altos índices de morte materna no país - causou grande controvérsia por usar termos como nascituro e por propor o registro obrigatório de todas as gestações. Grupos feministas e de direitos humanos protestaram contra o caráter inconstitucional da medida, uma vez que violava o direito de privacidade e ameaçava os já limitados direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A medida foi revisada em janeiro de 2012 omitindo o termo nascituro porém mantendo o registro obrigatório da gravidez.

Diniz (2013) salienta que o agravante da situação é que nenhuma das duas versões da MP tratou de dois dos problemas principais da saúde materna no Brasil: a hipermedicalização do parto - e a necessidade do aborto legal e seguro. Ambos os problemas apresentados pertencem ao debate que está se ampliando com os estudos da violência obstétrica. Esta MP, por exemplo, reflete a natureza conflitiva das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil e o quanto estas são moldadas sob o intermédio das relações entre os diferentes níveis do governo, os partidos políticos, os setores religiosos e alguns conselhos de profissionais do país. A citação abaixo retrata facetas do conservadorismo em ascensão.

A saúde é central na agenda feminista, questionando-se a biomedicina, que fornece as bases para justificar relações hierárquicas de gêneros. As lutas têm se concretizado na ocupação de estâncias de controles sociais e monitoramento de políticas públicas e na atuação militante em postos de gestão. Todavia, registra-se o crescimento da ação organizada de forças conservadoras e religiosas, no parlamento e sobre o governo, ameaçando a laicidade do estado. No ministério da saúde, a influência desses grupos tem resultado em recuo político e fortalecimento do chamado materno-infantilismo. A adoção da estratégia de rede cegonha representa simbólica e materialmente o encolhimento da agenda feminista e de construção do SUS. Carrega no nome a dessexualização da reprodução, conferindo ênfase ao conceito. Desvincula a atenção ao parto da política de assistência integral à saúde das mulheres (PNAISM) e força o materno-infantilismo na definição de prioridades políticas. Obscurece o aborto inseguro em contexto de redução marcante da fecundidade (AQUINO, 2014, p. 9).

No seu todo, o quadro B é ilustrativo das violações, conquistas cindidas e retrocessos dos direitos sexuais e reprodutivos. Outro destaque são as controvérsias presentes em leis - como a L.12.015/2009 (BRASIL, 2009) e L.12.845/2013 (BRASIL, 2013) que, respectivamente, tornam a violência sexual um crime hediondo com pena de reclusão e a seguinte que dispõem sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual - mas, no entanto, não garantem um acesso pleno a um aborto digno, sem burocracia e humilhação para os casos de gravidez decorrente do estupro.

Neste meio ainda muito violento e conservador, estão as articulações e pesquisas dos movimentos sociais. Uma pesquisa intitulada "Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado" (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010), realizada pela Fundação Perseu Abramo (FPA) em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC), anunciou alguns índices da violência obstétrica no Brasil: uma em cada quatro mulheres brasileiras que deram à luz em hospitais públicos ou privados relatam algum tipo de agressão durante o parto. A pesquisa foi realizada com 2.365 mulheres distribuídas pelo País, seja de área rural ou urbana. Segundo Relatório publicado pela FPA (2010) deste total de mulheres, 25% afirmaram ter sofrido violência durante o parto e a enumeraram como: aplicação exagerada de ocitocina para acelerar contrações; subir na barriga para expulsar o feto – manobra de Kristeler; impedimento da presença do acompanhante durante o parto, com destaque para exame de toque doloroso (10%); negativa para alívio da dor (10%); não explicação para procedimentos adotados (9%); gritos de profissionais ao ser atendida (9%); negativa de atendimento (8%); e xingamentos ou humilhações (7%).

Cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como: “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%); “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%); “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%); e “se ficar gritando vai fazer mal para o neném, ele vai nascer surdo” (5%). Estas atitudes caracterizam as diversas formas da violência obstétrica: física, psicológica, institucional, sexual, material (cobranças indevidas), midiática. Algumas entrevistadas afirmaram que foram amarradas, empurradas e assediadas sexualmente. O termo utilizado na pesquisa foi "violência no parto" e o resultado de cesarianas apresentou uma média nacional de 52% cesáreas, sendo 82% no setor suplementar (privado).

No ano de 2012, a organização ‘Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa’ entregou o dossiê "*Violência Obstétrica: Parirás com dor*" (VO:

Parirás com Dor, 2012) para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher. Trata-se de um documento sobre violência obstétrica que reúne informações sobre a violência institucional na assistência à gestação, ao parto e ao nascimento. O título do dossiê e desta pesquisa faz menção às passagens bíblicas que atualmente são atualizadas nas recorrentes frases proferidas pelos técnicos de saúde - como médicos, enfermeiros etc - às mulheres em trabalho de parto: "Pare de gritar porque na hora você gostou" e/ou "Fique quieta por que na hora de fazer não gritou". Alguns trechos bíblicos que explicitam tais profetizações podem ser encontrados em Gênesis 35, 17:

Disse também à mulher: Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores, teus desejos te impelirão para o teu marido e tu estarás sob o seu domínio (Gênesis 3, 16); E partiram de Betel. Quando estavam a pouca distância de Efrata, Raquel deu à luz, e o seu parto foi penoso (Gênesis 35, 16); Durante as dores do parto, a parteira disse-lhe: “Não temas, porque ainda terás este filho (BIBLIA CATÓLICA ONLINE, 2017).

Todas as frases - antigas e atuais, milenares e contemporâneas, religiosas e sociais - apontam para a sexualidade que é ressaltada, humilhada, castigada e punida no momento de parir. Também é possível encontrarmos outras imagens e menções "popularizadas" para se referir ao parto, ao nascimento e à maternidade, como: "o parto é uma dor infernal" ou "ser mãe é padecer no paraíso". O relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI)⁴⁸ - cuja finalidade foi "investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência" recebeu e citou o Dossiê "Parirás com Dor" (VO: PARIRÁS COM DOR, 2012), afirmando que os dados das pesquisas relatadas estão em conformidade com outros relatos de movimentos de mulheres, mas que no entanto, essa realidade parece ser ignorada pelos serviços e profissionais de saúde:

Os procedimentos e comportamentos descritos no Dossiê e por acadêmicas e profissionais mencionadas no referido documento demonstram a gravidade das violências que as mulheres gestantes são submetidas cotidianamente nos serviços de saúde. Esta situação requer medidas mais eficazes dos poderes públicos, tanto no âmbito da saúde quanto do direito, particularmente do Ministério Público, no âmbito da União e dos estados. Além disso, a Lei 11.108/2005⁴⁹ (Lei do Acompanhante), que garante o direito à parturiente de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto não

⁴⁸ Comissão de 2013, composta por: Presidenta: Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG); Vice-Presidenta: Deputada Federal Keiko Ota (PSB/SP); Relatora: Senadora Ana Rita (PT/ES).

⁴⁹ A Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, alterou a Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 2005)

vem sendo cumprida. A rede privada de saúde tem interpretado restritivamente sua abrangência apenas ao sistema público de saúde. No entanto, a Lei do Acompanhante deve ser lida em conjunto com a Lei 8.080/2005 e com a Constituição Federal. A leitura sistêmica assegura o direito também ao sistema privado de saúde. No entanto, a ausência de punição em caso de descumprimento fragiliza a legislação. O Dossiê sugere, dentre outras medidas: 4. Que o Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres receba denúncias de violência no parto e capacite as atendentes para isso; 5. Alteração na Lei 11.108/2005 para incluir punição em caso de descumprimento; 6. Alteração da Lei 8.080/1990 garantir expressamente no texto legal o direito a acompanhante no parto nos serviços de saúde públicos e privados e inclusão de punição em caso de descumprimento. 7. Capacitação dos profissionais de saúde para o abortamento humanizado em conformidade com a Norma Técnica do Ministério da Saúde. As ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo não têm sido suficientes para mudar esta realidade. Por isso, a CPMI recomenda ao Ministério da Saúde que intensifique suas ações junto aos estados para prevenir e punir a violência obstétrica e desenvolva campanhas para que as mulheres possam conhecer seus direitos e não aceitem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo (CPMI, 2013, p.63).

No ano seguinte, foi publicada a segunda pesquisa da Fundação Perseu Abramo (FPA), com o título "Violência no Parto: na hora de fazer não gritou" (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013)⁵⁰. Além de São Paulo, esta pesquisa realizou visitas aos estados do Espírito Santo, Amazonas, Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará e Paraíba e seus resultados incluíram as manifestações dos movimentos de mulheres que denunciam a violência étnica no parto, em especial contra mulheres indígenas e negras. As publicações de todos estes relatórios, pesquisas, livros, dossiês tiveram grande repercussão nas redes sociais⁵¹ e nos meios de comunicação alternativos e na grande mídia⁵². E toda essa movimentação da sociedade civil e dos movimentos de mulheres renovou as forças, alavancou articulações e mobilizações, criou e recriou novas maneiras de manifestar, denunciar infrações, violações e reivindicar direitos.

⁵⁰ Trata-se de uma pesquisa em continuação a pesquisa intitulada "Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado" (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

⁵¹ Entre outros exemplos: no dia 08 de março de 2012, 74 blogs publicaram o "Teste da VO" para a auto-avaliação das mulheres. A ação foi uma proposta realizada conjuntamente pelas blogueiras Ligia Sena (Blog: Cientista que Virou Mãe - <https://www.cientistaqueviroumae.com.br/>), Fernanda Café (Blog: Mamíferas - <https://mamiferas.blogspot.com/2010/01/posso-falar.html>) e Ana Carolina Franzon (Blog: Parto no Brasil - <http://www.partonobrasil.com.br/2012/11/violencia-obstetrica-voz-das-brasileiras.html>) que elaboraram as questões e realizaram a chamada com o nome "Blogagem Coletiva" - <https://blogueirasfeministas.com/tag/blogagem-coletiva/>. O instrumento foi idealizado sob inspiração do documento original da associação civil argentina *Dando a Luz* - <http://www.dandoaluz.org.ar/> e do *Coletivo Maternidade Libertária*.

⁵² Dois exemplos: 1) Um debate fundamentado sobre violência obstétrica no Jornal da TV Cultura. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Np62BJ81v90>; 2) E a publicação pela Revista Época de imagens e textos de mulheres que foram *Vítimas da violência obstétrica: o lado invisível do parto*. Disponível em: www.epoca.globo.com/vida/noticia/2015/08/vitimas-da-violencia-obstetrica-o-lado-invisivel-do-parto.html. Último acesso: 4/11/2017.

De 2012 a 2019, é observável um crescimento exponencial na circulação de matérias sobre a VO, elaboradas e publicadas nos mais diferentes blogs, revistas, agências e jornais - impressos e/ou virtuais. Em seguida, assiduamente compartilhadas e replicadas pelas mulheres em suas mais variadas redes sociais. Estes modos de reprodução e apropriação das informações das matérias originais - as reportagens "matriz" - fazem repercutir dezenas de vezes uma única matéria. É observável a diversidade nos modos de "replicação", que vão desde a reprodução literal da informação que está na "matriz" até uma apropriação do conteúdo da matéria matriz recombinada com outros elementos, sejam eles dados de pesquisas, acontecimentos contemporâneos ou complementação com a realização de entrevistas com pesquisadores, profissionais e mulheres ativistas ou não. Nesta minha rápida aplicação de uma perspectiva dos hibridismos culturais (FERREIRA, 2012), entendo que se recriam as matérias matriz com dados comentados e/ou complementados e desse modo amplia-se exponencialmente o cenário deste tema em ebulição. Uma vez que o conteúdo apresenta a "variação do mesmo" - mais descritiva e menos analítica, principalmente do ponto de vista sociológico - a relevância da tarefa ainda é a apresentação do diagnóstico da VO.

Também neste contexto, novas ONGs foram inauguradas, para citar uma bastante central neste tema, temos a aceleradora social Artêmis que desde 2013⁵³ tem o enfoque no enfrentamento à violência obstétrica. Outras ONGs já existentes se fortaleceram como as em prol da parteria tradicional: o CAIS do Parto⁵⁴ e o Grupo Curumim⁵⁵. E inúmeros coletivos foram alavancados nos diversos cantos do país. Algumas marchas também foram organizadas: Marcha das Vadias em 2011, Marcha pelo Parto Humanizado em 2012, Jornadas de Junho em 2013, Marcha Mundial das Mulheres em 2014, Marcha das Margaridas em 2015, Marcha das Mulheres Negras em 2015, Primavera Feminista em 2016, dentre outras. As mulheres seguem na rua.

⁵³ Site: www.artemis.org.br

⁵⁴ O C.A.I.S. do Parto (Centro Ativo de Integração do Ser), sediado em Olinda/Pernambuco, fundado em 1991, participa do Programa Nacional de Parteias Tradicionais do Ministério da Saúde, da Rede Nacional de Parteias Tradicionais. Oferece cursos de formação de parteiras tradicionais e doulas na tradição e luta pelo reconhecimento da profissão. Fonte: www.caisdoparto.blogspot.com.br/p/quem-somos.html. Último acesso: 4/11/2017.

⁵⁵ O Grupo Curumim, desde sua fundação, trabalha com parteiras tradicionais, indígenas e quilombolas, colabora nas proposições e definições de políticas públicas de saúde para a inclusão do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais no conjunto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. O Grupo Curumim colaborou com o Ministério da Saúde na implementação de ações e programas. Fonte: www.parteirastradicionais.wordpress.com. Último acesso: 4/11/2017.

Mostras artísticas⁵⁶ e alguns documentários brasileiros, citados abaixo e ao longo da tese, com a temática do parto e da violência também foram lançados nestas primeiras décadas do século 21.

A coprodução Brasil e EUA do documentário *Nascendo no Brasil* denuncia a grande maioria dos nascimentos via a cirurgia cesariana, tanto em hospitais públicos quanto privados, contraria a idéia de que as mulheres desejam a cesárea e problematiza a confiança que a sociedade moderna deposita na tecnologia como forma de controlar o imprevisível (NASCENDO NO BRASIL, 2001). O documentário *Parir é Natural*, possibilitado pelo Edital Selo Fiocruz Vídeo, problematiza a epidemia da cirurgia cesariana e o modelo medicalizado e intervencionista do parto vaginal (PARIR É NATURAL, 2015). Um documentário da Realização TV Brasil *A hora da chegada - como nascem os bebês no Brasil? - Caminhos da reportagem* (A HORA DA CHEGADA, 2013) problematiza a assistência hospitalar na voz das mulheres complementando-as com entrevistas explicativas e provocativas. O documentário *C-Section Brazil* (C-SECTION BRAZIL, 2017), iniciativa da *BBC World Service*, problematiza, em inglês, a epidemia da cesárea, a violência das intervenções no parto vaginal, os tipos de parto marcados pela diferença étnico-racial e socioeconômica das mulheres brasileiras, a formação médica e o machismo brasileiro.

O documentário *A Dor Reprimida: violência obstétrica e mulheres negra* (A DOR REPRIMIDA, 2015) denuncia a complexidade do espectro da VO conforme a consubstancialidade de marcadores sociais, como: gênero, sexualidade, raça-etnia, classe econômica, pertencimento territorial, faixa etária etc. Esse racismo institucionalizado e essa misoginia naturalizada no espectro da VO enuncia que a geografia dessa dor também tem cor. O documentário *Violência obstétrica: a voz das brasileiras*⁵⁷ apresenta narrativas profundamente dolorosas sobre a VO e seu impacto na vida das mulheres e das crianças. Esse vídeo-documentário, que teve uma grande repercussão no país, foi produzido por cinco mulheres, realizado de maneira espontânea e voluntária, contou com o apoio de uma rede de mulheres, que se divulgam com a

⁵⁶ Raiter, Carla. *Retratos da Violência Obstétrica*. Fonte: www.carlaraiter.com.br/1em4/. Último acesso: 4/11/2017.

⁵⁷ Direção: Bianca Zorzam, obstetrix, aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Lígia Moreira Sena, bióloga, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, autora do blog Cientista Que Virou Mãe; Ana Carolina Arruda Franzon, jornalista, aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e co-editora do blog Parto no Brasil; Kalu Brum, jornalista, doula e co-editora do blog Mamíferas; Armando Rapchan, fotógrafo e videomaker. (VIOLENCIA OBSTÈTRICA, 2012)

frase/chamada: “Que nossas vozes sejam ouvidas. Que nossas histórias não sejam ignoradas”. Uma das produtoras do vídeo, Ligia M. Sena, defendeu sua tese de doutorado “Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração - A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica” (SENA, 2016) e, anteriormente, proferiu a respeito na TEDxFloripa (SENA, 2013). Tais realizações, pessoais e coletivas, são conquistas que vêm sendo incluídas no rol das experiências acumuladas dos movimentos sociais que se articulam no enfrentamento à VO.

Pelas redes sociais também encontra-se algumas iniciativas individuais de mulheres que criam canais e postam vídeos no *youtube*⁵⁸, abrem perfis e publicam textos no *facebook*, organizam campanhas, criam *blogs* com seus relatos de parto, suas denúncias de violência obstétrica, suas observações, críticas e convites para diálogos etc. São muitas as articulações e mobilizações sociais de enfrentamento e superação das situações de VO que muitas mulheres viveram. Além disso, atualmente existem inúmeros espaços maternos e rodas de parto e pós parto espalhadas pelas cidades de todo o país, muitas nos postos de saúde, nas ONGs, nos mais diferentes espaços de mulheres, nas casas de amigas, doulas, enfermeiras, parteiras etc. Muitos coletivos organizados com páginas nas redes sociais oferecem cursos, vivências, rodas, yoga, terapias para gestantes, compartilham informações, vendem produtos naturais, caseiros e ecológicos para as mulheres e bebês etc. Estes materiais, ações e divulgações estão disponibilizados nas páginas da internet e tem recebido muitas visitas.

Em 2014, o Projeto experimental em Telejornalismo da FAMECOS (PUCRS), lançou o vídeo *Na hora certa - documentário sobre parto humanizado* (NA HORA CERTA, 2014) com um impactante relato confessional de Ricardo Herbert Jones, um obstetra brasileiro reconhecido internacionalmente e politicamente perseguido por seu verbalizado enfrentamento à VO. Sua fala de abertura do documentário está transcrita na íntegra e é a epígrafe de abertura desta tese. Em 2016, Ric Jones (como ficou conhecido) teve seu registro médico cassado pelo Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS). A análise dos dados desse processo vão de encontro com a publicação de Ricardo Jones (2016) nas redes sociais: "A punição visa atingir não

⁵⁸ Exemplos de vídeos: 1) A outra dor do parto - violência obstétrica por Valquíria Rosa - Disponível em: www.youtube.com/watch?v=-0vYVSqIC-0; 2) Relatos de violência obstétrica em Ponta Grossa - Disponível em: www.youtube.com/watch?v=h0Yfo5bAZrM; 3) Violência Obstétrica - A episiotomia arruinou a minha vida por Bela Gil - disponível em: www.youtube.com/watch?v=xmCSa_JBUUo; 4) Violência Obstétrica: vítimas relatam abusos durante o parto - disponível em: www.youtube.com/watch?v=DxUPd_uNPWk entre outros. 5) Precisamos falar sobre violência obstétrica de Michele Navega - link: <https://www.youtube.com/watch?v=JEO47DeD4fY>. Dentre outros e todos com muitas visualizações. Último acesso: 4/11/2017.

apenas o profissional, mas suas ideias e sua luta contra a violência obstétrica e o abuso de cesarianas em nosso meio⁵⁹". A publicação e todo o caso obteve grande repercussão nacional e internacional, porém a cassação foi mantida e os processos ainda tramitam.

O filme-documentário *O Renascimento do Parto (2013)* retrata a realidade obstétrica mundial e sobretudo a brasileira caracterizada pelo número alarmante de cesarianas ou de partos com intervenções traumáticas, em contraponto com o que é sabido e recomendado hoje pela medicina baseada em evidências. Tal situação apresenta sérias consequências perinatais, psicológicas, sociais, antropológicas e financeiras e estas falas são apresentadas por relatos de alguns dos maiores especialistas na área - como o obstetra francês Michel Odent, a antropóloga norte-americana Robbie Davis-Floyd e a parteira mexicana Naoli Vinaver - e das mais recentes descobertas científicas, o documentário questiona o modelo obstétrico atual, propõe uma reflexão acerca dos novos paradigmas do século 21 e problematiza o futuro de uma civilização nascida sem os chamados "hormônios do amor", liberados apenas em condições específicas de trabalho de parto.

Foi o primeiro filme brasileiro sobre a assistência ao parto no cinema e o documentário nacional com a segunda maior bilheteria do país, passando por 50 cidades, durante 22 semanas de exibição. Importante observar que o documentário enfatiza o parto humanizado e seus benefícios sem enfrentar os espectros da VO presentes, por exemplo, nas desigualdades assistenciais entre as parturientes, assim como nas situações de abortamento. Em 2018, foi lançado *O Renascimento do Parto 2 - Violência Obstétrica*, e este (re)trata a violência obstétrica brasileira com depoimentos comoventes, situações assoladoras, violentas e já consideradas criminosas - o filme teve importante repercussão, porém menos bilheteria e maiores restrições nas exibições comerciais. Sob a proposta de fechar a trilogia, está em andamento a campanha de financiamento coletivo para *O Renascimento do Parto 3 - é preciso mudar a forma de nascer*. Neste, será exibida uma atuação pontual do SUS que é a experiência da Casa Ângela, um "Centro de Parto Normal (CPN)" localizado na zona sul da cidade de São Paulo.

A apresentação desta experiência do parto com autonomia e respeito, nestes locais (CPN) e com equipes especializadas no atendimento humanizado parece ser uma aposta da direção da trilogia. Não são muitas as casas de parto espalhadas pelas regiões

⁵⁹ Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-38340476>. Último acesso: 2/5/2019.

brasileiras, algumas públicas, privadas e mistas. A tese de Ticiania Ramos (RAMOS, 2013), intitulada "Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos", dentre outros aspectos, aponta para o quanto que o campo profissional obstétrico - repleto de conflitos e disputas entre os técnicos - afetam as mulheres parturientes. Em suma, discorre sobre os paradoxos - na construção das casas de parto, assistência obstétrica e abordagem humanizadora - e o consequente vazio assistencial que dá às casas de parto o lugar de única opção - porém, por si só, estas não estão imunes da perpetuação da VO.

Outro documentário *A dor além do parto* (2013), realizado e apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso de Direito da Universidade Católica de Brasília, discorre sobre a violência obstétrica praticada contra as mulheres e as crianças, nas instituições hospitalares, a partir de três aspectos. O primeiro é a relação direta entre as mortes maternas e neonatais evitáveis e a qualidade da assistência ao parto, como diz a médica e coordenadora de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Esther Vilela: "a má prática obstétrica". O segundo é sobre a seriedade das consequências psíquicas e sociais para a mãe e para a criança causadas por traumas que podem se manifestar no pós parto imediato ou em diferentes ocasiões durante toda a vida. E o terceiro é ponto central do documentário: a soberania médica alicerçada na impunidade jurídica e cultural de um Brasil profundo. Um promotor de Justiça do Distrito Federal Diaulas Ribeiro afirma:

A obstetrícia é mundialmente a modalidade médica com o maior número de ocorrências de infrações, quer de lesão corporal, quer das mortes. Ou seja, 70% de tudo que o Ministério Público processa em matéria dos chamados erros médicos estão, especificamente, nesta especialidade que é a obstetrícia. (...) É difícil encontrar erros de condutas médicas? É. Por que razão? Por que o sistema de justiça, normalmente, promotores e juízes, conhecem muito pouco de medicina e, como conhecem muito pouco e muitas vezes só como pacientes, acabam tendo uma leitura muito elementar do que acontece nas relações médico-paciente e apelam para a figura genérica da absolvição por falta de provas. (...). O Ministério Público só age nessas matérias quando é provocado, quando recebe uma comunicação da vítima. Primeiro, por que a ação penal? Nos casos de procedimentos necessários depende de uma representação, por tratar-se de uma ação penal condicionada, e também por haver necessidade de uma quebra do sigilo médico. (...). E os conselhos são muito acusados de negligência no processamento da sindicância dos processos, mas os conselhos ainda condenam mais que o sistema de justiça em geral. Ou seja, o sistema conselhal é mais eficaz para punir do que o sistema de justiça tradicional. (...). Lei sem consequência jurídica no Ministério Público tem pouca utilidade. Os códigos de ética, e aqui eu falo pelo código de ética médica, tratam com muito rigor e até mais rigor que do que a lei. Por que o homicídio culposo, por exemplo, não dá a cassação do registro do médico. Quem cassa o médico, em definitivo, em quase 90% dos casos do país são os conselhos de medicina (A DOR ALÉM DO PARTO, 2013).

Muitas são as ocorrências de violência obstétrica, raros são os casos denunciados e destes a impunidade médica é quase absoluta, visto que o trâmite é via os conselhos profissionais e as intermináveis sindicâncias, na maioria das vezes, não acarretam punições concretas. No papel, a omissão do direito brasileiro, no que se refere à proteção da mulher gestante, parturiente, em estado puerperal ou em abortamento, não é completamente absoluta dada a regulamentação da portaria 1067 do ano 2005 (MS) que estabelece a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal para o SUS. Entretanto, as portarias são normas infra-legais e não têm força coagente suficiente para de fato obrigar os profissionais da saúde ao seu cumprimento. E, ainda, não há em seu texto a previsão de penalidades a serem aplicadas.

Em 2014, na cidade de Torres/Rio Grande Sul, aconteceu um caso emblemático do cenário da violência obstétrica brasileira. Uma mulher de 29 anos, gestante de 42 semanas e 2 dias (segundo cálculos médicos), chamada Adelir Carmen Lemos de Góes, foi retirada de sua casa, em trabalho de parto, pela polícia e um oficial de justiça para passar por uma cirurgia cesariana. Esta mulher realizou todo seu pré-natal no SUS, estava com boa saúde, a gravidez era considerada de risco habitual e, no entanto, foi submetida a uma cirurgia contra sua vontade e por meio de ordem judicial. O caso foi bastante noticiado pela mídia de todo o país, diversos coletivos de mulheres organizaram atos e marchas contra a VO com o *slogan* "Somos todas ADELIR" e, mais recentemente, houve o lançamento da ONG "Somos todas Adelir"⁶⁰(2017) com o foco no combate à VO.

A partir de algumas matérias originais e outras replicadas sobre o caso, segue um resumo: A gestante deu entrada no hospital com dores na lombar e na região do ventre - indicativos normais de um trabalho de parto ainda latente, portanto "não ativo". Após avaliarem a gestante e realizarem exames clínicos, a médica responsável constatou "a necessidade de cesariana imediata para preservar a vida da paciente e do bebê". Os argumentos da médica foram: 1) que a bebê estava sentada e isto poderia asfixiá-la durante um trabalho de parto normal e 2) que a parturiente já havia passado por duas cesáreas e o que o parto normal geraria o risco de rompimento uterino. Contrariando estes diagnósticos e argumentos - não baseado em evidências científicas - a parturiente assinou um termo de responsabilidade e voltou para sua residência, onde iria esperar o início de seu trabalho de parto ativo, com a expectativa de ter um parto natural. Ainda

⁶⁰ Ver <https://somostodxsadelir.wordpress.com/>

segundo as reportagens, a doula que acompanhava Adelir já havia denunciado, pelas redes sociais, a perseguição médica à Adelir que, segundo ela, teve início na 39ª semana de gestação com uma série de tentativas de indução à cesárea.

Em casa, enquanto Adelir estava em trabalho de parto ativo, foi recebida por policiais e um mandato judicial ordenando que a levassem ao hospital. Ao chegar no hospital apresentou uma dilatação quase total e mesmo assim foi obrigada a fazer uma cesárea. Seu companheiro foi impedido de entrar na sala de cirurgia - o que violou também a lei do acompanhante. Os movimentos sociais questionaram esta médica e este Estado que agiram considerando-se responsáveis pelo bebê - que ainda não havia nascido - e não se responsabilizaram pela violência que promoveram contra Adelir. A questão parece ser a de indagar sobre esta responsabilidade estatal: está ela a serviço de que?

A associação Artemis apoiou e representou a denúncia do ocorrido em vários órgãos e secretarias públicas. Na cidade de São Paulo as mulheres fizeram vigília por 24 horas no Largo São Francisco, ocasião em que entregaram a denúncia ao Ministério Público do estado de São Paulo solicitando a realização de uma Audiência Pública para a discussão sobre a VO e os caminhos que as mulheres podem trilhar com a ajuda do Ministério Público, da Defensoria Pública e do Poder Judiciário para garantir que sejam respeitados os seus direitos sexuais e reprodutivos. Neste ínterim, foi publicada a cartilha *Violência Obstétrica, você sabe o que é?* (SÃO PAULO, 2014), foi lançado o documento *Tolerância institucional à violência contra as mulheres*(2014), organizado o seminário *Faces da Violência Contra a Mulher*⁶¹ com enfoque na violência sexual e violência obstétrica e foi elaborado o Projeto de Lei 7633/14 (BRASIL, 2014) que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e, ainda, que torna jurídico o termo violência obstétrica.

Esta PL apresentada pelo deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ) descreve o bom atendimento aos casos de mulheres em situação de parturição e abortamento - seja espontâneo ou provocado -tipifica os atos da VO mas não apresenta punição para o crime e segue, desde então, em tramitação. Assim, as únicas leis contra a VO aprovadas no país são as leis estaduais:L.17.097/2017 (SANTA CATARINA, 2017) e a L.5.217 (MATO GROSSO DO SUL, 2018). Ambas "dispõem sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica";

⁶¹<https://blogs.ne10.uol.com.br/jamildo/2019/04/17/ipespe-debate-faces-da-violencia-contra-as-mulheres/>

tipificam a grande maioria dos atos considerados VO mas não todos como, por exemplo, a manobra de Kristeller. E não fazem menção à situação das mulheres em situação de abortamento, assim como não descreve sanção ou punição ao crime tipificado.

A relação intrínseca entre estas "conquistas" jurídicas - plenamente incompletas - e as garantias disfarçadas em prol da perpetuação das violências e impunidades médicas se reapresenta cotidianamente. Dois últimos exemplos: Em 2016 "O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições estabelecidas na Lei nº 5.905, vetou a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller" (COREN-RS, 2016). Acontece que é recorrente que no momento da assistência ao período expulsivo do parto as médicas/os ordenem às/aos enfermeiras/os que realizem tal manobra nas mulheres - manobra esta que não está tipificada nas leis ou PL da VO e tão pouco é reconhecida como crime pelos Conselhos de Medicina. Em fevereiro de 2019 o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) publicou a resolução 2093/2019 que "dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno fetal" (CREMERJ, 2019). O debate central é a legitimidade política do poder de atuação sobre o corpo da mulher que foi ofertado, por exemplo, a este conselho profissional. E que se incube de punir os que tiverem que ser punidos em nome de manter tal ordem. Reflexões estas que serão analisadas nos próximos capítulos.

Para finalizar, o capítulo seguinte, detalhará o estudo inédito no país - multicêntrico de base hospitalar com abrangência nacional - intitulado *Nascer no Brasil*, publicado em 2014. Este inquérito nacional sobre parto e nascimento foi publicado em uma coletânea de artigos e também editado em dois vídeos-documentários já disponíveis no *Youtube: Parto, da violência obstétrica às boas práticas* (NASCER NO BRASIL, 2014b), e *Cesárea, mitos e riscos* (NASCER NO BRASIL, 2014a). Os vídeos retratam o parto na voz de mulheres recém paridas. E os artigos, escritos pelas pesquisadoras/res envolvidas/os, apresentam as situações, estatísticas, os determinantes e a magnitude dos efeitos das intervenções obstétricas. No capítulo seguinte analisarei esses dados sob a perspectiva da tese que problematiza esta assistência e ciência obstétrica vigente repleta de intervenções *versus* as boas práticas pautadas pela MBE. Após a apresentação dos quadros (de C à G) comentados, seguirá um subitem com a

análise da medicalização, desta prática cujos indícios de origem revelam processos de usurpação científica sobre os fazeres da antiga parteria tradicional.

SOCIOLOGIA DAS CIÊNCIAS DO PARIR

3.1 Quadros refletidos: protocolos médicos *versus* evidências científicas

Com objetivo de financiar uma pesquisa nacional para estudar o parto e o nascimento no país, o Ministério da Saúde lançou um edital via Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). A pesquisa recebeu o título "Nascer no Brasil" e foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, foram contempladas 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano (essa amostragem representa 83% dos partos do país), 191 municípios foram visitados e 23.940 mulheres foram entrevistadas. A publicação da pesquisa, realizada no ano de 2014, foi compilada em 14 artigos originais com os temas: aspectos metodológicos da amostra da pesquisa; a criação de um algoritmo para cálculo da idade gestacional; estimativa da mortalidade materna; resultados e reflexões sobre a assistência pré-natal; decisão sobre a via de parto; intervenções sobre as parturientes e recém-nascidos de risco atual; tipos de partos nas adolescentes; satisfação com atendimento e presença de acompanhante durante a internação; *near miss*, mortalidade materna e neonatal; análises sobre as estruturas das maternidades; descrição de experiências bem sucedidas; propostas para redução de cesariana na rede privada e etc.

Na abertura da pesquisa a organizadora apresenta a situação nacional:

Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural, nem para pobres nem para ricos. Parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento (LEAL e GAMA, 2014, p.1).

Um debate central dessa pesquisa nacional é apresentação das intervenções obstétricas *versus* as boas práticas, isto pois - como já salientado no decorrer desta tese - as intervenções obstétricas não são, em sua grande maioria, baseadas em evidências científicas. Apesar dessas evidências serem promotoras de melhores resultados obstétricos e apresentarem comprovadamente a redução dos desfechos perinatais

negativos, elas ainda não são grande maioria. O artigo “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual” apresenta:

As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40% sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade, a manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres respectivamente. A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, não brancas, com menor escolaridade e múltiparas. Para melhorar a saúde de mães e crianças e promover a qualidade de vida, o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo o setor privado, necessitam mudar o modelo de atenção obstétrica promovendo um cuidado baseado em evidências científicas (LEAL *et al*, 2014, p.17).

Para melhor ilustrar estas oposições abaixo segue um quadro comparativo entre as assistências consideradas protocolares e de rotina e as devidas explicações sobre cada procedimento baseado na "medicina baseada em evidência" (MBE). Os quadros abaixo foram criados a partir das tipologias, descrições e classificações estudadas no decorrer da pesquisa.

Quadro C - Gestação: Intervenções Obstétricas versus Evidências Científicas

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: GESTAÇÃO	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
Ultrassom	O ultrassom, criado na década de 1950, é um exame que tem por fim diagnosticar o estado do feto durante a gravidez por meio da emissão de ondas sonoras. Em 1984, o "National Institute of Child Health and Human Development" dos Estados Unidos sugeriu maiores limitações no uso da ultrassom, a principal preocupação envolve seu uso indiscriminado e excessivo, isto pois seus efeitos adversos ainda não são claramente demonstrados e o tipo de ultrassom atualmente utilizado substituiu outras tecnologias com de efeitos colaterais confirmados mas não estudados (VO: PARIRÁS COM DOR 2012).
Monitor Eletrônico Fetal (MEF)	Segurança não comprovada e efeitos colaterais não estudados. O Monitor Eletrônico Fetal (MEF), criado na década de 1960, é um aparelho com eletrodos que pode ser conectado na barriga da parturiente com a finalidade de medir os batimentos do bebê e, ao mesmo tempo, as contrações da mãe continuamente durante o trabalho de parto. Ambos foram difundidos e tiveram sua maior expansão na década de 1970. Tanto o ultrassom, quanto o MEF tiveram importantes contribuições para a obstetrícia e a saúde da parturiente e do neonato, principalmente pelo fato de diagnosticar situações de risco que, desta forma, podem vir a ser prontamente assistidas. No entanto, ambas tecnologias também são apontadas como exemplares da adoção tecnológica prematura, dada a ampla difusão sem comprovada segurança (VO: PARIRÁS COM DOR 2012).
Bateria de exames clínicos e receitas contínuas de vitaminas	Os exames realizados no decorrer da gestação são importantes porém há um excesso diagnosticado e as vitaminas suplementares à mulher se tornaram rotinas sem avaliação de real necessidade.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

Os estudos baseados em evidências sobre "gestação de qualidade com ótimos desfechos" apontaram para o fato de que a saúde materna durante o período gestacional tem influência direta nos resultados do parto e do pós parto; estudos também já apontaram para a relação entre o bom acompanhamento gestacional e a redução de complicações que podem e acontecem ao longo do trabalho de parto e no momento do parto e, ainda, o quanto que o cuidado obstétrico apropriado denota um uso adequado da tecnologia - que nem sempre significa o uso instrumental dessa tecnologia, mas sim, os usos apropriados dos conhecimentos atualizados (LEAL *et al*, 2014). O oposto também foi constatado: o quanto que o uso inadequado dessas tecnologias - como a realização de intervenções desnecessárias - está diretamente ligado a problemas graves e de grandes prejuízos para mãe e seu bebê.

Ainda neste artigo as autoras destacam o fato de que há muitas pesquisas nacionais realizadas nessas últimas décadas para avaliar os cuidados pré-natais (época do início, número de consultas, procedimentos realizados etc.), no entanto, não há estudos realizados que abranjam todo o país e se aprofundem na descrição dos processos e procedimentos empregados na atenção ao parto e nascimento no Brasil. O que se quer mostrar e apontar com esta afirmação é para o quanto que ainda se desconhece a frequência de utilização das boas práticas de atenção e das intervenções obstétricas, assim como ainda não se tem este diagnóstico traçado por distribuição geográfica, pela condição social das mulheres, pelo número de partos, pelo tipo de serviço de saúde se público ou privado etc.

Apesar das informações desta pesquisa Nascido no Brasil se mostrarem suficientes para o que aqui se pretende, hei de concordar plenamente com as afirmações contidas no artigo de que os poucos estudos existentes são ainda bastante limitados e apontam para a necessidade de aprimoramentos das discussões. Outro quadro para ilustrar as diferenças entre as intervenções e as boas práticas, desta vez voltadas especificamente para a cesárea eletiva.

Quadro D - Cesárea Eletiva: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: CESÁREA ELETIVA	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
Cesárea Eletiva	A cesariana eletiva é agendada pelo médico e gestante, com dia e hora marcada, sendo assim, o bebê nasce no dia escolhido e não necessariamente a termo, daí o aumento de bebês prematuros internados. Segundo a MBE a cada 100 mulheres 90 estão aptas a terem um parto natural.

Manobra de kristeller para encaixar o bebê	A manobra consiste em pressionar a parte superior do útero para fazer descer o bebê afim de retirá-lo pelo baixo corte abdominal da cirurgia. Esta intervenção pode causar lesões graves como a quebra de costela e traumas encefálicos no feto e hemorragias graves na mulher. A técnica descrita por um ginecologista alemão em 1867 foi banida pela OMS por ser considerada violência obstétrica
Anestesia Rack	Anestesia local normalmente usada em cesarianas e alguns partos normais, aplica-se na baixa coluna. A mulher deve ser orientada sobre os seus efeitos colaterais que vão desde a sensação de falta de ar e náuseas até intensas dores de cabeça.
Cortes no abdômen	Para a retirada do bebê são necessários os cortes em sete camadas do abdômen: o corte da pele, gordura, fâscia muscular (lâmina de tecido em que se fixa o músculo), músculo peritônio parietal (sob o músculo), peritônio visceral (sobre a parede do útero) e o útero. A mulher deve ser informada sobre os desconfortos do pós parto, as dificuldades para se locomover, as dores no local e a demanda pela recuperação da força abdominal.
Corte do cordão umbilical	O corte tardio do cordão umbilical (cerca de 1 a 3 minutos pós nascimento ou até o cordão parar de pulsar) é muito benéfico para a saúde do bebê pois permite a passagem de sangue e oxigênio, diminuindo a chance de anemia na primeira infância. Outro benefício é o contato pele a pele que o bebê tem com a mãe enquanto se espera parar a pulsação do cordão, assim como a saída da placenta.
Retirada da placenta	A placenta deve ser parida, deve-se esperar para que ela saia livremente sem que seja puxada pelo cordão umbilical. Ou seja, a mulher entra em um segundo período expulsivo, espera as contrações voltarem e em seguida “dá a luz” à placenta. Não esperar e puxar pelo cordão umbilical é um procedimento perigoso que pode causar uma hemorragia e levar a mulher ao óbito.
Retirada do bebê	O puxo precoce é puxar o bebê para nascer após a saída da cabeça. Esta retirada, realizada com a mão, com o uso de fórceps ou vácuo extrator, pode causar laceração no períneo e no canal vaginal da mulher e lesão da face fetal, escoriação do couro cabeludo e cefalematoma no bebê.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

As altas taxas de cesárea eletiva e sua discriminação conforme o serviço sugerem e indicam problemas na qualidade materna e perinatal: a pesquisa nacional Nacer no Brasil mostrou que as taxas de cesariana foram muito menos frequentes no setor público, com mulheres menos escolarizadas e não brancas, e que o excesso de cesáreas acomete principalmente as mulheres brasileiras com alto padrão de escolaridade e portanto as mulheres assistidas pelo setor privado de saúde. A pesquisa salienta os prejuízos desse excesso de cesariana para a mãe e para o recém-nascido, avalia que os riscos do bebê na apresentação cefálica foi maior por conta do parto cesáreo eletivo e, ainda, que este aumentou o risco de morbidade grave e mortalidade materna e neonatal. O estudo não entra nos detalhes desse risco, mas cita outros resultados semelhantes de trabalhos realizados na América Latina, na África e na Ásia

que concluem algo semelhante em torno dos riscos de uma cirurgia de grande porte sem necessidade.

Estas pesquisas mostram que numa comparação entre os bebês nascidos de cesárea eletiva e os de parto vaginal, os primeiros apresentam um risco mais elevado de morbidade respiratória tanto leve quanto grave, e um dos problemas que geram essa consequência é o fato da cesárea eletiva muitas vezes retirar o bebê com pouca idade gestacional. Outro aspecto é o fato de que o trabalho de parto ativo, que naturalmente encaminha para o parto vaginal, cumpre uma função importante na maturação pulmonar da criança. Esses estudos também apontam para a relação da cesariana com a placentação anormal, mostram que a elevação da prática de cesariana é um dos fatores associados ao aumento de até cinco vezes nas taxas de placenta prévia.

Quadro E - Trabalho de Parto Vaginal: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: TRABALHO DE PARTO VAGINAL	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
Mudança de vestuário	É obrigatório o uso de um vestuário para entrar na sala do hospital onde a mulher irá parir alegando que se trata de um processo de higiene. Essa obrigatoriedade deixa o ambiente impessoal e desconfortável para a mulher e quem mais acompanha o trabalho de parto e nascimento.
Negação de alimentos	Boa parte dos médicos ainda prescrevem a abstinência de alimentos durante o trabalho de parto. É um grande erro, pois a gestante necessita de energia para enfrentar o processo. É recomendado a ingestão de líquidos e alimentos leves em intervalos curtos de tempo.
Ausculta dos batimentos cardíacos do bebê	Exame feito com um estetoscópio (a partir da 18 ^o -20 ^o semana) ou Doppler (a partir da 10 ^o) para constatar os batimentos cardíacos do bebê. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto e deve ser utilizado com frequência média durante todo o trabalho de parto (TP).
Exame de Toque Vaginal	O exame de toque é uma prática comum feita para examinar a dilatação da mulher. Essa prática é desnecessária e causa muita dor. Apesar de existirem outras formas de observar qual a fase do trabalho de parto (TP) a mulher se encontra, sem necessidade de tocá-la, a MBE considera adequado de um a dois exames de toque durante o TP.
Tricotomia	É a raspagem de pelos. Não é obrigatório que os pelos da região pubiana sejam raspados para um parto vaginal/natural. A primeira justificativa para a tricotomia foi que a raspagem dos pelos serviria para impedir micro-organismos e bactérias em caso de cirurgia, porém o parto normal não é cirurgia. Sob a prerrogativa da “higiene”, muitas instituições adotam a tricotomia como protocolo de rotina para internação de trabalho de parto, porém a parturiente tem o direito de não autorizar a raspagem de pelos.
Enema	Procedimento para esvaziar o intestino, o nome popular é lavagem. Esse procedimento é um laxante administrado via anal para esvaziar o

	cólon. Esta medida foi devido ao fato da mulher defecar na fase inicial do trabalho de parto. No entanto, se a mulher não estiver na maca e sim livre, ela poderá ir ao banheiro e evacuar normalmente. Hoje em dia o enema é menos comum, mas antes também havia a crença de ser uma prevenção a infecções. Supunha-se que se a mulher evacuasse no momento do parto e o bebê entrasse em contato com as fezes, ambos correriam risco de se contaminar e, ainda, que a aplicação do enema acelerava o TP.
Cateterismo vesical	É a introdução de uma sonda até a bexiga para retirar a urina.
Indução de ocitocina	A ocitocina sintética é muito usada para intensificar as contrações e assim acelerar o TP, porém as dores aumentam e muitas vezes a é aplicada com o nome de “sorinho” - sem o conhecimento e o consentimento da mulher. Trata-se de uma intervenção desnecessária e danosa, tipificada como VO.
Rompimento da bolsa d'águas	Amniotomia é um instrumento com formato de gancho usado para estourar a bolsa de água ou saco amniótico acreditando-se acelerar o nascimento, não há evidências comprovando sua eficácia.
Analgesia (Peridural)	Anestesia feita apenas na metade inferior do corpo da mulher, com uma agulha introduzida na espinha. Quando usada no parto normal, atrapalha o expulsivo e aumenta a probabilidade do uso do fórceps. O maior problema dessa anestesia é que o remédio atravessa a barreira placentária produzindo graus variados de depressão fetal entre outras alterações sob estudo.
Inalação de oxigênio	Conhecido como gás do riso, a inalação de oxigênio com Protóxido de Azoto é usado para alívio da dor durante o TP. A mulher inala no início da contração (através de máscara ou um bucal) até a contração parar. Seu efeito é rápido e caso a parturiente não esteja satisfeita com os efeitos secundários como sonolência e enjôo pode interromper a qualquer momento o uso. Indicado pela MBE como um procedimento menos invasivo.
Negação à anestesia e analgesia quando solicitada pela mulher	Muitas vezes a anestesia é negada à mulher quando ela solicita, mas é aceito quando a solicitação vem do obstetra.
Negação do direito ao acompanhante e da doula	Pesquisas apontam que a presença de um acompanhante da escolha da mulher é a melhor “tecnologia” disponível para um parto bem-sucedido.
Uso de Monitor Fetal Eletrônico	É um monitor eletrônico portátil que serve para a gestante ouvir o batimento do bebê em casa e, ao contrário do ultrassom por exemplo, ele não tem radiação, ou seja, não tem riscos para a mulher e o bebê.
Litotomia	Posição horizontal: coloca-se a mulher deitada, em casos mais graves amarram-na. Tal posição é contra a própria lei da gravidade e inviabiliza a movimentação natural, livre e necessária para parir de acordo com as necessidades de cada momento específico. A posição supina é menos pior, no entanto, também anula a liberdade corporal e

	de movimento da mulher naquele momento específico.
--	--

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

A persistência dos maus indicadores maternos e perinatais do Brasil são reflexos da baixa qualidade da atenção obstétrica. A elevada cobertura da assistência e a violência ofertada pelo sistema de saúde anuncia o paradoxo do "Nascer no Brasil" (LEAL *et al*, 2014). A partir desta pesquisa nacional, definiu-se como boas práticas de atenção ao parto normal/vaginal as seguintes situações: alimentação livre e contínua, livre movimentação durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, monitoramento do trabalho de parto pelo partograma etc. E sobre as intervenções obstétricas, tipificaram como VO as seguintes situações: uso de cateter venoso, ocitocina para acelerar o trabalho de parto, amniotomia, analgesia peridural, manobra de kristeller, episiotomia, cesariana etc. (LEAL *et al*, 2014). Constatou-se que tais intervenções foram realizadas em mulheres de risco obstétrico habitual, que pariram em uma amostra representativa de hospitais brasileiros com 500 ou mais partos por ano. Mulheres de risco obstétrico habitual são as mulheres que não apresentaram ou não apresentam nenhum risco durante a sua gestação que não apresentam risco de saúde de modo geral.

Os dados levantados desta pesquisa, obtidos em entrevistas, ou seja, as informações reportadas foram coletadas diretamente com as puérperas e algumas diretamente dos prontuários médicos. Os resultados foram: 51,9% cesarianas e 48,1% vaginais, destes 5% vaginais sem nenhuma intervenção. Apenas 45% das mulheres relataram que puderam se movimentar durante o trabalho de parto e que tiveram o progresso do trabalho de parto monitorado por um partograma; em 70% das mulheres foi realizada a punção venosa periférica, enquanto o uso de ocitocina e a intervenção da amniotomia ocorreu em 40% delas. A analgesia raque/epidural ocorreu em cerca de 30% das mulheres, a incidência da posição de litotomia foi 92%, a manobra de kristeller 37% e a intervenção da episiotomia foi realizada em 56% das mulheres. Menos de um terço do grupo se alimentou durante o trabalho de parto e recebeu procedimentos não farmacológicos para alívio da dor (LEAL *et al*, 2014).

A categoria "gestação de risco habitual" é para evitar qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e parto. De outro modo, o risco habitual é aquele em que a gestação não apresentou nada que justifique a utilização de qualquer intervenção durante o trabalho de parto e parto. E aí

está outro paradoxo pois, apesar do recorte ser este de parturientes de baixo risco ou risco habitual, a pesquisa mostra o baixo uso das boas práticas em contraposição às altas taxas de intervenções obstétricas. Esta alta prevalência revelou que a frequência das intervenções é maior em mulheres de risco habitual "são desnecessárias e cumprem o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica dos pacientes nem as evidências científicas do campo" (LEAL *et al*, 2014, p.22).

E dentre todas as intervenções, a episiotomia segue entre as mais emblemáticas:

A prática da episiotomia se incorporou à rotina da assistência ao parto desde o início do século passado com a intenção de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, reduzir o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem que nenhum trabalho, que avaliasse seus riscos e benefícios, tivesse sido realizado. Contudo, estudos controlados demonstram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica (LEAL *et al*, 2014, p.22-23).

Com base na MBE, a OMS afirma que a episiotomia deve apresentar real necessidade - indicação - em no máximo 10 e 30% dos casos. Esta recomendação apresentou bons desdobramentos em alguns países:

No Canadá, as taxas de episiotomia apresentaram uma redução de 38% para 24% no período de 1993 a 2001; na Finlândia de 42% em 1997 para 25% em 2009; na França em primíparas diminuiu de 71% em 2003 para 44% em 2010, e em múltiparas de 36% para 14%; e nos Estados Unidos, em mulheres de parto vaginal e gestação única foi de 17% em 2012. (Leal *et al*, 2014, p.23).

Outro artigo, intitulado "Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil" das autoras Diniz *et al* (2014), reflete a importância e as evidências dos benefícios do apoio contínuo durante o parto. Além de se tratar de uma recomendação da OMS, esta está "garantida" por lei, no Brasil, desde 2005. Na pesquisa o objetivo foi estimar a frequência e os fatores sociodemográfico, obstétrico e institucionais associados à presença dos acompanhantes durante o parto. Os resultados foram: 24,5% das mulheres não tiveram nenhum acompanhamento; 18,8% tiveram um acompanhante contínuo e 56,7% tiveram um acompanhamento parcial.

Preditores independentes de não ter algum, ou parcial, foram: menor renda e escolaridade, cor parda da pele, usar o setor público, multiparidade e parto vaginal. A implementação do acompanhante foi associada com ambiência adequada e regras institucionais claras sobre os direitos das mulheres ao acompanhante (DINIZ, 2014, p.140).

As autoras destacam que apesar de haver relatos bastante positivos de mulheres com suas experiências de parto e nascimento de suas filhas/os, a realidade é que para a grande maioria das mulheres a experiência é dolorosa e muito estressante. As autoras mencionam as causas de tanto estresse: a falta de familiaridade com os profissionais de saúde, com o ambiente, com as rotinas hospitalares, com os protocolos, as dificuldades de comunicação, a falta de empatia, a hostilidade, a solidão e o quanto tudo isso acaba por criar desconfortos e potencializar dores desnecessárias. E que ter uma/um acompanhante durante o trabalho de parto é um privilégio para as mulheres com maior renda, maior escolaridade, da cor branca, que pagaram pela assistência e que optaram pela cesariana.

Além de tudo, a constatação foi de que o lugar da/o acompanhante está garantido quando a esta/e resta o silêncio, afinal uma/um acompanhante - durante uma cesariana - pouco ou nada faz. Situação oposta para a/o acompanhante, seja companheiro, mãe ou doula da gestante, que muito faz durante um trabalho de parto natural, vaginal. As autoras aprofundam suas análises quando mencionam o modo como essa assistência é organizada em termos dos tipos de partos e como o discurso dos profissionais dessa assistência, já reverberado pelas construções sociais, revelam as crenças de gêneros, ou seja, o que é esperado das mulheres.

Tais revelações apontam para associações ocultadas em torno do parto vaginal como um comportamento “não-feminino”; uma “perda” de controle; a incontinência de secreções; a indecência, indignidade e vulgaridade e a crença de que o parto vaginal implica em uma deformação genital. Sendo este último aspecto um dos mais conflitantes ao se pensar sobre o corpo da mulher afinal sua vagina é estritamente entendida como canal sexual e reprodutivo - não voltado para o prazer da mulher e sim para o lugar de fornecimento de prazer heterossexual. Estas crenças acerca do parto via o canal vaginal - ganham complexidade, e maior repulsa e constrangimento quando se trata da mulher branca, de classes mais altas e consideradas mães de família. O ápice da situação atinge as consultas pós parto repletas de incentivos para a chamada cirurgia de correção, ou seja, a realização da cirurgia plástica de toda a vulva, períneo, canal vaginal e com direito à reconstituição himenal. Os médicos alegam que este

procedimento está previamente autorizado pela maioria dos planos de saúde e que basta atestar incontinência urinária, dor na relação sexual e estética. Assim, não apenas apaga-se a marca do parto vivido mas - principalmente - mantêm-se a manipulação via correção desta vulva.

Abaixo um quadro ilustrativo referente às intervenções no momento do parto - fase expulsiva do TP.

Quadro F - Trabalho de Parto Expulsivo Vaginal: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: TP FASE EXPULSIVO	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
Anestésias	A loco-regional é uma anestesia local aplicada normalmente em partos normais na base da vagina para anestésiar todo o local, aliado ao tiopental, um anestésico de curta duração indicado no auxílio de convulsões.
Episiotomia	A abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina é uma prática sem fundamentação científica e já identificada como mutilação genital do órgão feminino. A MBE já apontou para os malefícios do procedimento, mas ainda é ensinada e praticada como procedimento padrão. Este corte gera consequências como dores durante relações sexuais, questões urinárias e má cicatrização. O incentivo médico para as cirurgias plásticas corretivas, assim com o "ponto do marido" e a reconstrução himenal fazem parte do cenário da VO.
Manobra de Kristeller	Aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê, trata-se de uma manobra perigosa e prejudicial à saúde da mulher e do bebê. O recurso, ainda altamente praticado, é proibido inclusive nos livros de medicina por acarretar riscos altíssimos para a mãe e o bebê, desde romper o fígado da mãe até fraturar o bebê. Trata-se de uma manobra perigosa e prejudicial à saúde da mulher e do bebê podendo lesionar e provocar hemorragia.
Assistência ao desprendimento dos ombros	Distócia de ombros ocorre pela impactação óssea do diâmetro biacromial fetal entre o púbis e o promontório sacral maternos. É uma emergência obstétrica bastante séria e imprevisível. O diagnóstico e o manejo adequado da situação deve ser imediato. Estudos indicam manejo de manobras, mudança postural e agilidade de até 7 minutos no desprendimento. Estudos não

	indicam a manobra de kristeller e, caso as manobras anteriores não "soltem" o ombro do RN, então pode ser o caso da episiotomia para, por exemplo, a passagem da ventosa, fórceps.
Uso do Fórceps	Instrumento semelhante a um tenaz utilizado para auxiliar a retirada de um feto via canal vaginal. O risco de perfuração do crânio do bebê e as lesões na vagina são altos. A MBE estima que são raros os casos com tal indicação, porém o uso indiscriminado é alto.
Cirurgia cesariana de emergência	As cesáreas de emergência após abusivas intervenções durante o TP aumentam índices de hemorragias e mortes maternas decorrentes.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

Os trabalhos tanto desta pesquisa quanto das revisões sistemáticas da Cochrane apontam para algumas reduções modestas, por exemplo, no número de cesariana. No entanto quando se coloca essa redução dentro de um cenário onde o manejo ativo do trabalho de parto e do parto é implementado de forma extremamente instrumental, reconhece-se que os benefícios desta pequena redução devem ser ponderados diante dos riscos das intervenções em mulheres de risco habitual. Então, apesar das recomendações atuais, tanto da OMS quanto do Ministério da Saúde brasileiro, para que se faça o manejo do trabalho de parto com as boas práticas - e por tais apresentarem tecnologias acessíveis, não invasivas, de baixo custo, possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde - não são estas as práticas praticadas e vividas por grande parte das mulheres brasileiras.

Maria Luiza Gonzalez Riesco, comentarista da pesquisa Nacer no Brasil, apontou para a relação entre a noção de segurança da assistência ao parto - com a intervenção oportuna que objetiva a prevenção de desfechos mórbidos - confundida com as metas para acelerar o trabalho de parto e parto e, assim, sacrificando a noção de fisiologia do parto (RIESCO, 2014). A autora também questiona o modelo assistencial centrado no serviço e no profissional e não na mulher e na fisiologia de seu corpo - como o processo do TP. A menção à hierarquia sugerida na leitura é bastante singular - comparada à maioria dos estudos realizados que apenas citam as diferenças discriminatórias conforme os marcadores sociais sem analisá-las como parte integrante da produção de partos disciplinados. Apesar da autora não caminhar para uma análise sociológica, menciona a situação.

3.2 Dados espelhados: como nascemos, morremos e *não* abortamos no Brasil

"Um trabalho de avaliação da satisfação do parto de mulheres que participaram da pesquisa Nacer no Brasil verificou menores níveis de satisfação e maiores níveis de violência entre as mulheres que entraram em trabalho de parto" (LEAL *et al*, 2014, p.28). A relação entre o relacionamento dos profissionais para com a gestante e a associação direta com a insatisfação delas é significativa, elas alegam descaso, desrespeito, humilhação, invisibilização e agressões verbais e físicas dirigidas a elas em todo o ciclo gravídico-puerperal. A análise das denúncias das mulheres indica, a partir de frases enunciadas pelos profissionais, que o tratamento subjetivo - crenças, sentimentos e preconceitos - acompanha a intervenção objetiva, desrespeitosa e violenta. Ou seja, a prática dessa medicina baseada em violências é perpetuada por sujeitos que não respeitam mulheres, elucidando a intercepção entre a misoginia e a medicina não baseada em evidências.

Este profissional a quem todas as pesquisas remetem, carrega sua formação médica que faz parte da formação cultural e política da misoginia e que não é baseada em evidências, mas em violências. E é por isso que "esses dados demonstram que não basta a modificação das práticas assistenciais se estas não forem acompanhadas de mudanças na relação entre profissionais e usuárias" (LEAL *et al*, 2014, p.28). Porém, mudar a relação subjetiva do profissional para com as usuárias perpassa necessariamente por uma mudança epistêmica - por fundar uma nova epistemologia capaz de sustentar as práticas de assistência ao parto, não apenas baseada em evidências científicas, mas baseada em uma concepção respeitosa de gênero, de saúde sexual e reprodutiva da mulher etc, perpassa primordialmente pela crítica à história desse sistema estatal discriminatório, pela formação crítica a essa ciência não baseada em evidências e sim em violência - que segue a serviço de manter tal ordem.

Um dos aspectos mais impressionantes da prática obstétrica brasileira é a pressa em provocar o nascimento das crianças, sem respeito à autonomia das mulheres no processo de parturição. O controle do tempo e a imposição da dinâmica do trabalho de parto e parto, explicam o índice excessivo de intervenções, incluindo a cesariana, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do médico e não na dinâmica do corpo da mulher. 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 evidências científicas e produzem um parto ruim (LEAL *et al*, 2014, p.29).

As mulheres brasileiras "de todos os grupos socioeconômicos e de riscos obstétricos habitual estão sendo desnecessariamente expostas aos riscos de iatrogenia no parto" (LEAL *et al*, 2014, p.29). Iatrogenia esta que é realizada de diferentes formas e conforme os diferentes marcadores, a depender da política aplicada a cada corpo, algumas intervenções provocam maiores dores e maiores riscos. O artigo, ainda da pesquisa *Nascer no Brasil*, intitulado "Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar"(D'ORSI *et al*, 2014), analisa e confirma que as mulheres valorizam a forma como são atendidas pelos profissionais dessa assistência e que existem grandes desigualdades, de cor/etnia, de região geográfica, escolaridade, e classe social que diz diretamente sobre a fonte de pagamento do parto para esses profissionais. O grau da violência obstétrica tem relação direta com o grau dos marcadores sociais, e as estatísticas confirmam que os relatos de violência física e psicológica é maior entre as mulheres atendidas no setor público, não brancas, com pouca escolaridade, que viveram o parto vaginal, não tiveram acompanhantes e que vivem em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos.

Os resultados mostram que a maior escolaridade, o atendimento na região sudeste ou sul e a presença do acompanhante foram fatores significativamente associados a percepção de menor tempo de espera no atendimento, tratamento com mais respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas. A cor de pele foi associada a pior avaliação de tempo de espera até ser atendida e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato de violência. A fonte de pagamento privada foi associada ao menor relato de violência, mais respeito, mais privacidade, mais clareza nas explicações, mais possibilidades de fazer perguntas e maior participação nas decisões. Por fim, todos os aspectos da relação profissional de saúde/parturiente foram fatores independentes associados à maior satisfação geral com atendimento ao parto, enquanto, entre as características sócio demográficas, a região e a fonte de pagamento, permaneceram associadas ao eixo principal (satisfação com o parto) no modelo final (D'ORSI, 2014, p.161).

Para finalizar, a citação abaixo consegue unir uma série de aspectos fundamentais analisados durante toda a pesquisa e escrita desta tese de doutorado. Sendo a categoria da punição à sexualidade uma questão alarmante. E o fato desta se acentuar nas mulheres nascidas em classes inferiorizadas, torna o debate ainda mais acirrado.

Existem poucas experiências humanas comparáveis com o parto e o nascimento, em termos de intensidade física, psicológica e social, ou que

sejam ao mesmo tempo tão desafiadoras e transformadoras. Muito além de seus aspectos fisiológicos, o parto é um evento histórico e socialmente construído, de ampla variabilidade cultural e geográfica. O cuidado que uma mulher recebe durante o parto, assim como a qualidade da experiência para ela, são marcadores da posição que a mulher e o bebê ocupam nessas hierarquias sociais, incluindo dimensões como classe social, raça/etnia, estado de saúde, estado civil, capacidade física, respeitabilidade sexual e outros. A assistência durante o parto depende também da disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, do acesso das mulheres à informação e a redes de apoio, de que tipos de profissionais de saúde predominam o mercado, e também do entendimento por parte dos serviços do que seria a assistência adequada para aquela população específica de mulheres que atendem. Em muitos países, a influência religiosa sobre a assistência à saúde e a noção de que o sofrimento no parto é um castigo que a mulher deve suportar por ter tido relações sexuais, contribuem para uma cultura de negligência dos direitos e do bem-estar maternos, para a ausência de privacidade e de medidas de conforto durante o trabalho de parto, e, não raro, para a hostilidade e abusos explícitos, especialmente para as mulheres situadas nas partes inferior das hierarquias sociais (DINIZ *et al.*, 2014, p.141).

O quadro G abaixo, sobre os primeiros cuidados com o bebê, anuncia a presença da VO não apenas disciplinando os corpos que parem mas também "inscrevendo" física e psiquicamente - nos corpos que nascem - seus lugares de pertença e suas possibilidades de existência conforme os devidos marcadores sociais de gênero, etnia/raça, cor e classe.

Quadro G -Primeiros cuidados com o bebê: Intervenções Obstétricas *versus* Evidências Científicas

INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS: PRIMEIROS CUIDADOS COM O BEBÊ	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
Separação mãe-bebê	Esse procedimento não tem justificativa no caso de um bebê saudável e é prejudicial para o estabelecimento do vínculo bebê-mãe e para o início da amamentação. O contato imediato com a mãe acalma a criança, auxilia no controle dos batimentos cardíacos, reduz o estresse e o choro do recém-nascido. Chorando menos, a criança consome menos glicose e tem menos chance de ter hipoglicemia. Além disso, melhora o aquecimento do bebê e evita a hipotermia.
Banho	O banho não deve ser realizado imediatamente após o nascimento, ele pode e deve esperar para ser realizado. O vernix, substância branca na pele do bebê é uma poderosa barreira protetora e hidratante. Tão poderosa que a indústria cosmética estuda suas propriedades. Após 24hrs pode se dar o primeiro banho e em nenhuma vez se deve esfregar para tirar essa cera/óleo pois será totalmente absorvida pela pele do bebê. E este

	banho deve ser dado por alguém da própria família que tocará no bebê com as mãos sem luvas.
Colírio de nitrato de prata	Este colírio é ardido, irrita e pode causar conjuntivite química, ele serve para prevenir a contaminação por gonorreia e clamídia que o bebê poderia, supostamente, contrair na passagem pelo canal vaginal. Porém a medida é desnecessária, e se tornou rotina indiscriminada, utilizada inclusive nos casos de cesariana. O procedimento também é feito por médicos que alegam que se a bolsa estiver rota, existe perigo de o bebê se contaminar, mesmo durante uma cesariana. Essa ameaça pode ser neutralizada durante a gestação com o pré-natal, e a mulher tem o direito de recusar o procedimento e assinar um termo de responsabilidade. No entanto, a medida é aplicada sem consentimento e indiscriminadamente.
Aspiração gástrica	Junto com o colírio, vem a aspiração das vias aéreas para sugar o líquido amniótico. Na maioria das vezes a aspiração é desnecessária, pois esse líquido é absorvido e expelido de forma fisiológica. Esse procedimento é doloroso e incômodo. Estudos apontam para a relação entre essa primeira experiência oral traumática e a rejeição ao seio por instinto de defesa. A aspiração gástrica pode ser necessária em casos de muito mecônio, no entanto, quando realizada de forma rotineira e sem necessidade pode desencadear uma diminuição na frequência cardíaca, espasmos de laringe, queda da pressão arterial e dificuldades para mamar.
Corte precoce do cordão umbilical	De acordo com evidências científicas o corte precoce do cordão aumenta a incidência de anemia na infância, já que o bebê ganha cerca de 100ml a mais de sangue pelo cordão até o 3º minuto de vida, aumenta a coordenação motora fina, para recém-nascidos há melhorias no estabelecimento do volume de glóbulos vermelhos, diminuição da necessidade de transfusão de sangue e menor incidência de enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular. O cordão pode ser cortado até horas depois do nascimento do bebê não causando nenhum mal para ele e para a mãe e, pode inclusive, não ser cortado. As evidências científicas já comprovaram estes benefícios e riscos e recomenda aguardar a expulsão da placenta antes do clameamento do cordão umbilical.
Aspiração das vias aérea	Os potenciais riscos da aspiração das vias aéreas sem necessidade, são: arritmias cardíacas, laringo espasmo e vaso espasmo da artéria pulmonar. Estudos pautados pela "medicina baseada em evidências" afirmam que o bebê é capaz de limpar suas próprias vias aéreas tossindo e espirrando; que a aspiração grande desconforto ao bebê e que os bebês que nascem por parto vaginal têm seus pulmões massageados durante a passagem pelo canal de

	parto provocando a expulsão natural dos líquidos.
Sondagem anal	É comum introduzir uma sonda no ânus do bebê para verificar se a passagem está desobstruída sendo que o único que se deve fazer é esperar, ao menos 24 horas, para ver se o bebê faz cocô.
Injeção de vitamina K	A vitamina K só deve ser administrada em bebês com risco aumentado de hemorragia que tem maior ocorrência quando: é realizada a cesárea eletiva antes das 37 semanas; é utilizado o fórceps ou a ventosa para tirar o bebê; o bebê apresenta real dificuldade respiratória ou a mãe do bebê é medicada com anticonvulsivantes, anticoagulantes ou tuberculostáticos. Dada a enorme quantidade de bebês que sofrem com as intervenções realizadas ao corpo da mãe em TP, estima-se que um terço dos bebês apresenta alto risco de desenvolver doença hemorrágica. Eis o efeito cascata.
Aplicação de nitrato de prata nos olhos	No Brasil, desde 1977, é obrigatória a aplicação de uma solução de nitrato de prata a 1% em cada um dos olhos do recém-nascido no prazo de uma hora após o nascimento. A prática é realizada para a prevenção da conjuntivite gonocócica que pode ser transmitida pela mãe durante o nascimento, por contato vaginal. O método surgiu em 1881 e reduziu a incidência da conjuntivite neonatal no final do século 19, na Europa, quando o problema acometia 10% dos bebês e era a principal causa de cegueira infantil. No entanto, aplica-se o mesmo colírio quando o parto é cirúrgico, utilizando-se do argumento que o líquido da bolsa rota também pode contaminar. No entanto, esta e outras doenças podem ser averiguadas e tratadas já no pré-natal.
Oferta de líquidos ao bebê	Sem o consentimento e sem o conhecimento da família, é comum darem uma mamadeira com soro glicosado ou leite modificado para o bebê enquanto ele está no berçário. Isto é desnecessário e interfere na amamentação e predispõe o bebê às alergias.
Amamentar em livre demanda	Amamentação sem hora marcada, o bebê mama quanto e quando quiser, com isso ele aprende a lidar com a saciedade reduzindo os níveis de obesidade infantil e favorece o sistema cognitivo do bebê. E previne o "empedramento" da mama por causa do leite que fica congestionado.
Amamentação com hora marcada	Alguns especialistas recomendam que seja estipulada uma rotina de mamadas para o bebê e muitas mulheres acabam adotando a amamentação com horário definido, esse tipo de amamentação pode aumentar os níveis de obesidade infantil, a fome e a

	ansiedade ao mamar pode machucar os seios da mãe, aumenta a chance de endurecimento da mama, cria desnecessária relação de estresse entre mãe-bebê.
Amamentação com leite industrial	Muitas vezes a mãe é direcionada a oferecer ao bebê o leite artificial alegando que o leite está demorando para descer, ou que seu leite não está sendo suficiente para o bebê etc., no entanto o leite materno produz tudo o que a criança precisa, nutrientes, vitaminas, gorduras etc. assim o que atrapalha é a falta de amamentar a criança ou a demora para amamentá-la. Apenas em casos de problema de saúde da mãe é indicado o uso dos leites artificiais ou dos leites vegetais.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

No Brasil a taxa de mortalidade neonatal, em 2010, foi de 11,1 por mil nascidos vivos (MS/IDB, 2011) e estima-se que a taxa de morbidade neonatal *near miss* teria sido quatro vezes maior, em torno de 45 mil por nascidos vivos (SILVA *et al*, 2014). A mortalidade perinatal também apresenta taxas que sugerem e indicam problemas na qualidade materna e perinatal. Frente a tal diagnóstico, a pesquisa Nascido no Brasil construiu o indicador de morbidade neonatal *near miss*. Para compreendermos o que esses autores estão considerando como morbidade neonatal *near miss* é preciso partir da conceituação colocada no próprio artigo que diz que este conceito considera como evento mórbido aquele que quase resultou na morte do recém nascidos nos seus primeiros 28 dias de vida. Essa conceituação é bastante relevante porque não há todavia uma definição padrão de neonatal *near miss*. Segundo artigo intitulado *Morbidade neonatal e near miss na pesquisa Nascido no Brasil*(SILVA *et al*, 2014,p. 182) os modelos de regressão logística foram utilizados para identificar as variáveis que poderiam prever a mortalidade neonatal e compor o indicador neonatal *near miss*:

A taxa de morbidade neonatal *near miss* no inquérito Nascido no Brasil foi de 39,2 por mil nascidos vivos, três vezes e meia a taxa de mortalidade (11,1 por mil).O indicador de morbidade neonatal *near miss* foi capaz de identificar situações com alto risco de morte neonatal (SILVA *et al*, 2014, p.182).

Se por um lado o Brasil conseguiu diminuir a taxa de mortalidade infantil nos últimos anos, a redução da mortalidade neonatal tem sido mais lenta, daí a importância desses estudos e levantamento de dados acerca da morbidade neonatal *near miss* como uma forma de aumentar a referência e os indicadores para um estudo mais profundo sobre os riscos associados ao óbito. O indicador *near miss* é uma ferramenta relevante

para os estudos que avaliam os serviços de saúde, pois uma série de situações são analisadas e consideradas importantes para se chegar a este indicador e sua análise, são eles: insuficiência ou disfunção respiratória, infecções e disfunções, falências do sistema nervoso central, baixo peso, retirada precoce do bebê com as cesáreas eletivas etc. Ou seja, as intervenções tipificadas como VO são mensuradas na construção do indicador, pois é necessário obter o conhecimento sobre cada intervenção realizada, tanto a condição em que foi e os motivos quanto a consequência.

Os autores mencionam o desafio da situação diante da falta dessas informações que se quer constam registradas nos prontuários médicos. Compreendo que o desafio inerente à construção deste indicador é o próprio enfrentamento à VO. E que este desafio aumenta quando os autores propõem uma avaliação da assistência dos serviços de saúde em relação direta com os fatores relacionados à discriminação, territorialidade, classe social, cor, raça/etnia, escolaridade etc. Em suma os indicadores *near miss* fazem a alusão direta entre a assistência dada e o desfecho obtido, situação causal e causalística que é omitida nos dados estatísticos de óbitos maternos e neonatais.

Ocorreram 215 óbitos neonatais. A taxa de mortalidade neonatal ponderada foi de 11,1 por mil; 10,1 por mil entre os nascidos de parto único e 52,2 entre os múltiplos. Número ponderado de casos que preencheram os critérios de morbidade neonatal *near miss* foi de 946. A taxa ponderada de morbidade neonatal *near miss* foi de 39,2 por mil nascidos vivos (SILVA *et al*, 2014, p.185).

Sobre esses índices, os autores apontaram que a ventilação mecânica foi o fator que mais contribuiu para compor o indicador de morbidade neonatal *near miss*, uma vez que 55,4% de todos os casos de morbidade neonatal *near miss* passaram por esse procedimento. Os autores apresentam também que a má formação congênita contribuiu menos, pois estava presente em 18% dos casos de morbidade neonatal *near miss*. Os nascidos por cesariana apresentaram maior risco de morbidade neonatal *near miss* comparado aos nascidos por parto vaginal. Uma análise dos autores sobre a intervenção da ventilação mecânica levanta questionamentos acerca da real demanda por tal intervenção que, por sua vez, intersecciona com outro indicador, também acerca dessas “quase mortes”, que é o baixo peso dos bebês. E o baixo peso dos bebês intersecciona com outro fator que é a retirada prematura do bebê com poucas semanas de vida - feita por volta das 37 ou 38 semanas - através das cesáreas eletivas. E assim por diante. Novamente, o que é indagado neste diagnóstico é a intervenção - e seu risco.

Conclusão: Um indicador de morbidade neonatal *near miss* com base em cinco variáveis (peso ao nascer menor que 1.500g, escore de *apgar* menor que 7 no primeiro minuto de vida, ventilação mecânica, idade gestacional menor que 32 semanas e má formações congênitas) foi capaz de identificar situações associadas a alto risco de morte neonatal (SILVA *et al*, 2014 p.190).

Outro artigo, intitulado “Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém nascido” aponta que:

A inadequação do pré-natal e da atenção ao parto indicaram qualidade não satisfatória da assistência. A peregrinação de gestante para o parto e o nascimento de crianças com peso abaixo de 1500g em hospital sem UTI neonatal demonstraram lacunas na organização da rede de saúde. Óbitos de recém nascidos a termo por asfixia intraparto e por prematuridade tardia expressam a evitabilidade dos óbitos. A qualificação da atenção, em especial da assistência hospitalar ao parto, se configura como foco prioritário para maiores avanços nas políticas públicas de redução das taxas e das desigualdades na mortalidade infantil no Brasil (LANSKI *et al*, 2014, p.192).

A mortalidade infantil tem como componente principal a mortalidade neonatal - precoce que acontece até o sexto dia de vida. A pesquisa Nascer no Brasil mostra que grande parte dessas mortes acontece nas primeiras 24 horas do nascimento do bebê, portanto este dado indica que há uma relação estreita com o parto e o nascimento e, portanto, com a assistência (não) recebida. O diagnóstico se torna mais complexo com o fato das principais causas desses óbitos serem considerados mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. O paradoxo relatado nesse artigo indaga a promessa de que as instituições de saúde salvariam vidas e por isso a conquista era fazer com que a assistência abrangesse todo o território nacional, no entanto, os índices de mortalidade materna e neonatal se apresentam como insatisfatórios e alarmantes quando comparados com algumas outras localidades do mundo. A situação foi denominada como "paradoxo perinatal brasileiro" e está diretamente relacionada à assistência, às práticas obsoletas, à iatrogenias ou práticas iatrogênicas(LANSKI *et al*, 2014). Ao nomearmos a situação não apenas pelo que já foi tipificado como violência, mas principalmente pela análise conjuntural da aplicabilidade dessas políticas estatais violentas, chegaremos ao fato de que a VO também mata - e eram/são mortes evitáveis.

Neste cenário é fundamental investir em ações para prevenção da prematuridade evitável, além da melhoria na atenção desse recém-nascido mais vulnerável. Dois objetivos devem ser focados: a prevenção na atenção pré-natal, com controle das infecções e dos riscos na gravidez, e a prevenção da prematuridade iatrogênica, relacionada à interrupção indevida da gravidez, como a cesariana sem indicação técnica, sério problema no país, que

contribuem para alta prevalência total de cesariana. Outra causa de morte neonatal evitável que demanda ação específica é a asfixia intraparto: 18% dos recém-nascidos que morreram eram a termo e 40,9% tinham *apgar* menor que 7 no quinto minuto de vida. No Brasil a redução desta causa de óbito está estreitamente relacionada à atenção hospitalar ao parto e nascimento, uma vez que a maioria absoluta dos partos e das mortes são hospitalares e assistidos por profissionais habilitados. As causas da asfixia-intraparto precisam ser reconhecidas para sua prevenção (LANSKI *et al.*, 2014, p.200).

LANSKI *et al.* (2014) evidenciam que as intervenções adequadas dentro dos serviços de saúde poderiam evitar cerca de 36% das mortes relacionadas ao trabalho de parto. Relacionam os problemas da "qualidade da atenção" ao processo assistencial do pré-natal, parto e nascimento que não se utilizam das boas práticas. Mencionam, ainda, que a utilização das boas práticas nessa assistência foi a exceção encontrada na pesquisa e que o risco de morte materna e neonatal foi cinco e três vezes maior, respectivamente, que viveram as gestantes que não receberam essa assistência. E descrevem detalhadamente a relação entre cada prática assistencial já tipificada como VO com os desfechos maternos e perinatais. A persistente utilização dos procedimentos não recomendados pelas evidências científicas parece estar ancorada na perpetuação da ordem e progresso desse Estado que decide quais vidas podem e serão vividas (e como) e quais podem e serão matadas (e não importa como).

Outro artigo, intitulado “Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária”, diz :

Os riscos para a mulher podem ser maiores ou menores dependendo do grau de suporte ou opressão a que está sujeita a mulher na sociedade, e são uma expressão concreta da desigualdade existente entre os gêneros e das violências estruturais contra a mulher. Em outras palavras, a mortalidade materna indica o grau de desenvolvimento da sociedade (SOUZA & PILEGGI-CASTRO, 2014, p.11).

A elevada cobertura na assistência pré-natal, demonstrada pela taxa de parto hospitalar maior que 98%, agrava a realidade em torno dos dados da mortalidade materna no Brasil - cuja razão é de 68,2 por cada 100 mil nascidos vivos (DATA-SUS, 2010). A mortalidade materna é considerada pauta e marcador do nível de desenvolvimento social por se constituir como evitável - daí o índice de apenas 1% em países desenvolvidos com bom acesso ao serviço de saúde qualificado. Souza e Pileggi-Castro (2014) perpassam os dados da mortalidade e da morbidade e os estudos acerca do *near miss* materno e neonatal a partir do ponto de reflexão acerca das estruturas das maternidades, da pouca qualidade, dos cuidados assistenciais, da vulnerabilidade em que se encontram as mulheres usuárias do SUS e suas relações com a baixa escolaridade

e renda, a territorialidade não urbana ou periférica aos grandes centros etc. Os autores se acercam do debate sobre a prevenção quaternária em obstetrícia:

O conceito de prevenção quaternária complementa aqueles de prevenção primária, secundária e terciária e foi desenvolvida pelo médico generalista belga Marc Jamouille. Conceitua-se a prevenção quaternária como conjuntos de atividades empregadas para identificar pessoas que estejam sob risco de hipermedicalização e reduzir as intervenções desnecessárias ou excessivas, a fim de minimizar as iatrogenias. Em outras palavras a prática da prevenção quaternária é a prática do princípio de “primeiro não lesar”, “primum non nocere”, reconhecido como um dos fundamentos que orientam as práticas de saúde. No contexto da saúde materna e perinatal, a prática da prevenção quaternária é indissociável da prática baseada em evidências, da humanização do parto e do combate à violência obstétrica, aliás, o enfrentamento da violência obstétrica deve ser encarado como uma questão prioritária para o setor de saúde, pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão feminina pelo próprio sistema de saúde (SOUZA & PILEGGI-CASTRO, 2014, p.12).

Os autores falam sobre a importância da incorporação de auditorias clínicas, organização de comitês específicos voltados para a mortalidade materna e infantil no país, necessário aprofundamento acerca da investigação dos óbitos, e por fim, ressaltam que é preciso maiores análises específicas sobre os profissionais e os serviços. A problemática se complexifica quando compreendemos que as mortes de causas maternas evitáveis ainda são consideradas subnotificadas. Com isso, apesar do número ter caído na última década, há uma série de questionamentos em decorrência da falta de declaração da morte materna na declaração de óbito (DO). As investigações específicas sobre as condições de ocorrência dos óbitos de mulheres em idade fértil são urgentes.

Atualmente, a mortalidade por complicações na gravidez, parto ou puerpério, denominada de mortalidade materna, é considerada como uma causa de morte altamente evitável e tem sido foco de esforços nacionais e internacionais dirigidos à sua redução. Alvo da quinta meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio, preconiza-se sua redução em $\frac{3}{4}$ no período de 1990-2015. Entretanto, o monitoramento dos avanços alcançados na redução da mortalidade materna tem sido problemático, sobretudo pelas dificuldades de obtenção dos dados necessários a mensuração da mortalidade materna com grau satisfatório de confiabilidade (SZWARCOWALD *et al*, 2014, p.72).

Outro estudo, também da pesquisa Nascer no Brasil, intitulado “Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil: 2008-2011” (SZWARCOWALD *et al*, 2014) identificou que muitas mortes maternas haviam sido atribuídas, no sistema de informações sobre mortalidade, a outras causas de morte - cerca de 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil são classificados inadequadamente como morte por outras causas. Além das estimativas das razões da mortalidade materna no nosso país serem

afetadas pelo sub-registro de óbitos, existem as mortes maternas secundárias - consequência de abortos provocados em um país onde o aborto é ilegal. Há autores que não consideram como morte secundária quando não foi o aborto a causa, mas sim a punição praticada - pela equipe médica - a essas mulheres que entraram na emergência por terem provocado o aborto⁶².

Porém o dado fica ainda mais duvidoso quando as pesquisas mostram que na grande maioria dos casos, a morte considerada consequente de práticas abortivas pouco são contabilizadas nas estatísticas de mortalidade materna (SZWARCWALD *et al*, 2014). A produção de conhecimento sobre a mortalidade materna no Brasil é escassa e seu levantamento demandaria não apenas ampla abrangência e entrelaçamento de dados mas também intersecções com análises acerca do aborto, da violência obstétrica e, inclusive, do feminicídio institucional.

As estimativas altas mostram-se, assim, discrepantes aos avanços alcançados no país, não só os relativos ao desempenho do sistema de saúde, como o aumento na cobertura do atendimento pré-natal e atenção ao parto hospitalar, mas também em relação às transformações sociais experimentadas pela sociedade brasileira, com a melhoria do nível socioeconômico e a acentuada queda da fecundidade (SZWARCWALD *et al*, 2014, p.80).

No entanto, a complexidade do cenário de violências praticadas pelos profissionais da área de assistência à saúde e autorizadas pelo Estado não permite interpretações singelas como relacionar o conjunto de causas presumíveis de óbitos maternos como falhas do sistema de saúde ou como violação dos direitos humanos de reprodução. Compreendo que sequer são antagônicos ao desenvolvimento social e tecnológico alcançado pelo país. Eles apenas revelam a real condição. O fenômeno da mortalidade materna é um indicador das precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, baixo nível de qualidade na escolaridade dos profissionais de saúde e assistência social e sobretudo, na intencionalidade política das violências estruturais e estruturantes instituídas pelo Estado.

⁶² Apesar da norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005) do Ministério da Saúde indicar outras diretrizes ao profissional de saúde, no atendimento à mulher em abortamento, uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC (2010), constatou que 25% das mulheres entrevistadas tiveram gestação interrompida, 22% declaram ter sofrido aborto natural, e 4% admitiram interromper voluntariamente a gestação. 53% das mulheres que declararam ter provocado aborto e procuraram assistência a saúde relatam que sofreram algum tipo de violência no atendimento, sendo estas: serem tratadas como suspeitas, questionadas insistentemente se haviam tirado o bebê; não receberam informações sobre os procedimentos realizados; foram acusadas de criminosas e ameaçadas de serem entregues à polícia; aguardaram horas não sabendo se seriam internadas ou não; foram internadas sem receber explicações; foram culpabilizadas mediante a exposição dos restos fetais seguidas de frases como “olha só o que você fez!”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as últimas décadas apresentam um declínio de 47% de morte materna em relação aos níveis encontrados na década anterior, no entanto os dados ainda estão muito distantes da 5ª meta dos objetivos de desenvolvimento do milênio, uma vez que tal meta era obter uma redução de 65% das mortes maternas até 2015. O artigo “Incidência do *near miss* materno no parto e pós parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil” (DIAS *et al*, 2014) diz que as mulheres que sobrevivem às complicações seja durante a gravidez, o parto ou o pós parto têm aspectos em comum com aquelas que morrem das mesmas complicações. E essa semelhança foi o que desencadeou a formulação desse conceito *near miss* materno, a OMS define o conceito como aquela que quase morreu mas sobreviveu a uma complicação vivida durante a gestação, parto ou até 42 dias do pós parto.

Os resultados mostraram uma incidência de *near miss* materno de 10,21 por mil nascidos vivos e uma razão de mortalidade do *near miss* materno de 30,8 casos para cada morte materna. Os critérios clínicos para identificação do *near miss* materno foram os mais prevalentes e tiveram incidência de 5,2 por mil nascidos vivos. O *near miss* materno esteve associado com a idade materna de 35 anos ou mais (RR = 1,6; IC 95%: 1,1 - 2,5), com história de cesariana anterior (RR = 1,9; IC 95%: 1,1 - 3,4) e gestação de risco (RR = 4,5; IC 95%: 2,8 - 7,0). Os hospitais localizados nas capitais (RR = 2,2; IC 95%: 1,3 - 3,8) e os pertencentes ao SUS (RR = 3,2; IC 95%: 1,6 - 6,6) também apresentaram maior incidência de caso de *near miss* materno. A qualificação dos serviços de assistência ao parto pode ajudar a reduzir a mortalidade materna no Brasil (DIAS *et al*, 2014, p.169).

Essa discussão requer a melhoria do cuidado materno, em especial permitindo análises mais complexas acerca dos problemas e dos obstáculos da assistência prestada à mulher no que se refere à sua saúde sexual e reprodutiva. E para isso a própria OMS sugeriu uma classificação baseada em uma série de critérios visando uma uniformidade nos estudos, nos dados e nas pesquisas sobre *near miss* materno.

A análise das mortes ocorridas é passo fundamental para que se possa entender o processo do cuidado obstétrico oferecido às mulheres, identificar os problemas existentes no sistema de saúde e adotar ações que podem melhorar a qualidade da assistência. Estudos confidenciais sobre mortes maternas têm sido uma estratégia utilizada mundialmente para entender as falhas do sistema e serviços de saúde e, por meio das lições aprendidas nessa revisão, promover a melhoria da qualidade da assistência, entretanto, a queda do número de morte materna nos países desenvolvidos, tornando-as eventos raros, fez com as informações provenientes dos estudos dos óbitos sejam insuficientes na avaliação do cuidado prestado (DIAS *et al*, 2014, p.170).

No caso do Brasil, se por um lado na última década do século passado houve um considerado declínio de morte materna, já no início do atual século esta queda

desacelerou e muito, daí a importância do aprofundamento de estudos sobre morte materna e *near miss* materno no nosso país. O que é possível de ser observado pelos resultados desse artigo é que alguns antecedentes obstétricos e algumas características da gestação e da assistência ao parto e nascimento puderam ser constatadas, como por exemplo, a incidência de *near miss* materno ter relação ou acontecer com mulheres com histórico de cesáreas anteriores ou seja, o aumento de *near miss* materno tem relação direta com o aumento de cesarianas prévias; também com histórias de uma ausência de assistência pré-natal total ou parcial, ou seja, inadequada. Também apresentou relação com a peregrinação obstétrica - mulheres em trabalho de parto procurando vaga nos hospitais, sendo enviadas de um hospital a outro para serem internadas por conta de falta de vagas, apesar de já estarem em trabalho de parto. Também foi observado que a incidência de *near miss* materno foi maior entre as mulheres com parto vaginal a fórceps, e em mulheres que sofreram o parto cesariano eletivo, sem que a mulher estivesse em trabalho de parto. Por fim, também foi verificada maior incidência entre as mulheres que apresentaram um trabalho de parto induzido (DIAS *et al*, 2014).

A incidência de *near miss* materno encontrada nesse estudo foi de 10,2 por mil nascidos vivos, sendo estimados mais de 23 mil casos na amostra expandida para o país. Esses números, entretanto, são conservadores, já que não foram incluídos nos estudos os casos decorrentes de abortamento, complicações ocorridas no puerpério após a alta hospitalar, bem como partos ocorridos no domicílio, em via pública ou em hospitais pequenos, com menos de 500 partos por ano. De acordo com Santana *et al*, o aborto e a gravidez equitópica podem contribuir com aproximadamente 8% dos casos de *near miss* materno (DIAS *et al*, 2014, p.175-176).

É plausível concluir que os princípios que regem todas as violências supracitadas não são sustentados em fundamentos constitucionalmente válidos, mas são tolerados no plano familiar e institucional. Tolerância esta que está localizada na história da modernidade e, neste caso, nas ciências do parir desde a apropriação que a medicina hospitalar fez da parteira e da parteria tradicional até a contemporânea conversão de violência em assistência sustentada pela obstetrícia sem evidências.

3.3 O imperativo de uma obstetrícia sem evidências científicas

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado em casa e com o acompanhamento exclusivo das parteiras. No século XIX, teve início um processo de mudança com as tentativas de controle da vida também via o evento biológico do parir e do nascer. Este controle foi justificado pela obstetrícia enquanto

ciência e sedimentado no hospital enquanto instituição de assistência à saúde. Com a "disseminação" de uma noção de risco e de patologia, este evento fisiológico e feminino começou a ser socialmente construído e vivido como um problema médico e do universo masculino. Este modelo institucionalizou o médico como condutor do processo e protagonista a quem se deve obediência e reverência. E o advento da modernidade, com seu desenvolvimento tecnológico, acelerou o processo de hospitalização dos partos respaldando a vigilância nas formas de nascimento por todo o século XX (ZANARDO *et al*, 2017).

Os trabalhos do pensador Michel Foucault (1987, 1988) são referências nas análises críticas sobre a intencionalidade política das instituições no controle das vidas e dos corpos. Sob a crença e a noção aprendida de cuidados, assistência, segurança, desenvolvimento, tecnologia e modernidade, subjaz o dispositivo de controle e poder atuante na distribuição dos modos -diferentes e iguais - de punir o parir e nascer. Ou seja, a regulação da vida é apresentada como um controle positivo e não repressor. Esta noção introduzida por Foucault é a do biopoder, que se traduz e se efetua no direito do Estado de causar a morte e de deixar viver. Tal direito, politicamente apresentado como ordem social, atua no corpo de cada sujeito subjugando-o, adestrando-o desde o útero. Enquanto o biopoder faz sua inscrição na anátomo-política do corpo disciplinada mediante os marcadores sociais, a biopolítica circunscreve a população regulando saberes e práticas que permitam gerir taxas de natalidade, tipos de assistências ao parto e nascimento, modos de viver e de morrer. Inverte problemas não-médicos em problemas médicos. Uma estudiosa do parto e de Michel Foucault sintetiza: “Doença torna-se, portanto, a exceção, enquanto a saúde vem como regra a ser diariamente edificada. Com essa intenção, a medicina adquire espaço e os hospitais transformam-se em centros de cura e também de produção da normalidade” (CARNEIRO, 2015, p. 34). A esse processo foi dado o nome de medicalização. Assim, a vigilância médica incita que a medicalização funciona enquanto processo interativo e conforme a necessidade e demanda.

A medicalização é, portanto um processo social característico da modernidade, seja entendida enquanto pós-modernidade, seja enquanto modernidade tardia e ocorreu conjuntamente a institucionalização da medicina, a profissionalização de seus agentes, a articulação do bio-poder pelos estados nacionais de forma organizada, tecnocrática e centrada na hospitalização. Nenhum desses processos, entretanto, pode ser entendido isoladamente e tampouco podem ser ordenados temporalmente. E, por fim, todos esses são essenciais para a construção de uma compreensão do fenômeno do parto e do nascimento nas sociedades contemporâneas (RAMOS, 2013, p.44-45).

Na maior parte dos países a prática obstétrica hegemônica ao parto e nascimento ocorre em contexto hospitalar, é assistida por uma equipe médica com uso de aparatos tecnológicos e sua atuação se dá a partir do entendimento que caracteriza a medicina moderna - a medicalização. Paralelo ao período de instalação e legitimação dessa racionalidade médica, registrou-se a inauguração dos procedimentos e itens do armamentário cirúrgico-obstétrico - os mesmos utilizados até hoje. Este modelo com indicativos de práticas médicas semelhantes em quase todo o mundo é o da obstetrícia sem evidências que se findou na nomeação da VO. Porém, é preciso ir além desse cenário para observar as particularidades da sociedade brasileira que apresenta, tanto números abusivos de cirurgias cesarianas, quanto índices excessivos de intervenção nos partos vaginais. Diferentemente das cesarianas que acontecem via aparatos tecnológicos e a assepsia dos hospitais privados, os territórios privilegiadamente autorizados para as "execuções vaginais" da VO parecem ser os corpos das mulheres usuárias do sistema público brasileiro.

Sobre as relações intrínsecas entre Estado e parto via diferentes assistências - pública e privada - estas coordenam a disciplina sobre o corpo expropriado das mulheres, tanto nas punições dos partos instrumentais vaginais, quanto da bem administrada cesárea. Portanto perpassa a política pública da humanização que se restringe às diretrizes que possam amenizar e reparar a atual formação e atuação em saúde obstétrica. Apesar do fato de que a "humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos" (DINIZ, 2005, p. 632), e do termo ter sido utilizado de diversas formas e perspectivas até contraditórias (SILVA, 2015) o debate central aqui é que não se trata de uma propícia base epistemológica com vistas à superação da obstetrícia sem evidências. A problemática da MBE - como proposta calcada na objetividade científica característica da ciência moderna - será apresentada a seguir, no entanto, esta já se apresenta como projeto científico que comprova a falta de evidências da obstetrícia vigente.

A Medicina baseada em Evidências (MBE) teve início com o movimento da epidemiologia anglo-saxônica no início dos anos 90 e foi definida como um processo detalhado e sistemático de descobertas, avaliações e investigações com base na solidez, evidência e verdade. Ainda que a MBE pontue a problemática da medicina sem evidências, sua episteme segue vinculada às concepções da razão científicista e da

prática médica como uma disciplina da Biociências. A MBE dá ênfase nos modos empíricos de investigação na ciência, reforça a dimensão científica como um meio de diminuir riscos e evitar erros de decisões e alega como inaceitável as práticas baseadas em interpretações originárias de experiências sociais acumuladas (CASTIEL e PÓVOA, 2002). Ainda que sem intervir na interface violência e falta de evidências, reconhece-se os afetos preconceituosos e as atitudes discriminatórias e sugere atenção às artes clínicas sob escolha da melhor evidência e prevalência do princípio bioético da beneficência.

Uma frase que ficou bastante conhecida entre os adeptos da MBE foi *In God we trust, all others must bring data* (*Em Deus confiamos, todo o resto deve apresentar evidência, tradução nossa*). A frase elucida o quão não-científica é essa medicina obstétrica em vigor. O início do capítulo seguinte apresentará como que esta medicina obstétrica nasceu com a dominação da igreja para, em seguida, recolocar-se enquanto "ciência". As pesquisas de Archie Cochrane - pesquisador fundador e referência desta corrente de pensamento teórico-prático – revelaram que a insuficiente evidência científica da medicina não justifica seu crescente e abrangente uso. Daí, grande parte de seus trabalhos darem ênfase no incentivo à adoção do método científico pela comunidade médica (COCHRANE, 1972).

Em suma, a prática da MBE consiste na integração da experiência clínica individual com as melhores evidências clínicas disponíveis obtidas em pesquisas sistemáticas e as características e expectativas dos pacientes - como as crenças culturais, características/valores pessoais, experiências anteriores, nível educacional, nível socioeconômico, autonomia etc (CASTIEL e PÓVOA, 2002).

Vale ressaltar que os adeptos da MBE propõem uma escala tipológica da força das evidências que deve ser considerada para os processos decisórios nas práticas biomédicas. Tipos e Níveis de Evidências: I- Evidência forte de, pelo menos, uma revisão sistemática (metanálise) de múltiplos estudos randomizados controlados bem delineados; II- Evidência forte de, pelo menos, um estudo randomizado controlado bem delineado, de tamanho adequado e com contexto clínico apropriado; III- Evidência de estudo sem randomização, com grupo único, com análise pré e pós-coorte, séries temporais ou caso controle pareados; IV- Evidência de estudos bem delineados não-experimentais, realizados em mais de um centro de pesquisa; V- Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos e relatórios de comitês de expertos ou consensos (Drummond e Silva, 1998). Temos, deste modo, a pretendida meta de aperfeiçoar o uso do raciocínio para além da casuística clínica de cada médico e de seus potenciais vieses (CASTIEL e PÓVOA, 2002, p.117).

Pesquisas mais recentes mostraram que apesar das revisões da MBE serem na grande maioria mais sistemáticas e menos distorcidas que outros estudos, já é possível observar erros relacionados a problemas nos métodos das análises. Isso é importante pois legitima a proposta do próprio movimento da MBE que é a constância da avaliação e (re)confirmação ou não. Contudo, enquanto a MBE enfrenta o problema da ciência obstétrica que se construiu sob um alicerce que não é o da evidência e sim da violência, ela mesma não propõe mudanças nesta prática clínica e assim permanece fadada à reprodução do sistema em que vive. Ou seja, o reconhecimento da existência dos preconceitos na relação profissional-parturiente e a sugestão das boas práticas na assistência ao parto, por exemplo, não faz findar a VO. Apesar de sua proposta apresentar solidez ao exigir um estudo dos riscos, dos benefícios e dos danos sobre as práticas sem evidências - já tipificadas como violentas e nomeadas por VO, tais comprovações não combatem as atuações misóginas e punitivas das assistências.

Podemos resumir que a MBE se dirige a apoiar a experiência clínica com dados provenientes da epidemiologia clínica, complementadas com revisões sistemáticas da literatura, para critérios decisórios em condutas assistenciais. É recomendável o uso da informática médica como meio mais rápido e seguro de acesso ao que há de mais recente em termos de publicações. Na verdade, estas publicações são norteadas pelos centros ligados ao movimento da MBE, tais como o Cochrane Collaboration na Inglaterra. Os mesmos possuem uma rede de vínculos em várias partes do mundo, incluindo principalmente faculdades de Medicina. No entanto, mesmo assumindo que as revisões do Cochrane são, em média, mais sistemáticas e menos enviesadas que estudos do mesmo teor publicados em outros periódicos, há investigações indicando que os resultados produzidos pelo Cochrane Collaboration também estão sujeitos a erros (incluindo problemas em métodos das análises). Esta foi a conclusão de uma meritória investigação realizada por participantes da seção nórdica do próprio grupo em relação a uma amostra de revisões de 1998. Muitas vezes, as conclusões dos trabalhos superestimavam benefícios de novas intervenções (Olsen *et al.*, 2001) (CASTIEL e PÓVOA, 2002, p.118).

Além das explanações e descrições sobre a MBE, Neves (2010) desenvolve o debate crítico acerca da MBE constituir ou não um novo paradigma. Segundo esse autor, a MBE não constitui novo paradigma pelo fato da proposta se manter baseada em um modelo cognitivo, adaptado a uma prática clínica, que não rompe com os modos lógico-rationais de produção de conhecimento científico. Em suma, sustenta que a MBE ratifica a racionalidade médica ocidental já existente por meio da sofisticação e refinamento de técnicas segundo os cânones dos empreendimentos científicos. Contudo, apesar de já haver estudos nacionais e internacionais apontando para as limitações da MBE e necessidade de superações, no Brasil e na América Latina a incorporação das mudanças preconizadas pela MBE sequer se deu em grande escala. Diniz e Chacham

(2006) constataram que a aceitação da MBE ainda é lenta e repleta de resistências, inclusive por parte das instituições de ensino brasileiras.

Recente trabalho de Zanardo *et al* (2017) descreve que a maioria das escolas de medicina segue ensinando o modelo intervencionista, valorizando a tecnologia, os exames sofisticados e os procedimentos cirúrgicos, enquanto que os cuidados com foco na mulher para realização e estimulação do parto natural e a interação com a parturiente ainda recebem pouca ou nenhuma atenção. Frente a estes desafios, cabe apontar para a proposta crítica da Medicina Translacional (MT) - apresentada neste trabalho de Neves (2010) que sugere um repensar da MBE a partir de uma ótica intervencionista. Neves (2010) afirma que alguns profissionais e estudiosos propõem que a MT seja entendida como um 'progresso natural' das pesquisas, compreendendo-a como uma superação encaminhada a partir da própria situação limitante da MBE. Em suma, sugerem que a prática da MBE deve ocorrer a partir da interseccionalidade da ciência da saúde com as demais ciências - humanas, sociais, políticas etc. Neves (2010) explica sobre a MT:

Essa ciência, evoluindo da Medicina Baseada na Evidência, tem como objetivo integrar as descobertas das ciências básicas, sociais e políticas para otimizar o tratamento dos pacientes e instituir medidas preventivas conducentes à melhoria da saúde das populações. É cada vez mais frequente vermos nas publicações científicas da nossa área artigos de ciência básica, devidamente acompanhados da explicação dos potenciais benefícios clínicos expectáveis no futuro. Contudo, o entendimento atual da Medicina Translacional é ainda mais vasto. De fato, trata-se de uma estrada de dois sentidos: do laboratório para a clínica, mas também da clínica para o laboratório. A proposta passa por conseguir utilizar melhor os avanços da ciência fundamental na prática clínica, e também por colocar as questões corretas e necessárias aos cientistas de laboratório de forma a produzir investigação mais relevante (NEVES, 2010, p.1).

Apenas para esclarecer, Neves (2010) discorre que o trabalho dessa proposta paradigmática da medicina translacional (MT) tem como princípio não apenas otimizar os cuidados com pacientes no que tange ao tratamento, mas principalmente no estabelecimento das medicinas preventivas capazes de abarcar soluções sustentáveis para cada demanda. Ou seja, segundo Neves (2010), a MT propõe uma integração de políticas efetivas de saúde que integrem uma visão ecológica e uma assistência multidisciplinar entre as várias áreas humanas, sociais, jurídicas, políticas etc. de modo que as diversas especialidades - da medicina, nutrição, psicologia, educação física, terapias holísticas etc. - atuem conjuntamente e sem hierarquia. Talvez, tais iniciativas possam ser inseridas no bojo desafiador que é o de (re)pensar a relação saúde-violência nos modos mais complexos possíveis – isto é, considerando suas múltiplas dimensões:

subjetivas, socioculturais, biológicas, científicas, políticas etc e enfrentando-a afim de sua superação total.

É plausível compreender que, nesses termos gerais, a autora apresenta a proposta da MT como uma ciência e prática de medicina respaldada no respeito à autonomia e às diferentes crenças humanas, e na necessidade de um posicionamento crítico diante das políticas discriminatórias e segregacionistas. Contudo, para continuar seria imprescindível uma análise crítica sobre o quanto esses pressupostos fundariam - efetivamente - uma prática de saúde e uma produção de conhecimento livres da biopolítica do Estado e sob uma episteme não misógina, não classista e não racista. E, se assim fosse, poderíamos sustentar que o lugar político - de compromisso social - desse profissional da saúde da MT recuperaria experiências e memórias do lugar que já ocupou - e em alguns cantos ainda ocupa - a liderança das parteiras sem suas comunidades.

A parteira Carvalho (2018, p.8) diz que "as parteiras tradicionais atuam como mediadoras entre o mundo daqueles que as observam e o mundo ancestral que elas representam, tudo transmitido na forma de partejar". E ainda que recorrer ao conhecimento dessas pessoas re-insere os habitantes da comunidade em um contínuo espaço temporal que permite que os elementos culturais sejam repassados, assimilados e repactuados. A parteira faz explícita referência ao partejar tradicional das comunidades, no entanto, este conhecimento vai além ao enunciar que todo partejar traduz a história e os costumes de um povo.

O ambiente do partejar e as práticas que são utilizadas no parto transcendem a figura da parteira e auxiliam na reprodução do imaginário acerca da ancestralidade. As rezas, as ervas medicinais, o canto, os instrumentos, a religião e/ou a religiosidade remetem a aspectos que caracterizam, identificam e especificam a parteira tradicional tornando-a símbolo da identidade social e cultural da comunidade em que está inserida. Os ritos de passagem de uma sociedade (nascimento, sexualidade e morte) são revestidos de adornos simbólicos, suas práticas geram saberes que se transformam em tradições, essas tradições com o tempo tornam-se cultura (CARVALHO, 2018, p.11).

Este referido patrimônio cultural de um povo que confere coesão estrutural é o pressuposto para que um coletivo se reconheça como comunidade, seja ela uma comunidade tradicional, seja uma comunidade (pseudo) científica. No caso da comunidade científica contemporânea, e sem evidências, a coesão parece estar nos aparatos do desenvolvimento tecnológico da modernidade como o hospital e seus

instrumentos. No entanto, enquanto a parteira diz que as práticas do partejar de um povo são fatores de diferenciação cultural pois refletem a cultura das diferentes comunidades (CARVALHO, 2018), o parto instrumental dos hospitais ostenta sua homogênea hegemonia. Este parto instrumental sem histórias e memórias é também sem sujeitos.

Aqui seria necessário um estudo de campo e aprofundamento nas leituras de trabalhos que se debruçaram sobre o partejar tradicional - como é o caso do trabalho de doutorado de Soraya Resende Fleischer (2007) intitulado "Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará". A pesquisadora explica que a assistência do partejar tradicional tem como ponto de partida outro bastante diferente que este da assistência obstétrica conhecida como "oficial" (FLEISCHER, 2007). Apesar de tais saberes e fazeres não serem sequer reconhecidos como uma ciência do partejar estes assim os são e poderiam, inclusive, compor uma epistemologia própria. Contudo, o inventário "Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais de Pernambuco" (MELLO, MÜLLER, GAYOSO, 2015) apresenta que tal cenário parece bastante longínquo da situação em que ainda vivem as parteiras.

Ignoradas pela sociedade mais ampla e por grande parte dos profissionais e gestores de saúde e de cultura (quando não são hostilizadas como figuras perdidas no tempo que colocam em risco a saúde de mulheres e bebês); invisibilizadas pela escassez de políticas públicas eficazes que reconheçam sua importância e garantam condições mínimas para o desempenho do ofício com segurança; reconhecidas e valorizadas em suas comunidades; romantizadas por alguns segmentos da sociedade como ícones de um modelo ideal de atenção ao parto: esses são alguns dos olhares lançados sobre as parteiras tradicionais. Nem anjos, nem demônios; os inventários nos mostram que as parteiras são mulheres "comuns" que desempenham um ofício singular, atendendo a necessidades de suas comunidades e/ou seguindo um "chamado" interior, movidas principalmente pela religiosidade e pelos sentimentos de solidariedade e amor ao próximo. Normalmente, tiram o sustento de outras ocupações (são agricultoras, agentes de saúde, técnicas de enfermagem, costureiras, donas de casa etc.) e consideram o ofício do partejar como uma atribuição perante a comunidade onde vivem, e não como uma profissão. Costumam iniciar-se no ofício em uma situação de parto iminente, em que não há outra pessoa para chamar ou não há tempo para transferir a mulher para outro local, ou através do acompanhamento a uma parteira experiente (GAYOSO, 2015, p. 29).

Ainda neste inventário segue uma explanação da situação:

A parteira tradicional, ao mesmo tempo em que é única, possuindo características próprias que a singularizam (e especificam o ofício), é também plural, sendo vista por diferentes setores da sociedade de formas muito distintas e antagônicas, desempenhando diversos papéis e funções na comunidade em que vive, se adequando às necessidades das mulheres que

buscam seus serviços. (...). Quando chamadas para atender a um parto, largam tudo sem hesitar, a qualquer hora do dia ou da noite, e percorrem a distância necessária, da maneira que for possível, até chegar à casa da parturiente. Muitas levam materiais como tesoura, estetoscópio de Pinard, pinças, entre outros, além de alguma planta medicinal ou reza; outras levam apenas as mãos; todas levam a experiência e a vontade de ajudar. Em seus repertórios de práticas, são comuns vários recursos para "esquentar as dores" ou acelerar o trabalho de parto, como: manter a mulher ativa, sugerindo que caminhe "até não aguentar mais"; utilização de banhos e chás de plantas como erva-cidreira, hortelã-miúda e pimenta-do-reino; utilização de café com manteiga ou de "mingau de cachorro" (espécie de pirão ralo feito com farinha de mandioca e pimenta-do-reino; realização das massagens na barriga da mulher para "ajeitar o bebê" (GAYOSO, 2015, p. 29-30).

Como bem menciona Viana (2015, p.40), outra comentadora deste inventário, as parteiras "são mães de umbigo, assistentes, atendentes de parto, curiosas, cachimbeiras, lavadeiras de menino, aparadeiras(...) que, apesar de nunca ter tido uma formação institucional, a ela se credita a força e o poder de ajudar". Há uma variedade nas situações em que se encontram as parteiras tradicionais ativas no Brasil neste século XXI, desde as que seguem "ajudando" sem condições dignas de trabalho para partejar até as que se graduaram em enfermagem, e assim se inseriram como funcionárias do sistema público de saúde, e ainda as que passaram por curtas capacitações oferecidas pelo governo para obter acesso à kits básicos e autorização para partejar nos locais onde o Estado não tem interesse em "assistir", mas apenas em - de longe - vigiar.

Muitas parteiras aprenderam com outras da comunidade e tendem a ser menos intervencionistas, prestando uma assistência mais individualizada do que no sistema médico. Não utilizam práticas invasivas, ao contrário das que aprenderam o ofício com profissionais médicos ou da enfermagem, ou das que tiveram experiência em hospitais e maternidades. As parteiras usam menos remédios "de farmácia" e mais ervas, durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. O inventário nos alerta para isso também, pois indica que a interface com a biomedicina tem acrescentado às práticas tradicionais das parteiras o uso de certos procedimentos, não raro, em condições absolutamente desfavoráveis (VIANA, 2015, p.42-43).

É observável, entre as parteiras, a característica de "intervencionista" dada as que se formaram ou trabalharam nas instituições de saúde do Estado. Atualmente, na categoria "parteiras tradicionais" está tanto o aprendizado de um parto instrumental que deve substituir - por exemplo - os saberes dos manejos com as mãos e das medicinas das ervas, quanto nas recomendações da vigente "obstetrícia" os antigos saberes da parteria tradicional usurpados há séculos atrás. "De uma forma ou outra, os conhecimentos tradicionais ainda fazem parte da teia do cuidado prestado à mulher e

interagem e se relacionam, constantemente, com o saber técnico e científico ofertado pelo sistema de saúde" (VIANA, 2015, p.40).

Trataria portanto de não mais excluir e então reconhecer que, além da discussão quanto à falta de validade das intervenções obstétricas, como preconiza a MBE, permanece a recusa ao reconhecer a relação entre as medicinas e as tradições - e por que não dizer - a recusa tanto em nomear como ciência estes diferentes saberes e fazeres não acadêmicos, quanto a história de que estes de fato não foram excluídos e sim "perversamente incluídos" (SAWAIA, 2002). O trabalho de Silva (2015) oferece largo apoio para as compreensões em torno do quanto as parteiras não desapareceram, pelo contrário, foram colocadas sob vigilância, foram obrigadas a justificar seus atos e submetidas à autoridade médica e às novas regras de atuação por meio de uma série de regulamentações. O mesmo movimento é observável com relação à parteria como uma ciência do parir - uma ciência dos saberes e fazeres das parteiras - que foi usurpada e segue sem o devido reconhecimento. Antigos manuais de parteiras, publicados por médicos no início do processo de hospitalização, trazem recomendações às gestantes que ainda são prescritas pela medicina convencional contemporânea, como os cuidados com alimentação, atividade física, uso de substâncias tóxicas etc (SILVA, 2015).

Sobre a regulamentação da atuação das parteiras e o apagamento das fontes de seus conhecimentos a história atesta o uso:

Sobre a prática das parteiras, o Decreto 9554/1886 determinava que somente profissionais diplomadas poderiam atuar na assistência ao trabalho de parto normal e nos primeiros cuidados ao recém-nascido. No entanto, assim que a República foi instaurada em 1889, é criado o Conselho de Saúde Pública e o Serviço Sanitário é reorganizado a partir do Decreto 169/1890 que passa a considerar crime a atuação de pessoas não habilitadas de exercerem atividades médicas. Com efeito, a atividade de parteiras leigas torna-se proibida. Em 1896, restringe-se também o campo de trabalho das parteiras com formação. (...). Porém, na ausência de uma escola de partos e diante da demanda pelo serviço, há uma reabertura provisória a práticos, dentre eles as parteiras, desde que aprovados em testes realizados por bancas médicas. (SILVA, 2015, p.30-31).

A tentativa de indução das parteiras ao ostracismo pertenceu ao processo de modernização das cidades, controle da Igreja, legitimação da normáscula e estruturação dos aparatos hospitalares. Como já observado no capítulo anterior, a atuação médica e seus conselhos profissionais seguem protegendo a categoria e criminalizando as protagonistas dos partejares. Respaldados por leis tácitas e explícitas, por programas de

governo, prêmios e políticas públicas, o Estado, desde seu nascimento, supervisiona e subalterna as parteiras.

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil não é homogênea. Embora a maioria aconteça em ambiente hospitalar, partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais ocorrem no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Apesar de ser uma responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma atribuição da atenção primária, ainda são poucas as experiências de articulação e de cooperação mútua entre essas duas realidades. Na maioria das vezes, a atividade das parteiras não é reconhecida como uma ação de saúde que deve ser respeitada. Por isso, o trabalho das parteiras se dá em situação de exclusão e isolamento, sem respaldo e apoio das redes e serviços locais (VIANA, 2015, p.40).

Estas e outras situações de "exclusão" que são melhor compreendidas pelo seu avesso, como propõe Sawaia (2002) com o termo "inclusão perversa", atualizam historiografias que denunciam a realidade dos contemporâneos serviços locais de saúde nas comunidades não-urbanas, por exemplo. Serviços que não oferecem estrutura de trabalho para tais parteiras e tão pouco acesso para as mulheres (transporte público, por exemplo) que precisam se escorar nas parteiras e seus partejares. O trabalho de mestrado de RODRIGUES (2014), "Saúde reprodutiva das mulheres Akwe-Xerente: uma perspectiva intercultural", etnografou tanto a parteria desta determinada cultura indígena brasileira (Akwe-Xerente), quanto a organização do serviço local de saúde que se apropria do sucesso e do "fracasso" desse partejar. Fracasso este construído em cima da necessidade de esconder a programada negligência dos serviços locais que resultam nas mortes evitáveis. Apesar de não ser este o foco da pesquisadora, a morte materna etnografada, revela a presença do biopoder como agência reguladora destes índices já computados para manter a ordem. Ou seja, precisa-se do trabalho destas parteiras atuantes nas comunidades distantes e, para isso, regula-se sua atuação subalternizando-as e desencadeando o assolado desejo das parturientes pela assistência hospitalar.

A trama é repleta de laços e nós e está distante de combater as várias violências e utilizações por parte do Estado. Porém, há algumas iniciativas de aprimoramento do diálogo entre a técnica e a tradição como possibilidades de enfrentamento ao cenário brasileiro. Uma delas é a proposta organizada pela Fiocruz de Brasília e o Coletivo Eu Livre sob o título: "Educação perinatal de base comunitária: saberes tradicionais em saúde feminina"⁶³:

⁶³ Chamada pública – No 04/2019 - Curso livre em Educação Perinatal de Base Comunitária: Saberes Tradicionais em Saúde Feminina. Org.: Escola Fiocruz de Governo-EFG/Gereb/Fiocruz Brasília considerando o Programa Inova Fiocruz (Edital de Ideias Inovadoras). Fonte:

Nascer e parir no Brasil tem se tornado um tema cada vez mais debatido e estudado, como consequência das violências sofridas pelas mulheres e bebês nesse contexto. O modelo obstétrico implementado no país é norteado por diretrizes biomédicas que produzem altas taxas de intervenção durante o pré-natal, trabalho de parto, resguardo e maternidade. Esse curso foi concebido para (re)pensar a problemática à luz do resgate dos saberes tradicionais transmitidos por nossas avós, erveiras, raizeiras benzedeiros e parteiras, debatendo o modelo biomédico. Procuramos proporcionar uma formação que esteja direcionada a qualquer pessoa interessada no tema, para que estas se tornem disseminadoras desse conhecimento. Pretendemos, com isso, promover o empoderamento feminino durante o processo de gestar e parir, fortalecendo a autonomia e a capacidade de escolha informada sobre seu processo gestacional, proporcionando o autoconhecimento em saúde que há muito foi desvalorizado pelos processos de modernização da sociedade (FIOCRUZ BRASÍLIA, 2019⁶⁴).

A iniciativa que propõe alinhar ciência e tradição - nesta assistência ao parto e nascimento - já é recorrente neste século XXI, em especial por parte dos coletivos de parteiras e de alguns profissionais da MBE ou da humanização. Ainda que tal proposta de aliança apresente baixa repercussão nas políticas públicas do país, a aposta neste diálogo entre os saberes tradicionais e os baseados em evidências parece propiciar condições para, quiçá, a construção de uma assistência que faça jus ao respeito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e ao combate à obstetrícia sem evidências. Para tanto são imprescindíveis o acompanhamento e a continuidade de pesquisas sociológicas que destrinchem - cada vez mais - este fato social brasileiro que é a VO e inaugurem novas compreensões acerca dos corpos e sexualidades das mulheres.

O capítulo seguinte discorrerá sobre as resistências e enfrentamentos dos movimentos de mulheres pró parto que lutaram em meio a todas essas dificuldades de um Estado violento e vigilante que se funda a partir da expropriação de seus corpos.

<https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/cvf-node-30225-submission-1182/edital/1521>.
Data: 18/4/2019.

⁶⁴ Fonte: <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/cvf-node-30225-submission-1182/edital/1521>. Data: 18/4/2019.

HISTORIOGRAFIAS A CONTRAPELO NOS MOVIMENTOS DE MULHERES PRÓ PARTO E NASCIMENTO

4.1 Alguns corpos e suas geografias de dor, culpa e expropriação

A assistência ao parto teria passado de ofício a profissão, de affaire de femmes para assunto de homens, de pobres para elites escolarizadas, das mãos negras para as luvas brancas, do rural para o urbano, de saberes populares para saberes científicos, de corpos pulsantes para corpos patológicos, de técnicas mecânicas e ritos espirituais para técnicas químicas, de uma percepção abrangente para um olhar esquadrinhador e meticuloso (TORNQUIST, 2004, p. 98).

Durante quase toda a história da humanidade, os partos e nascimentos foram assistidos por mulheres parteiras, curiosas, aparadeiras, bruxas, raizeiras, benzedadeiras, comadres e matronas. Mulheres conhecedoras do menstruar, engravidar, partejar, abortar, amamentar, alimentar, energizar e adoecer⁶⁵. Esses conhecimentos seculares (ancestrais), ancorados no próprio corpo feminino, são (re)passados e (re)apropriados, (re)combinados e sistematizados a partir de suas próprias histórias de vida, suas multiparidades, suas práticas intensas com o parir e o partejar e também com as transmissões geracionais, heranças ancestrais e tradições orais. Essas experiências acumuladas circunscrevem todo o ciclo da vida sexual e reprodutiva da mulher, do menstruar ao controle dos nascimentos e interrupção das fecundidades, tratam de saberes e fazeres sobre a saúde sexual e reprodutiva dos corpos femininos e empoderam o universo feminino de diferenças, singularidades e também universalidades. Por muito tempo a intuição e as relações comunitárias regularam as instâncias da vida sexual e reprodutiva das mulheres: "...a maioria dos registros históricos indica que, do isolamento instintivo, as mulheres passaram a se entre-ajudar, apoiadas em suas práticas e experiências pessoais" (SCAVONE, 2004, p.128). Mas toda essa articulação,

⁶⁵Segundo a sabedoria popular e as tradições orais, as parteiras, curandeiras e raizeiras tinham - e ainda têm - muitos remédios à base de plantas, experimentados em anos de uso, e que foram usurpados pela farmacologia e indústrias farmacêuticas sem o devido reconhecimento. Como exemplos, temos: a cravagem de centeio que as parterias ainda utilizam para aliviar a dor de parto - e que - está presente nos principais remédios para acelerar o trabalho de parto; a beladona, utilizada para aliviar as contrações uterinas,; e que atualmente está empregada como antiespasmódicos; os hormônios, altamente presentes na placenta, que servem para estancar hemorragias, auxiliar na recuperação do pós parto e para manufatura de remédios imunológicos

autonomia e liderança das mulheres assustou a "época" e se tornou um grande alvo. E o poder das mulheres foi convertido no horror.

O poder de cura era o próprio malefício para a Igreja, já que ele representara a influência dessas mulheres, principalmente na população camponesa pobre, colocando em risco o poder clerical. Além disso, o saber dessas mulheres atingia terrenos considerados perigosos, como a própria sexualidade feminina. As fogueiras dos inquisidores não conseguiram queimar o saber das parteiras e curandeiras, que continuaram praticando partos e curas por muito tempo. Entretanto, a Inquisição acompanhou o processo de legitimação da medicina científica, como afirma Arruda (1987, p.8): "O que a Igreja não consegue dobrar, a instituição médica científica vai usurpar" (SCAVONE, 2004, p.131).

Estudos historiográficos europeus atestaram que a obstetrícia nasceu com as mulheres e, posteriormente, foi usurpada pela medicina mágico-religiosa. E, não sem resistências por parte das mulheres, tal apropriação se deu a partir da idéia de que há, no corpo feminino, a presença de um ser misterioso, escondido, maléfico, incontrolável (indomável, invencível, indomesticável, e que, portanto, devia ser controlado. A construção desse horror, ódio, terror e pavor ao feminino acompanha toda a transição da representação social do aparato reprodutor da mulher como algo potente (muito presente nas tradições orais das mulheres, nos rituais de fertilidade e nos contos das culturas populares) para algo responsável e originário dos males femininos (interpretação religiosa).

Assim, o que foi supostamente eliminado quando essas mulheres foram condenadas à fogueira foi o poder, pois as bruxarias - os saberes e fazeres - advindos de longa experiência empírica conferiam-lhes cura e intervenção. Na Europa, para os inquisidores, e no Brasil, para os colonizadores e senhores de escravos, essa magia era considerada descontrolada, perigosa e maléfica. O contexto destes vários corpos e vidas perseguidas é este da Inquisição - conhecido como "caça às bruxas" e promovido pela Igreja medieval com auge entre os séculos XV e XVII- que teve continuidade no Brasil Colônia com toda a opressão das parteiras, raizeiras, benzedadeiras, curandeiras, indígenas e africanas.

As historiografias brasileiras alegam que entre as acusações das magias e bruxarias locais estava o fato de essas mulheres possuírem talentos médicos e obstétricos. Assim, enquanto a bruxa - parteira/curandeira - foi inferiorizada e amaldiçoada, o parteiro/cirurgião foi apresentado como "Salva-dor" e aliado da grande "ciência". Essas passagens historiografadas da obstetrícia empírica-tradicional-domiciliar-feminina para a obstetrícia médico-científica-hospitalar-masculina foram

fortalecidas a partir de algumas classificações acerca das práticas dessas mulheres, como obscurantistas, ignorantes e causadoras de sofrimento, ou seja, fundamentado nos ideais de racionalidade e progresso, o discurso médico ganhou força na "idade das luzes" - Europa do século 18 para 19 - e no Brasil, no início do período de lutas pela Independência de Portugal e transição do regime colonial-escravocrata para o (atual) capitalista moderno-colonial.

A colonização e a escravidão inauguraram épocas de muita violência física e sexual, perseguições, genocídios, ódios, assédios, abusos e opressões às mulheres indígenas, negras, parteiras, raizeiras, curandeiras etc. Pesquisas já mostraram que houve equívocos nas práticas tanto das parteiras/curandeiras, quanto dos parteiros/cirurgiões. No entanto, é político compreender que, não sem intenções, "os erros das parteiras e curandeiras foram superestimados e utilizados por algumas correntes da medicina científica para depreciar toda e qualquer prática das mulheres em questões de saúde" (SCAVONE, 2004, p.132). Em muitos países, mas em especial nas colônias como o Brasil, todo este processo - de entrada do médico/cirurgião no cenário dos partos e deslocamento das parteiras (primeiramente foram postas como auxiliares e depois definitivamente afastadas) - hierarquizou os conhecimentos culminando no monopólio definitivo da racionalidade médica como a assistência legítima de saúde às mulheres.

Tal monopolização também normatizou o lugar da mulher no interior das vidas familiares e se autorizou no controle de seus corpos e suas sexualidades unicamente vistos como aqueles que cuidam e procriam. Nessa normatização, os cuidados com a vida têm a conotação da esfera privada e doméstica. É a mãe, ou outra mulher em papel similar, que vai se encarregar da alimentação, da higiene, das visitas ao médico e da administração dos remédios quando necessário. Assim, a saúde da família passa pelo âmbito da casa, do privado e da mulher, mas é de domínio científico dos homens (SCAVONE 2004, p. 135).

O poder que os homens "ganharam" sobre as mulheres requer deles tanto submissão à grande "ciência" e seus protocolos, quanto dependência do moderno capitalismo. Tal ilusão que os pacifica como servos do capital impõe a tarefa de "dignificar a masculinidade" às custas das mulheres. Motivada pela busca de maior mobilidade de significados, optei pelas pesquisas que mapearam e destrincharam trajetórias femininas em torno das práticas do parir e do partejar, em diferentes períodos e, a partir das diferentes protagonistas, diversas resistências e divergentes intencionalidades.

Auscultando as trajetórias femininas em documentos e fontes impressas entre os séculos XVI e XVIII, encontrei imagens recorrentemente associadas à dominação e à opressão sobre a mulher. Nelas, a mulher é vítima constante da dor, do sofrimento, da solidão, da humilhação e da exploração física, emocional e sexual; mas tateei igualmente a natureza de discretos poderes que reagiam e resistiam a essas situações pintadas nas imagens, poderes assegurados à mulher através de sua emancipação biológica, tanto quanto de sua emancipação à dominação masculina. Sensibilizei-me ao descobrir, por trás da torrente de discursos normativos sobre o-que-a-mulher-deveria-ser, as populações femininas em sua revanche contra o que significava uma armadilha para assegurar a sua menoridade. No avesso do papel que lhes era delegado pelas instituições de poder masculino, a Igreja e o Estado, elas costumavam as características do seu gênero, amarrando práticas culturais e representações simbólicas em torno da maternidade, do parto, do corpo feminino e do cuidado com os filhos (DEL PRIORI, 2008, p.14).

A autora discorre sobre as dificuldades que encontrou com as fontes documentais uma vez que estas se apresentaram disformes, descontínuas e acidentadas. Eis a tarefa do *trabalho a contrapelo*, nomeado por Walter Benjamin (1985), de escovar as versões reducionistas para narrar as histórias às avessas, com vozes plurais e repletas das tensões existentes. DEL PRIORI (2008, p.14) explica que, além da maioria dos processos encontrados não terem sido narrados pelas mulheres, eles "desnudavam um mundo parcial, desordenado no relato de fatos repertoriados por muitas testemunhas e cheio de eventos minúsculos onde os ódios, as incompatibilidades e as misérias humanas se imbricavam".

Já os relatos e textos de teólogos, moralistas, confessores e médicos, afastados do que fosse acidental ou singular nas vidas femininas, investiam em engordar uma mentalidade coletiva que exprimisse uma profunda misoginia e um enorme desejo em normatizar a mulher. Ela significava uma ameaça... Estava sob suspeita todo o tempo. Nas entrelinhas de questões como 'o pecado' ou 'a doença', escritas por moralistas e doutores, o que se lia era: *cherchez la femme...!* Semelhantes discursos preocupados com a definição das fronteiras, então muito maleáveis entre o público e o privado, postulavam, sobretudo, o papel de cada um dos gêneros nesses espaços. Foi curioso perceber que o enorme interesse emprestado à domesticação da mulher revelava também o consenso masculino sobre o poder civilizador da maternidade (DEL PRIORI, 2008, p.15).

Maternidade civilizada esta que faz direta menção à contemporânea mentalidade escravocrata brasileira (FERREIRA, 2012) e que segue perpetuando a crença de que se encontra a redenção do pecado original ao suportar as violentas dificuldades da vida conjugal e as violentas assistências ao parto e nascimento. Neste engodo jaz a sexualidade da mulher brasileira. "A preocupação em elaborar uma imagem regular da feminilidade adequava-se ao projeto cristão, em cujo enfoque sacramental e místico a sexualidade só encontrava justificativa por meio da procriação" (DEL PRIORI, 2008,

p.217). Este aflito - ou conflito - entre a desejada maternidade e a reprimida sexualidade encontra seu desfecho na hora do parto: textos datados do século XVI construíam ideias das mulheres "santa-mãezinhas que deveriam dar à luz entre dores, redimindo o gênero por terem cometido o pecado original. Devem sofrer com paciência as incomodidades da prenhez e as dores do parto, como pena de pecado, sublinhava o pregador Arceniaga" (DEL PRIORI, 2008, p.218).

A imagem da mulher caseira virtuosa, alimentada durante a gravidez, tinha que dar lugar a outra, bem pedestre, de mulheres aflitas com seus medos e dores. (...) a mulher tinha que incorporar outro papel associado ao sentido mesmo do parto: um papel de sofredora, cujos gritos, muitas vezes além ou aquém da dor, anunciavam a vitória contra a morte e o poder de procriar. O parto, momento por excelência do processo de maternidade, marcava-se com a imagem do sofrimento da mãe. Era preciso sofrer para trazer à luz o fruto. Inaugurava-se, quem sabe assim, o começo de um processo de crédito do qual o filho seria o eterno devedor, fadado a pagar com seu trabalho e carinho o nascimento entre dores. A Igreja encontrava nessas imagens a justificativa mesma do pecado original e da condenação à vida terrena. Todas as mulheres personificadas em Eva necessitavam das regras eclesíasticas para serem adestradas, e, assim, pagarem o pecado ancestral. Nesses tempos, sim, a anatomia impunha um destino (DEL PRIORI, 2008, p.224).

Há sinais de que já estamos nos tempos dos sofrimentos incorporados. Uma parte deste livro de Del Priori (2008), intitulada "Mentalidades e práticas em torno do parto - Parir com dor", descreve meticulosamente as operações realizadas nas mulheres em trabalho de parto nomeando-as como "barbaridades" e "rituais monstruosos". Inclusive, nomeia o uso do arsenal de instrumentos médicos como tortura (p. 228-9). Nestes relatos, é contrastante a presença das parteiras nos partos onde a fisiologia "ia bem" e o abuso médico - autorizado - nos partos considerados complicados e arriscados. As descrições são terríveis, porém muito atuais, assim como o deslocamento da "dor" do parto. Apesar da atualidade da afirmação a seguir, Telles (2011) apresenta como a prática abusiva dos médicos em obstetrícia atravessou o século 19:

Em uma maternidade municipal que funcionou no Rio no início da década de 1880, os partos eram feitos na presença de estudantes, que podiam apalpar, observar a dilatação e examinar as mulheres, provavelmente contra a vontade delas. O conhecimento médico em obstetrícia nesse período foi desenvolvido sobretudo a partir da experiência com mulheres pobres ou escravas (TELLES, 2011, p.98).

Do silenciamento das mulheres em suas consultas particulares de pré-natal aos gritos (des)governados nas salas de parto de um hospital público brasileiro do século 21 (e ativo desde o século 19) está a diferença, enquanto a primeira mulher será

encaminhada à cirurgia cesariana na data conveniente, a segunda será levada às últimas consequências para que se realize um parto vaginal sob o protocolo da vulva mutilada. Neste caleidoscópio cultural qualquer giro (des)focará a sentença: a cada corpo uma cor, a cada nascer uma dor. Reprime-se a história de indução desta dor, nega-se a função político-social imbuída nesta dor e imposta a cada parto, conforme sua "cor". Reprime-se o fator de "obrigatoriedade" desta dor - anestesiada ou intensificada - já instituída como parte intrínseca de todos os partos e nascimentos da modernidade. Em outras palavras, a "força" presente em um trabalho de parto ativo é recalcada e deslocada para se colocar, no centro, uma dor pungente e vigilante. E, para confirmar - e recalcar o recalcado, é em torno desta dor que se constitui a "solidariedade" da ciência e assistência médica da normáscula.

Ao se negar que a dor infligida - da violência - foi instituída, invisibiliza-se o fato de que a mesma está a serviço da culpa criada e da punição administrada, legitima-se a "benfeitoria" médica. Esta dor comove médicos, parteiras, famílias e comunidades, desperta um "instinto ideológico de assistência" que promete minorar os tormentos que acompanham a maternidade, outorga ao que "assiste" o lugar de protagonista, *Salvador* ou semi-Deus, e assim, as operações tenebrosas se estabelecem autorizadas e legitimadas. Enquanto que, no modelo tutelado pela Igreja, o sofrimento do parto era um desígnio divino - uma pena às mulheres que cometeram o pecado original e por punição nada podia ser feito para aliviar os riscos e dores do parto; no modelo assistencial a obstetrícia entra para a história como a resgatadora das mulheres.

Onipotentemente, a ciência revoga a sentença "parirás com dor" e traz para si a preocupação humanitária de resolver o "problema" da parturição (MENDONÇA, 2015; DINIZ, 2005; VO: PARIRÁS COM DOR, 2012). Neste paradigma, o parto é um evento fisiologicamente patogênico, uma forma de violência intrínseca às mulheres e um fenômeno que sempre implicará danos, riscos e sofrimentos. Entre a mulher culpabilizada por sua sexualidade e a mulher vítima de sua natureza uterina, está o papel do médico obstetra ocupado em antecipar e combater os muitos perigos do desfiladeiro transpelveino.

As construções sociais acerca da dor do parto como arapucas do mal que acometem o corpo feminino são dobradas com a construção de imagens horrendas e desdobradas por articulados relatos de sofrimento. Para "DeLee, o parto equivaleria a cair com as pernas abertas sobre um forçado (a passagem do bebê pela vulva), e para o bebê, a ter sua cabeça esmagada por uma porta (a passagem pela pélvis óssea)" (VO:

PARIRÁS COM DOR, 2012, p. 12). A pesquisadora Diniz (1997) também encontra equivalências entre o ideal da maternidade, a violência física e sexual da assistência médica e a passagem da criança pelos genitais quando narra que o parto é explicado - em textos e relatos - como uma espécie de estupro invertido.

Durante várias décadas do século XX, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado deram à luz inconscientes. O parto sob sedação total (“sono crepuscular” ou *twilight sleep*) começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos nos anos 1910, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das elites. Envolveu uma injeção de morfina no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido. Geralmente o parto era induzido com ocitócitos, o colo dilatado com instrumentos e o bebê retirado com fórceps altos. Como a escopolamina era também um alucinógeno, podendo provocar intensa agitação, as mulheres deveriam passar o trabalho de parto amarradas na cama, pois se debatiam intensamente e às vezes terminavam o parto cheias de hematomas. Para evitar que fossem vistas nesta situação vexatória, os leitos eram cobertos, como uma barraca (Wertz, 1993). No Brasil, o parto inconsciente teve em Magalhães [1916] um expoente: ele desenvolveu para uso no parto a mistura de morfina com cafeína: “Lucina”, um dos nomes da deusa Juno (VO: PARIRÁS COM DOR, 2012, p.13).

Após muitas décadas, quando a alta morbimortalidade materna e perinatal passou a ser considerada inaceitável, abandonou-se este modelo de assistência médica do parto instrumental com sedação completa. Abandonou-se tal prática para vivenciar o advento das novas anestésias, consideradas mais seguras. Nas áreas urbanas, este novo modelo hospitalar considerado mais seguro, se expandiu como padrão de assistência médica ao parto e nascimento e já na metade do século XX o processo de hospitalização do parto estava instalado com sucesso legitimado na grande maioria dos países industrializados (DAVIS-FLOYD, 2001). O poder político representado pelo desenvolvimento e ideal de progresso deu à medicina obstétrica ocidental o lugar de ciência, calcada na tecnocracia e na sociedade hierarquizada.

Deste modo, o monopólio da obstetrícia pela medicina científica implicou na entrada das práticas tocológicas da era do capitalismo industrial: uma medicalização sofisticada do parto e sua instrumentalização, como as cesarianas e os partos vaginais repletos de intervenção. Assim, as parturientes passaram a viver seus partos "conscientes", porém amarradas e imobilizadas, assistidos por pessoas desconhecidas, separadas de seus parentes e pertences, com as barrigas cortadas ou as pernas abertas e levantadas, com o funcionamento de seus úteros acelerados com ocitócitos sintéticos e

reduzidos com anestésias e analgésias etc. Silenciadas e submetidas aos protocolos, as mulheres vêm organizando suas falas sobre estes castigos e punições.

E nessa linha de resistência Del Priori (2008), analisando o Brasil Colônia, aponta para os modos de vislumbrar e alcançar possibilidades de emancipação no bojo da própria violência e submissão:

Se, malgrado tanto sofrimento e tanta incerteza quanto ao encaminhamento do parto, as mulheres não paravam de reproduzir, não seria porque esta era especificamente a sua função na sociedade colonial? A capacidade de enfrentar a dor para dar à luz não seria um estigma da fisiologia feminina condenado *tota mulier in utero*? Não seria esta a melhor maneira de redimir-se o pecado original, segundo a Igreja? Acreditamos que tais questões deviam pertencer à mentalidade do período no que dizia respeito à fisiologia feminina e à maternidade. Essa longa trajetória de sofrimento físico ajudou certamente na construção da *devotia* mariológica em colônias e na eleição desse papel - e de mãe - para as populações femininas. Sobreviver a um parto ou a mais de um elevava-as ao *status* de santas, restituindo-lhes uma identidade que o mais da vida social lhes negava. No parto, as mulheres encontravam-se consigo mesmas e com o seu gênero. Razão de sobra, portanto, nesta Colônia em que elas eram sós e destituídas de valor, para continuar parindo (DEL PRIORI, 2008, p. 230-231).

O lapso respaldado por estes estudos é que simultâneo ao lugar desta maternidade - a mãe enaltecida e a mulher domesticada - também possa estar uma cultura coletiva entre mulheres que caminha, desde anteriormente e depois em paralelo aos estudos médicos acerca do parto. Algo que talvez não trate apenas daqueles poderes e lideranças, mas em especial da autonomia e articulação entre elas que, segundo a autora, é como 'uma aliança de gênero em prol da emancipação pessoal de cada mulher'. Se percorrermos outras historiografias, rumo norte e de outras décadas mais tardes da história, encontraremos diferentes coletivos, expressões e resistência também voltadas para a sororidade. No fim dos anos 1950, nos EUA, uma revista chamada *Ladies Home Journal* (Revista para Donas de Casa) publicou um artigo intitulado *Cruelty in Maternity Ward*⁶⁶ (Crueldade nas maternidades) com narrativas de parturientes e enfermeiras falando das situações desumanas que vivenciaram e presenciaram no parto.

O termo utilizado foi "crueldade" e tais registros faziam referência aos tratamentos de tortura - supracitados - como o sono crepuscular (*twilight sleep*), a combinação de morfina⁶⁷ e escopolamina⁶⁸ que produz sedação e também grande

⁶⁶ Schultz GD. *Ladies' Home Journal*. May, 1958. Cruelty in maternity wards; pp. 44-45, 152-155.

⁶⁷ A morfina é um fármaco narcótico de alto poder analgésico usado para aliviar dores severas. O nome da substância tem origem no deus grego dos sonhos, Morfeu. Com a invenção da agulha hipodérmica em 1857, o uso da morfina generalizou-se para o tratamento da dor. Foi utilizada na Guerra Civil Americana, resultando em 400 mil soldados com síndrome de dependência devido ao seu uso impróprio. A heroína,

agitação psicomotora e eventuais alucinações. Assim como o uso abusivo do fórceps e a imposição da litotomia com pernas amarradas, pulsos algemados e consequentemente lesionados. Dentre outros hematomas que deixam rastros pelo corpo (DINIZ, 2015b; GOER, 2010). A publicação da matéria reverberou outros tantos depoimentos-denúncias. Mulheres leitoras se viram estimuladas a enviar suas cartas à revista reforçando a realidade de tais crueldades e abusos - termos usados naquele contexto. Um desdobramento importante desta compilação de depoimentos-denúncias foi a criação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia, atualmente conhecida como *Lamaze International*⁶⁹.

No mesmo ano, em 1958, no Reino Unido, um movimento de mulheres também elaborou suas denúncias e, também utilizando o termo crueldade, criou *The Society for the Prevention of Cruelty to Pregnant Women* (Sociedade pela Prevenção da Crueldade contra as grávidas). A carta de fundação dessa Sociedade, publicada no jornal *The Guardian*, continha denúncias muito similares às da época e também às atuais, como: a solidão, a falta de simpatia, negação de privacidade, desrespeito, insensibilidade, ignorância, falta de consideração e consentimento; má alimentação, reduzido horário de visita, privação de sono e impossibilidade de descansar, falta de acesso ao bebê, rotinas rígidas e grosseiras etc (DINIZ, 2015, p.2).

Livros de feministas entre os anos, 1960 e 1980, como Rich (1979) e *Our bodies, Ourselves* (1970), reforçam as críticas, tentam sensibilizar os profissionais de saúde, apontam para os absurdos das práticas e dão voz às mulheres submetidas aos maus-tratos. No entanto, apesar destas denúncias datarem os anos 50 do século XX, os atos prescritos como assistência à saúde da mulher gestante, em parturição e abortamento não foram transmutados mas mais mascarados por terem adentrado o rol dos protocolos hospitalares. Daí a relevância deste percurso que culminou na nomeação desta

cujo nome científico é diacetilmorfina, foi derivada da morfina em 1874. Data: 22/03/2017. Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Morfina>

⁶⁸ A escopolamina é um fármaco antagonista dos receptores muscarínicos, também conhecido como uma substância anticolinérgica. É obtida a partir de plantas da família Solanaceae sendo um dos seus metabólitos secundários. Atua impedindo a passagem de determinados impulsos nervosos para o sistema nervoso central pela inibição da ação do neurotransmissor acetilcolina. É utilizada como antiespasmódico, principalmente em casos de úlcera do estômago, úlcera duodenal e cólica. A escopolamina é classificada como uma substância anticolinérgica, possui efeitos alucinogênicos fortes, seu uso inadequado pode causar efeitos colaterais como: boca seca, pupilas dilatadas, garganta seca, cessação da produção de saliva, mucosas nasais e suor, tornando a pele quente, seca e ruborizada, tontura, náuseas e vômitos, alucinações e delírios, na maioria das vezes pesadelos, sensações de pânico e agonia, visões de cadáveres, monstros, sensação de estar sendo perseguido, inconsciência, coma e morte. Data: 22/03/2017. Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Escopolamina>.

⁶⁹ <http://www.lamazeinternational.org/>

assistência violenta, abusiva, cruel, discriminatória, criminosa, desrespeitosa etc. O termo atual - "violência obstétrica" (VO) - com suas tipificações, conceituações e legislações é resultante de um longo processo grupal de mulheres que seguem trabalhando pelas transformações.

Ficaram sobras e foram multiplicadas - apesar daquelas tentativas de aniquilamento seguidas de vigilância. E na simultaneidade dessas resistências há duplicidades como memória/esquecimento. O apagamento social e esquecimento induzido dos conhecimentos usurpados das parteiras reverberam na assistência obstétrica praticada hoje, da mesma forma como a memória desses fazeres ecoam nos coletivos organizados por e de mulheres. Contudo e/ou portanto segue o fato de que a assistência à saúde sexual e reprodutiva da quase totalidade das mulheres é esta, nomeadamente por violência obstétrica. E é por isso que se faz necessário agudizar a reflexão sobre este corpo e suas geografias existenciais fundantes que, ao atestar a vida em cada parto e nascimento, lhe carimba a forma do óbito. Afinal, trata-se de uma violência - obstétrica - que atua como punição sexual às mulheres para mantê-las sob administração do Estado. Punição e controle estes que, operados pelos profissionais da saúde, disciplinam os corpos para o Estado.

Cada um desses breves trechos percorridos até aqui não só remontam os tempos longínquos da intensa relação das mulheres com o parto, como apontam para a insistente expropriação de seus corpos e vidas. Se olharmos para a espiral dessas experiências violentas e existenciais da condição humana a partir do termo "corpos incircunscritos" de Caldeira (2000) retornaremos à compreensão da relação instrumental entre violência e ordem na construção primária do atual sistema que vivemos. Como ironiza a autora, muito embora o Brasil seja uma democracia política, com direito à participação e livre organização, e tenha direitos sociais legitimados, os aspectos civis - igualdade perante a lei - e os aspectos da cidadania reprodutiva, por exemplo, são continuamente violados - e o grau é a depender do grupo social em questão.

O corpo é concebido como um *locus* de punição, justiça e exemplo no Brasil. Ele é concebido pela maioria como o lugar apropriado para que a autoridade se afirme através da inflicção da dor. Nos corpos dos dominados - crianças, mulheres, negros, pobres ou supostos criminosos - aqueles em posição de autoridade marcam seu poder procurando, por meio da inflicção da dor, purificar as almas de suas vítimas, corrigir seu caráter, melhorar seu comportamento e produzir submissão. Para entender como essas concepções e suas consequências podem ser aceitas como naturais na vida cotidiana, não é suficiente simplesmente desvendar as associações de dor e verdade, dor e desenvolvimento moral ou mesmo dor e um certo tipo de autoridade. Essas concepções de punição e castigo estão associadas a outras noções que

legitimam intervenções no corpo e à falta de respeito aos direitos individuais (CALDEIRA, 2000, p. 370).

O confronto é no micro com mirada para a fonte do macro-político. E o macro não se resumiria ao Estado enquanto governo federal brasileiro - por exemplo - mais certo seria nomear que o confronto é com o sistema patriarcal atuante também em todas as instituições sociais de nossa sociedade brasileira que é moderna, colonial, imperialista e/ou capitalista etc. Federici (2004) dissecou leituras e traçou estudos em torno do disciplinamento e domesticação das mulheres, refaz as aproximações que acompanharam a transição do feudalismo para o capitalismo e com ele a racionalização da sexualidade que fundou o patriarcado. Escancara as atuais políticas do corpo respaldadas na misoginia e preservadas pela tarefa de manter a ordem deste atual sistema capitalista moderno-colonial em funcionamento - em detrimento de algumas expropriações. A autora examina o extermínio das bruxas como um ato fundacional do sistema capitalista que domestica mulheres. Os raros registros do brutal massacre que foi a caçada às bruxas omitiram o serviço de expropriação realizado. O corpo das mulheres, seu trabalho e seus poderes - incluindo os sexuais e reprodutivos - foram colocados sob controle do Estado e transformados em recursos econômicos. Sobre os primórdios da construção da misoginia, violência e punição sexual contra os corpos e as vidas das mulheres promovido e sustentado pelo Estado, Federici (2004) narra que:

No final, no entanto, do século XV, foi lançada uma contra revolução que agiu em todos os níveis da vida social e política. Primeiro, as autoridades políticas fizeram esforços importantes para cooptar os trabalhadores mais jovens e rebeldes através de uma política sexual maliciosa, que lhes deu acesso a sexo gratuito e transformou o antagonismo de classe em hostilidade contra as mulheres proletárias (FEDERICI, 2004, p.78-79, tradução nossa)⁷⁰.

A entrega destes corpos a serem abusados a estes outros investidos de abusadores converte todos em máquinas de (re)produção de trabalhadores e trabalhadoras. Portanto, no que tange aos corpos - máquinas de reprodução, está proibido abortar, apropriar-se de si, de seu corpo, sua vida e sua sexualidade. Federici (2004) mostra que a falsa liberação das mulheres de uma certa produção de trabalho foi sua sujeição às específicas restrições da reprodução da espécie. A esta obrigatoriedade

⁷⁰ Tradução de "A finales, no obstante, del siglo XV, se puso en marcha una contrarrevolución que actuaba en todos los niveles de la vida social y política. En primer lugar, las autoridades políticas realizaron importantes esfuerzos por cooptar a los trabajadores más jóvenes y rebeldes por medio de una maliciosa política sexual, que les dio acceso a sexo gratuito y transformó el antagonismo de clase en hostilidad contra las mujeres proletarias".

dada às mulheres - de obedecer seus corpos como objetos com único funcionamento - foi dado o nome de maternidade compulsória. Ou seja, por diferentes meios o feminismo apontou para o fato de que este sistema capitalista impôs às mulheres a reprodução da força de trabalho como trabalho forçado sem remuneração.

O capitalismo não existiria sem a apropriação do trabalho doméstico e materno não remunerado das mulheres, e tal expropriação da mulher de antemão já a desvaloriza na hierarquia laboral generificada. Eficiente por meio do casamento e das relações maternais esta serviçal não pode exercitar o seu poder e por isso deve-se administrar seus prazeres sexuais, amistosos e profissionais. Federici (2004), ao enfatizar que a luta contra as desigualdades passa pelo corpo e, principalmente, pelo da mulher, apruma o retorno à luta pelo combate à VO. É necessário seguir adiante e os movimentos de mulheres seguem. O próximo item discorrerá sobre os percursos que antecederam a nomeação da VO, a desigualdade dessa assistência misógina oferecida às diferentes mulheres do sul - as usuárias do SUS *versus* usuárias da saúde suplementar, e ao final, apontará para a implementação da humanização como política pública situada no paradoxo das violências e direitos.

4.2 Desigualdades da saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres do sul

Apesar de não haver evidências científicas consistentes de que os partos e nascimentos hospitalares eram/são mais seguros que os partos domiciliares ou em casas de parto, o parto hospitalar e o conhecimento médico não apenas se instauraram como lugar de poder e dominação, como tornou ilegal todos os demais saberes e fazeres relacionados à saúde reprodutiva das mulheres. No entanto, a busca por outras mulheres para auxiliar no trabalho do parto nunca deixou de existir. Diante deste paradoxo, os movimentos feministas em prol da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos têm ocupado papel central na crítica a esta ciência médica dominante e na reivindicação de melhoria nas políticas públicas de saúde. Alguns exemplos deste cenário são: o movimento de usuárias pela Reforma no Parto nos EUA na década de 1950; a criação dos centros de saúde feministas e os Coletivos de Saúde das Mulheres nas décadas de 1960 e 1970; as mulheres que foram às ruas da Inglaterra na década de 1970 entre outras. Todas as lutas para reivindicar o direito ao acompanhante no parto, à liberdade

nas posições, aos direitos a partos assistidos por parteiras, criar organizações civis - como as brasileiras da década de 1980 etc.

A formação de grupos feministas voltados exclusivamente para as questões da saúde sexual e reprodutiva contribuiu com o trabalho de valorização do saber empírico das parteiras e também com a transmissão destes via espaços informais de ensino-aprendizado nos quais circulavam informações científicas e tradicionais sobre o ciclo sexual e reprodutivo das mulheres (SCAVONE, 2004, p.137). Fonn e Ravindran (2013) analisam este período da saúde sexual e reprodutiva do final dos anos 1970 até o fim do século XX e observam que as participações das ativistas feministas nas reuniões dos organismos internacionais foram fundamentais para as reformulações teórico-conceituais, porém ainda são grandes as questões em torno da implantação e implementação das políticas nos países em desenvolvimento. Especificamente, as problemáticas relacionadas à diferença, diversidade e desigualdade fortemente presentes entre as mulheres que habitam o hemisfério sul.

Nós [ativistas dos direitos e da saúde da mulher] raramente nos preocupamos com a forma como essa nova variedade de serviços integrais de saúde reprodutiva deveria ser financiada, organizada ou administrada, se os sistemas de saúde em vários países em desenvolvimento teriam a capacidade de implantar e implementar esses serviços de maneira eficaz e como as mudanças macroeconômicas estavam afetando a capacidade dos países para cumprir com os compromissos firmados no Cairo (FONN e RAVIDRAN, 2013, p. 18).

As autoras anunciam a pouca preocupação com as mudanças efetivas do que se é dito e assinado, com as diferenças na adaptação das medidas a cada território e, ainda, com as desigualdades existentes entre as mulheres. Desde os anos 1960 e 1970 a discussão sobre as violências configuram um novo perfil no quadro dos problemas de saúde do Brasil e do mundo. Pouco tempo antes desse marco, a violência não era uma questão para e da saúde pública, no entanto, para além das violências sociais afetarem a saúde diretamente, elas também estão presentes nas próprias práticas médicas - como é o caso da atual assistência médica-hospitalar ao parto, aborto e nascimento. Admitir que a violência não é apenas "socorrida" pelas assistências, mas também causada e praticada pelos profissionais das assistências - é o desafio.

Segundo Minayo (2006), em uma primeira instância, os profissionais da área da saúde compreenderam as situações de violência como 'causas externas', ou seja, causas que afetam a saúde dado o único fato de que as consequências dela são "tratadas" nos

hospitais, clínicas e consultórios. Vagarosamente e com grandes resistências por parte do corporativismo médico, teve início o debate do quanto as ciências e as práticas médicas na área da saúde também são causadoras de violência. A citação abaixo diz desta primeira compreensão:

Por ser um fenômeno sócio-histórico, a violência não é, em si, uma questão de saúde pública e nem um problema médico típico. Mas ela afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. Nos últimos anos, o setor saúde introduziu o tema em sua pauta, consciente de que pode contribuir para sua discussão e prevenção (MINAYO, 2006, p. 45).

A dinâmica da inclusão de uma leitura mais complexa sobre as violências e a legitimação deste fato social como fenômeno intrínseco não apenas às práticas culturais, mas também às variadas políticas públicas, como as de saúde, por exemplo, tem se dado vagarosamente no âmbito nacional e internacional. Minayo (2006), assim como outras/os pesquisadoras/es, faz uma descrição analítica dos documentos, encontros, reuniões, planos de ação e iniciativas que demonstram quão restrito é este enfrentamento por parte dos organismos de maior referência no mundo, como a Opa (Organização Panamericana de Saúde) e a OMS. Em 1993, a OMS escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote de celebração do Dia Mundial da Saúde. Em 2002, a organização revelou em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que, por ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida por causas violentas. "Só no Brasil, somente na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes e dessas, cerca de 400 mil faleceram por homicídios (MINAYO, 2006, p.46)". Os dados podem ser mais alarmantes, dado o fato do recorte de gênero, classe, raça-etnia, sexualidade etc. não estar claro e as violências não tipificadas.

Observa-se um movimento de ir e vir com a temática das violências - ora presente, ora ausente. E, quando não totalmente ausentes, a forma como são abordadas ainda parece ser bastante superficial, homogênea e simplificada. Ou seja, no campo da saúde, apesar da relação direta e intrínseca com as violências, tal problemática e paradoxo todavia não tem a seriedade e o compromisso político e social que necessita.

Na área da saúde reprodutiva, as lutas feministas pelos direitos sexuais e reprodutivos aparecem como determinantes tanto para as conquistas quanto para as

denúncias. E um exemplo é a desigualdade entre as mulheres dos países do norte e dos países do sul e - ainda - a que se localiza entre as mulheres do sul. As situações de violência perpassam os marcadores sociais e, a partir deles, revelam-se as desiguais experiências entre as diferentes mulheres. Desde a antiga relação com o aborto, as políticas de controle de natalidade, os métodos contraceptivos da esterilização, as aplicações hormonais largamente testadas nas mulheres do sul, os altos índices de morte materna e neonatal até as recentes características tipificadas e diferenciadas da violência obstétrica.

Décadas atrás, algumas multinacionais exigiam atestados de esterilização de suas trabalhadoras e "a adesão das mulheres brasileiras à esterilização se deu permeada pelas profundas desigualdades sociais existentes no país, onde as regiões mais pobres têm as taxas mais altas de esterilização (SCAVONE, 2004, p.60). Narrativas de mulheres que tiveram suas primeiras/os filhas/os via "parto vaginal" no sistema público brasileiro, contam que sua última/o filha/o nasceu da cesariana acompanhada da esterilização não consentida.

Diferentemente da militância que brotou da corporação médica na última metade do século XX, denunciando e buscando solução contra os abusos que vitimam crianças e adolescentes, a introdução da violência contra a mulher na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento pressionou e continua a pressionar o setor da saúde para que atue ativamente e dê respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (MINAYO, 2006, p. 47).

O rompimento com o biodeterminismo e as noções políticas produzidas nos movimentos feministas foram incorporadas às ciências sociais propiciando maiores visibilidades às desigualdades de gênero e demais situações de violência contra as mulheres. "A explicação causal de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres determinavam socialmente as desigualdades sexuais foi amplamente contestada pelo feminismo (...)" (SCAVONE, 2004, p. 45). A abordagem de gênero na análise dos processos sociais deu lugar ao surgimento e incorporação de novos conceitos nas ciências sociais que vêm impactando a área da saúde, dado os limiares entre o social e a biologia. Entre estes estão os conceitos "saúde reprodutiva" e "direitos reprodutivos" cujas noções foram expandidas a partir da metade dos anos 1980 e após o Congresso Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos que ocorreu em Amsterdã/

Holanda⁷¹. O I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdã, Holanda, em 1984, obteve consenso global de que esta denominação traduzia um conceito mais completo e adequado do que “saúde da mulher” para a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres (CORRÊA, 1999).

Na origem deste conceito estava presente umas das ideias fundadoras do feminismo contemporâneo: o direito ao próprio corpo, baseado nos princípios de autonomia e liberdade, expresso na máxima: "Nosso corpo nos pertence". Os direitos reprodutivos nasceram da luta do Movimento Feminista Internacional para obtê-los - direito à livre escolha da maternidade, ao aborto, à contracepção - e podem ser considerados, do ponto de vista dos direitos humanos, uma ampliação deles⁷². Porém, do ponto de vista feminista, a noção dos direitos reprodutivos tinha um significado político social mais abrangente, pois ela remetia ao questionamento das relações de gênero tanto no interior da família como na orientação das políticas de planejamento familiar em vigor. Não se tratava só de politizar as questões provadas e trazê-las para o debate público, mas, sobretudo, mediante esta luta, alcançar a equidade de gênero (SCAVONE, 2004, p. 56).

No Brasil, no final dos anos 1970 e começo dos anos 1980, as questões reprodutivas - como o direito ao aborto e à contracepção segura - começaram a ser discutidas no contexto do fim da ditadura militar e retomada dos direitos políticos confiscados. Paralelamente, os feminismos negros e decoloniais apontavam para a desigualdade entre as mulheres e a necessidade de captar a consubstancialidade das violências de todos os marcadores sociais, ou seja, as relações de gênero, cor, sexualidade, classe etc. que perpassam todas as violências gerando desiguais resultantes. A relação das lutas feministas com os direitos gerais e os direitos específicos é uma característica central dos feminismos latino-americanos que, ao mesmo tempo que têm uma pauta coletiva de gênero, tem uma própria que denuncia as desigualdades entre as mulheres do sul, por exemplo: entre mulheres que frequentam o SUS e as que tem convênios médicos e acessos à rede privada etc. situações estas que desenham as cenas mais recentes - e não apenas metafóricas - de um parto vaginal instrumental com "dor" e "cor", e outro cirúrgico "sem cor" e "indolor".

⁷¹ Neste congresso debateu-se as políticas demográficas, em curso, nos países do sul e também o incremento das técnicas contraceptivas nos países do norte.

⁷² Reprodução da nota da autora: "Esta perspectiva de expansão dos direitos foi concebida por Maschall (1964) e retomada por diversos autores, entre eles Bobbio (1992). Tal concepção distingue pelo menos três gerações de direitos - os direitos civis, políticos e sociais - daqueles direitos mais específicos entre os quais poderíamos incluir os reprodutivos. Marques-Pereira & Carrier (1997) classificam os direitos reprodutivos como os de quarta geração. Jelin (1994) observa que estas classificações não devem ser consideradas hierárquicas; elas representam no interior dos organismos internacionais - tal qual as Nações Unidas, que adotam a terminologia de geração de direitos - o estágio histórico deste debate" (SCAVONE, 2004, p. 55-56).

Lugones (2008) chama de opressões múltiplas as marcas potentes de sujeição e dominação que atuam de tal forma que nenhuma delas, ao estar oprimindo, modela e reduz uma pessoa sem estar tocada ou separada de outras marcas que, ao estar também oprimindo, molda e reduz essa pessoa). Esta compreensão sobre a trama das violências envolvidas na VO é a da interseccionalidade, consubstancialidade, correlação ou combinação de uma série de opressões hierarquizadas. Com este prumo, a proposta da autora remete ao que pode e deve ser coletivo, diverso, solidário e horizontal - por isso sua crítica propositiva pode nortear uma leitura analítica sobre a desigualdade na saúde sexual e reprodutiva entre as mulheres do sul.

É importante esclarecer que as críticas sobre os problemas de assistência ao parto têm uma trajetória muito maior do que a legislação sobre violência obstétrica e sua reivindicação retórica no ativismo atual. Desde 1960, tem havido um notável ativismo por parte de ações por partos e movimentos respeitados pelos direitos das mulheres e pela saúde reprodutiva, que fizeram avanços importantes nos anos 80 (Burt, 1978). Alguns dos destaques são as convenções internacionais sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR), onde a saúde reprodutiva é estabelecida como um aspecto essencial ao bem-estar humano e para a realização da igualdade de gênero, mas acima de tudo, destacamos as recomendações da tecnologia apropriada para o nascimento (OMS, 1985), publicado pela OMS em 1985. Estas, conhecidas como Recomendações de Fortaleza, reconhecem como pontos cruciais o direito a serviços de informação para as usuárias de obstetria e medicalização do parto, constituindo-se hoje em dia em um dos documentos mais citados pelo ativismo em torno do parto (SÁNCHEZ, 2015, p.94-95, tradução nossa)⁷³.

Em 1990 o Banco Mundial elaborou um Relatório sobre a Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil "com um estudo detalhado sobre os principais problemas reprodutivos das brasileiras, demonstrando que o conceito [saúde reprodutiva] já estava sendo assimilado pelos organismos internacionais" (SCAVONE, 2004, p.49). Enquanto que na década de 1980 o tema da violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e no campo programático da saúde, foi apenas na década de 1990 que a Omas e a OMS reconheceram o tema da violência congregando, por exemplo, o debate da

⁷³ Tradução de "Cabe aclarar que la crítica en torno a las problemáticas de la asistencia al parto tiene una trayectoria mucho mayor que la legislación en torno a la violencia obstétrica y su reivindicación retórica en el activismo actual. Desde 1960 existe un notable activismo por parte de movimientos por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, que lograron avances importantes en la década de 1980 (Burt, 1978). Algunos de los más destacables son las convenciones internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reprodutivos (SRHR) en las que se establece la salud reproductiva como un aspecto esencial para el bienestar humano y la consecución de la igualdad de género, pero sobre todo, podemos destacar las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985) publicadas por la OMS en 1985. Éstas, conocidas como las recomendaciones de Fortaleza, establecen como puntos cruciales el derecho a la información de las usuarias de los servicios de obstetricia y la desmedicalización del parto, constituyendo hoy en día uno de los documentos más citados por el activismo en torno al parto"

violência de gênero, do aborto e da morte materna (SCAVONE, 2004; MINAYO, 2006).

E foi na década seguinte, início do século 20, que pesquisadoras e ativistas definiram o termo “violência obstétrica” como um conceito/categoria capaz de compor as experiências e acúmulos da saúde reprodutiva e do enfrentamento da violência de gênero com suas opressões correlatas. Aproximações analíticas acerca das diferenças desiguais de parir e nascer no Brasil resulta no termo VO denunciado a partir dos protocolos médico-hospitalares desnecessários, dolorosos e não baseado em evidências que atestam atuações misóginas, racistas, fóbicas, preconceituosas, discriminatórias e desumanas implícitas na prática hospitalar de assistência às mulheres grávidas, em parturição ou abortamento.

O quadro abaixo (Quadro H) descreve formulações conquistadas pelas mulheres e suas pautas feministas, em encontros da década de 1990, que se tornaram referenciais internacionais no enfrentamento da violência de gênero e suas opressões correlatas.

Quadro H- Referenciais internacionais para o enfrentamento da violência de gênero e suas opressões correlatas (1990 - 2001)

Ano	Referenciais Internacionais	Descrição comentada
1990	World Bank, Brazil. Women's Reproductive Health (WORLD BANK, 1991)	Banco Mundial elaborou um Relatório sobre a Saúde Reprodutiva da Mulher no Brasil.
1994	Conferência do Cairo. (UNFPA, s.d.)	Feministas consolidam a noção de "saúde reprodutiva" chamando a atenção para a "cidadania reprodutiva", isto é: adoção de uma postura crítica às políticas com fundamentos antidemocráticos e atenção às desigualdades socioeconômicas e contradições políticas presentes nas questões reprodutivas.
1994	Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher "Convenção de Belém do Pará", Brasil. ⁷⁴	Tratado internacional (de referência) sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres: adota um paradigma feminista, uma abordagem diagnóstica situacional e conceitos, como: violência de gênero, patriarcado, sexismo. Inclui diretrizes de implementação de políticas públicas para os Estados signatários.
1995	IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz” e Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência - Conferência de Beijing ⁷⁵	Foi consenso, entre os países presentes e representados, o reconhecimento da violência contra as mulheres como um impedimento aos objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz. Adoção de ações voltadas à prevenção e ao atendimento de vítimas de violência e inclusão das concepções feministas de gênero,

⁷⁴<http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>

⁷⁵<https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/declara%C3%A7%C3%A3o-e-plataforma-de-a%C3%A7%C3%A3o-da-iv-confer%C3%Aancia-mundial-sobre-mulher>

		empoderamento e transversalidade.
1996	OMS. World Health Organization. <i>Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority.</i> (WHA, 1996).	A 49a. Assembléia Mundial da Saúde definiu a violência de gênero como uma prioridade da saúde pública.
1997	Assembléia Mundial com ministros da saúde de todos os países membros ONU - (KRUG <i>et al</i> , ed., 2002).	Prioridade para as Américas: redução da violência - esta medida foi aprofundada em 2002 no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS.
2001	Fórum de ONGs e Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata - Conferência de Durban, África do Sul. ⁷⁶	A introdução das intolerâncias correlatas ou a simultaneidade de opressões, e os conceitos de raça e gênero na agenda da Conferência, ampliou a discussão sobre os efeitos da globalização no agravamento do racismo, discriminação sexual e de gênero, homofobia, xenofobia, exploração de classe etc., e colocou novas coordenadas nos mapas do feminismo transnacional.

Fonte: quadro elaborado pela autora, 2019.

Feministas negras elaboraram as seguintes perguntas e reflexões acerca dos desfechos da Conferência de Durban (2001)⁷⁷: "Será que um documento, Plano de Ação ou Declaração poderão erradicar o racismo? O que significam essas disputas sobre linguagem, histórias e discursos, afinal? (...) a solução para uma organização transnacional efetiva é trazê-la para casa" (BLACKWELL e NABER, 2002, p.8). Para essas autoras, a importância de encontros como a Conferência Mundial contra o Racismo está no estabelecimento de normas internacionais às quais os Estados devem responder. E estas normas devem ser pautadas por um compromisso político atento às opressões correlatas diversas, globais e principalmente locais. Este pequeno trecho reflexivo sobre um dos encontros supracitados pontua a importância de se atentar para as desigualdades reproduzidas no interior dos diferentes territórios e geografias corporais.

A compreensão do racismo e do gênero como sistemas de poder, assim como a trama das violências e todas as opressões correlatas, mantêm a tarefa de analisar as complexidades, diferenças, desigualdades entre - por exemplo - as mulheres do sul. Quando o assunto é sobre violência e direitos, o que vem à tona é uma elucidação de paradoxos e contradições, pois se colocarmos uma lente de aumento na realidade desigual entre as mulheres brasileiras mais subalternizadas, há de se compreender que

⁷⁶<https://brazil.unfpa.org/pt-br/conferencia-de-durban>

⁷⁷https://pt.wikipedia.org/wiki/Confer%C3%Aancia_de_Durban

as mulheres são diferentemente afetadas por uma conjunção de contextos desfavoráveis culturais conforme a consubstancialidade dos marcadores de raça, gênero, cor e classe. Contudo, a cada vez que o texto, o diálogo e as políticas voltam para o lugar comum e hegemônico que nada diferencia, (re)torna-se também a política da invisibilização desses contextos e marcadores. Por exemplo:

Após a Conferência do Cairo de 1994, o conceito de saúde reprodutiva passou a ser definitivamente adotado pelos organismos internacionais, sobretudo a OMS, que inspirou sua nova enunciação com base em seu conhecido conceito de saúde: pleno bem-estar físico, mental e social que não consiste apenas em ausência de doenças. Utilizado em todo o mundo, a partir de 1946, este conceito teve como referência um modelo de saúde idealizado e a ser alcançado, cuja característica holística supera a divisão saúde/doença, servindo como padrão para definir os aspectos específicos da saúde, entre eles o sexual e o reprodutivo (SCAVONE, 2004, p. 49-50).

O paradigma que confirma a importância das relações entre a ciência médica vigente e a sociedade capitalista industrializada assegura o "pleno bem-estar" como uma prática da tecnociência e do progresso e desenvolvimento econômico e social da, e para, a humanidade. Isso implica em uma sociedade organizada hierarquicamente a partir do uso da tecnologia, tendo a idéia do progresso tecnológico como fonte de poder político. Se seguirmos esta lógica verificaremos que tal apropriação (e recombinação) do conceito de saúde reprodutiva transforma-o em uma situação utópica para muitas mulheres brasileiras - que vivem opressões múltiplas - que sequer podem desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos. Não há nem mesmo segurança para procriar ou abortar. Tão pouco há o acesso a informações de qualidade, livre e gratuita (SCAVONE, 2004). Estas condições perpassam a noção liberal clássica do indivíduo autônomo⁷⁸, livre e de direitos que, em mundo desigual, violento e com escalas de poder hierarquizados, neutralizam as contradições sociais, econômicas e políticas presentes na realidade dos países do sul e invisibilizam a diversidade das variadas marcas do sul.

Assim, o que fica claro é que a apropriação do conceito de saúde reprodutiva necessariamente implica na luta pela cidadania, pelos direitos humanos, pelo enfrentamento às desigualdades etno-raciais e econômicas e pelo fim da violência de gênero. Não à toa, um dos impasses da saúde reprodutiva no Brasil e em outros países da América Latina ainda perpassa pela atenção básica da saúde pública voltada para a

⁷⁸ A noção do liberalismo clássico do indivíduo livre e de direitos que reivindica, por exemplo, a capacidade de dispor de seu próprio corpo é uma abordagem que ganhou força em alguns movimentos feministas e que recebeu muitas críticas das feministas negras por se distanciarem ou nem considerarem a consubstancialidade das demais opressões sociais, como de raça, classe, sexualidade e escolaridade. (tem fonte que comprove isto?)

assistência ao parto, aborto e nascimento, afinal as diferenças e desigualdades da realidade da violência obstétrica no Brasil atesta a situação política racista, classista e sexista do país.

Para além da interligação/intersecção das opressões correlatas (racismo, sexismo e exploração de classe) à violência sexual, reprodutiva e de gênero - presentes na violência obstétrica brasileira - está o fato de que estes marcadores sociais também perpetuam a hierarquização das relações sociais inclusive entre as parturientes. Há lugares de poder entre estes partos abdominais e vaginais, da Saúde Suplementar e do SUS, da humanização enquanto opção particular e como política pública paradoxal. O item a seguir discorrerá sobre estas contradições complementares que o feminismo e os movimentos de mulheres como um todo - elaboram, lutam, conquistam e, ao se depararem com o engodo novamente, reelaboram e lutam e seguem - um passo a cada vez, porém incessantemente.

4.3 Armadilhas do Estado: violência e "humanização" na mutilação das vulvas

No Brasil, os movimentos feministas do fim da década de 1970 marcaram a agenda das políticas públicas, assim como a produção de conhecimento, com denúncias das violências por parceiros íntimos, nomeando-a por violência doméstica, violência sexual, conquistando as Delegacias de Defesa da Mulher etc.

Nas décadas de 1970 e 1980, as mulheres brasileiras ocuparam as ruas, amparadas nas ideias “meu corpo me pertence” e “o pessoal é político”, para questionar a maternidade obrigatória e a assistência médica reprodutivista que recebiam, fazendo do doméstico também um espaço de reflexão e de políticas. O movimento feminista e o movimento pela reforma sanitária pautaram a necessidade de outra percepção de vida sexual e reprodutiva e também de saúde, anunciando-as como direitos, espaços de liberdade e de exercício da cidadania (CARNEIRO, 2015, p.181).

Também desde os anos 1970 que as reflexões em saúde pública vêm crescendo no Brasil⁷⁹ no entanto, segundo Minayo (2006), o tema da violência na realidade brasileira começou a repercutir mais intensamente no pensamento intelectual do país apenas mais tardiamente e por trabalhos com cunho epidemiológico, descritivo e a partir de dados secundários. A autora argumenta que apesar de 95% da produção acadêmica

⁷⁹ Mais especificamente por instituições do sudeste brasileiro como a Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (FSP/USP), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a CLAVES.

sobre o tema datarem pós os anos 1980, as reflexões sobre violência e saúde ainda se mostram incipientes - dado seu caráter mais descritivo e menos analítico. Desde então, e diferentemente desse tempo das academias, os movimentos sociais já estavam nas ruas com a força da ordem dos dias:

Neste período de transição democrática, o feminismo brasileiro conseguiu influenciar, em nível governamental, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, cuja concepção integral do corpo feminino e de todas as suas fases tinha caráter inédito e progressista ante as políticas públicas até então em vigor. A ação feminista desta época, embora ainda não recorresse ao conceito de direitos reprodutivos, ligava a implementação deste programa a uma conquista de direitos das mulheres. Infelizmente, a efetivação do PAISM nos serviços públicos de saúde, até os dias atuais, foi mais apregoada do que realizada⁸⁰ (SCAVONE, 2004, p. 57).

Assim, as lutas feministas brasileiras da década de 1980 foram marcadas pela criação e esforços para efetivação deste programa, o PAISM de 1983, a criação de serviços como as Delegacias Especializadas no Atendimento às Mulheres (DEAMs), as casas abrigo, os centros de referência multiprofissionais - com foco na violência física e sexual cometidas por parceiros e ex-parceiros, pela luta contra o forte movimento anti-aborto da Igreja Católica⁸¹, contra a efetivação das políticas internacionais de controle de natalidade⁸² etc. Também nesta década, "a esterilização feminina começou a ser disseminada no Brasil, passando a figurar como primeiro método contraceptivo nas pesquisas nacionais de 1986, reforçando a política de queda da natalidade no país, constante nos acordos do Fundo Monetário Internacional" (SCAVONE, 2004, p.58).

Segundo a autora, apesar de, em 1997, o planejamento familiar no Brasil ter sido regulamentado por lei federal, com critérios à esterilização voluntária masculina e feminina nos serviços de saúde pública do SUS (SCAVONE, 2004, p.61), nesta mesma

⁸⁰ Reprodução da nota da autora: "Segundo Ribeiro (1993, p. 404): '... há quase dez anos o PAISM se arrasta de fracasso em fracasso sem conseguir viabilizar-se, a não ser em curta medida... Muda constantemente o nome, vira PAISM porque nele se inclui a criança, passa a ser chamado Paismca, porque se pretende que a sua ação atinja adolescentes, volta a ser PAISM, mas não responde adequadamente a qualquer de suas propostas básicas'" (SCAVONE, 2004, p. 57).

⁸¹ Em 1993 foi fundada a organização anti-aborto "Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família", ainda atuante no país. Mas também estão presentes, no interior da igreja, o grupo de mulheres "Católicas pelo Direito de Decidir (CDD)" que atuam, em toda a América Latina, em defesa do direito ao aborto e de outras questões de gênero.

⁸² "A difusão da contracepção moderna no país foi legitimada por essas políticas: inicialmente, por meio de ampla e indiscriminada campanha do uso de contraceptivos orais, sobretudo no Nordeste; posteriormente, com a disseminação da esterilização feminina. Cabe lembrar que a efetivação dessas políticas atendia às exigências dos países credores de reduzir o crescimento demográfico brasileiro, no quadro dos planos de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional. Este objetivo foi plenamente alcançado: durante uma década e meia foi registrada uma queda radical da taxa de fecundidade no país, que de 4,5 filhos(as) por mulher, em 1980, passou para 2,5 filhos (as) por mulher, em 1996 (World Bank, 1990; PNDS/BEMFAM, 1997) (SCAVONE, 2004, p.59).

década o Brasil apresentou uma das mais altas taxas de esterilização feminina do mundo. E, relacionado a este dado, já estavam as taxas abusivas do parto cesariano. Apesar da proibição de sua realização com a cirurgia cesariana, pesquisas e narrativas de mulheres mostraram que a grande maioria (80%) das esterilizações foram feitas exatamente neste momento. Esta técnica imposta e realizada nestas condições passou a ser um "ideal contraceptivo" para muitas brasileiras e pertence ao rol de atuação da VO justificada e naturalizada como "não-violência". As mais variadas situações de violência já descritas neste capítulo e os mais diversos termos utilizados, desde: crueldade, abuso, má assistência à saúde, partos sedados, esterilização, aborto, morte materna, entre outros, corroboraram - todos - para a formulação e denúncia da violência obstétrica. Nomeação esta que revisita e atualiza o debate da violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos da mulher. E, por escancarar a realidade das políticas dos corpos - inclusive - maternos, levantam-se as resistências:

À medida que aumentavam as evidências e a visibilidade do problema da violência de gênero nas relações familiares, e mesmo em suas repercussões na saúde, ocorria gradativa ampliação conceitual no tratamento do problema, para incluir e documentar a violência de gênero inscrita nas próprias ações e nas instituições de saúde, e suas consequências. Porém, a resistência a reconhecer esse aspecto da violência de gênero é ainda maior do que a resistência a admitir as violências por parceiros íntimos ou por desconhecidos (DINIZ, 2015b, p.385).

A tolerância nacional diante da manipulação do corpo da mulher, com seus variáveis graus de violência, não apenas em situação de abortamento ou parturição mas em todo seu ciclo menstrual, está há algumas décadas camuflada pelos discursos institucionalizados do "cuidado médico", da "ciência obstétrica", do "desenvolvimento tecnológico" e outros. O discurso médico inventou palavras e hipóteses para explicar o que não se via do corpo da mulher, a aplicação deste favoreceu a repressão da autonomia da mulher e soberania do imaginário masculino. Criou-se um dever ser para as mulheres retirando-as as palavras e produções de conhecimentos sobre suas vulvas, ovários, úteros, fluxos, gozos e abortos (GIBERTI, 1988).

Mundialmente a violência contra as mulheres tem sido incluída na pauta das agendas governamentais em todas as esferas administrativas, mas principalmente, passou a ser pauta de muitos programas de governo em nível federal. Isto se deve em grande medida à contínua ação da sociedade civil organizada, principalmente dos movimentos de mulheres, que deu visibilidade ao tema, passando este a ser discutido, estudado e considerado na pauta das agências multilaterais, principalmente atrelado à discussão sobre direitos humanos (CAVENAGHI, 2008, p.63).

Contudo, para Cavenaghi (2008), apesar de grandes esforços, as pesquisas brasileiras sobre as violências contra as mulheres ainda apresentam pequenos avanços no que tange a uma primeira consequência direta e efetiva que seria a redução da violência. A autora argumenta que é importante atentarmos para a dificuldade de se conseguir resultados significativos tanto das ações de prevenção e combate das violências, quanto do desafio que ainda vivemos para se conseguir diagnósticos adequados de cada situação. Salienta também a importância da mensuração das violências e o fato de que os possíveis avanços, como a identificação de medidas eficazes e eficientes de enfrentamento e superação, demandam um diagnóstico comprometido e aprofundado a partir dos marcadores sociais, situações e nas diferentes territorialidades existentes em nosso país.

A inexistência de dados adequados e com a periodicidade necessária é devido não somente à dificuldade de se coletar estas informações dada a natureza e complexidade das situações que envolvem a violência, mas principalmente, devido à pouca atenção e poucas ações no nível das políticas direcionadas ao diagnóstico deste problema, com o desenho e implementação de pesquisas para a produção de dados nesta área em âmbito nacional (CAVENAGHI, 2008, p.63).

Na companhia de Das e Poole (2008), compreendo que além dos desafios e problemáticas supracitados está a necessidade de maiores compreensões tanto acerca das relações intrínsecas entre as violências e o sistema patriarcal escravocrata e - principalmente - a relação complementar entre violência e direitos humanos advindas deste mesmo sistema e perpetuadas pelo próprio Estado. Estado este que atua sob um suposto ideário de responsabilidade pela ordem, e ordem esta que deve se impor aos territórios de desordem - consideradas como as margens. O que parece não participar deste ideário é a política de desconstruir as mentalidades que sustentam e perpetuam tais "desordens" - a saber, violências. Pelo contrário, o discurso sobre a necessidade de "combater tais margens" que poderíamos aplicar aqui como o "Programa de Humanização" parece conter um mecanismo de regulação, consolidação e inclusive pertencimento dessa assistência médico-hospitalar violenta denunciada como VO.

Isto pois, apesar dos quadros com as diretrizes humanizadas contemplarem as paredes dos corredores e os documentos institucionais, as estruturas físicas dos hospitais não propiciam as mudanças da assistência, as leis não punem os atos, os diagnósticos e as estatísticas subnotificam as informações e os dados, a "ordem" não exige mudanças curriculares e, portanto, a "moral médica" segue impune e ditatorial no interior dos

consultórios, salas de parto e instituições hospitalares. Em suma, as práticas médicas da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres confirmam e mantêm, como salientam Das e Poole (2008), as práticas políticas disciplinares que constituem e chamamos de Estado. Nesta linha de pensamento, o que está colocado como desordem é a ordem que este Estado almeja perpetuar. Em outras palavras, é a VO e não a "humanização" que, ao punir as mulheres, fideliza a intencionalidade do Estado de disciplinar os corpos e as vidas.

Um exemplo são os dados acerca da morte materna que, apesar, de corresponder a várias violências atreladas umas às outras, são geralmente apresentados separadamente. Ou seja, ao invés de somar atenuam-se os fatos, a gravidade do cenário e garantem a impunidade sob o crivo do suposto poder médico.

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade materna em 2002 foi de 74,8 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos, enquanto estimativa do Relatório de Desenvolvimento 2003 do PNUD, uma taxa contestada no Brasil, registra 260 por 100.000. A maioria dos óbitos durante o parto aconteceram em mulheres que fizeram acompanhamento pré natal. Distúrbios hipertensivos da gravidez e hemorragias são as causas mais comuns, seguidas por complicações da tentativa de aborto (DINIZ e CHACHAM, 2006, p. 81).

Os dados acerca da morte materna são ainda mais alarmantes quando cruzados com outras situações da VO, como a chamada "peregrinação obstétrica" que também está interligada com a falta de leitos - também por excesso de cesáreas eletivas que demandam o triplo de horas sob supervisão que exige um parto vaginal sem complicações - o que é usado como justificativa para intervir e acelerar os partos e nascimentos.

Um estudo realizado em 2002 na cidade de São Paulo mostrou que entre as mulheres de baixa renda 76% percorreram mais de um hospital durante o trabalho de parto para encontrar um leito, 61% foram a mais de uma instituição e 15% tinham ido a três ou mais. Para mulheres com gravidez de alto risco esta "peregrinação" para encontrar um leito pode ser fatal. Em São Paulo, 55% das mortes maternas ocorreram durante ou logo após essa peregrinação (DINIZ e CHACHAM, 2006, p. 82-83).

Outro exemplo estudado pelas mesmas autoras no mesmo artigo supracitado, intitulado "O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias" é a mutilação dos corpos, realizada por cima com a cesariana ou por baixo no períneo, conforme escolaridade, cor de pele, classe social, tipo de assistência privada ou pública etc. No Brasil, o procedimento por baixo chamado episiotomia é um corte, com bisturi, tesoura e geralmente sem anestesia, nos vários tecidos importantes do

aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal e pela saúde sexual da mulher. Sob a crença, não comprovada cientificamente, de que facilitaria o nascimento e preserva a integridade genital da mulher, a episiotomia vem sendo usada como rotina desde meados do século XX. Desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina, porém estes cortes seguem ocorrendo como parte dos protocolos de rotina médico-hospitalares e são realizados sem o consentimento da paciente.

A episiotomia e suas consequências configuram um ícone da violência obstétrica imposta às mulheres no contexto do parto por via vaginal: estima-se que seja realizada em 94% dos partos normais no Brasil (Graham *et al.*, 2005), sem esclarecimento e consentimento das mulheres, e não possui fundamentação científica para a sua prática rotineira e indiscriminada, sendo condenada pela OMS e pelo Ministério da Saúde (Portaria n. 1.067/2005). Trata-se de uma mutilação do órgão genital feminino: um corte feito na entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem a aplicação de anestésico, realizada com a mulher deitada e submissa ao poder médico, e cuja sutura contempla, muitas vezes, o "ponto do marido", que objetiva deixar a vagina mais apertada para preservar o prazer masculino, acarretando dor durante a relação sexual (para a mulher) e infecção, além de outras complicações. À deformação causada pela assimetria e comprometimento da anatomia é dado o apelido de "AVC de vulva" por alguns profissionais de saúde, constituindo um exemplo de deboche frente às consequências de uma prática danosa. Este tipo de comportamento perverso conta com a omissão dos conselhos de profissionais da saúde e das agências reguladoras estatais, e a observação dos dados quantitativos não tem sido prática do Estado como forma de elaboração de políticas públicas (KONDO e WERNER, 2013, p. 142).

As frases da citação acima são carregadas de um fundado repúdio por parte dos movimentos sociais de mulheres diante desta situação. Este "procedimento" foi nomeado e criminalizado, em alguns cantos do mundo, como uma mutilação genital feminina. Há inclusive outras propostas de nomenclatura, como: "lesão iatrogênica genital", "dano sexual iatrogênico" ou "lesão sexual iatrogênica". Atualmente, são muitas as matérias a respeito dessa mutilação publicadas nas mídias sociais, e muitos os relatos compartilhados e denunciados pelas redes sociais. Uma reportagem⁸³ - dentre outras associadas a esta - entrevistou e publicou relatos de mulheres que sofreram tal violência. Uma delas diz que se não fosse a pergunta que ouviu da enfermeira, provavelmente nunca descobriria que levou o ponto do marido. Por não informarem e não solicitarem o consentimento das mulheres, estas não são informadas sobre os riscos, as consequências, os cuidados necessários e os efeitos adversos da episiotomia e da sutura - e seus abusos. A maioria das mulheres nunca descobre o que se passou com sua

⁸³Disponível em: <https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/>. Acesso em: 10 set2018.

vagina. As que já ouviram falar na prática só carregam a suspeita trazida pela dor agonizante e pelo sofrimento quando retomam a vida sexual. E dessa forma, as consequências iatrogênicas e sequelas sexuais dessas intervenções são intencionalmente confundidas com o próprio parto vaginal.

Mas apesar das diretrizes publicadas pela OMS confirmando que não há provas de que o corte seja necessário em qualquer circunstância e que ele só pode ser feito com a permissão da mulher, a grande maioria dos discursos médicos seguem sustentado que a episiotomia é uma intervenção necessária. Já as pesquisas pautadas pelas evidências científicas afirmam que a episiotomia nunca é necessária para salvar a paciente de risco iminente. E o Código de Ética Médica proíbe procedimentos cirúrgicos sem autorização, exceto para evitar risco de morte. E este "nunca é o caso da episiotomia", afirma a obstetra Melânia Amorim⁸⁴ - bastante conhecida pelo seu ativismo nacional. Esta médica ativista explica que a gestante tem o direito de recusar a episiotomia a qualquer momento, embora o ideal seja registrar a negativa em um plano de parto. Pois, segundo a procuradora da República Ana Previtalli e a advogada Priscila Cavalcanti, especialistas em violência obstétrica - "sem autorização, o corte pode ser considerado crime de lesão corporal e de constrangimento ilegal, uma violação do artigo 146 do Código Penal"⁸⁵.

À margem das descrições jurídicas está a ordem da impunidade consolidada em falas corriqueiras de médicos e professores de medicina, como as levantadas pelas autoras Diniz e Chacham (2006). Uma delas foi de um médico que disse conhecer a evidência científica que indica a não realização da episiotomia como rotina mas que afirmou que sua "mão vai sozinha". Outra fala, de um professor de medicina, diz que os residentes entram no hospital com a tarefa de caçar patologia e que quanto mais passiva for a mulher, mais fácil fica para a prática médica. E, por fim, um médico diz que tem colegas que aleijam mulheres com as episiotomias. E é assim que a "obstetrícia de linha de montagem" atua na rotina da saúde da brasileira e é "resolvida" com mais intervenções, criando a chamada "cascata de intervenções" que assim segue utilizando o corpo da mulher para aprender a mutilar. Isto pois - no caso de real necessidade - os alunos poderiam aprender a realizar a episiotomia e usar o fórceps usando modelos prostéticos em vez do corpo de mulheres, acontece que não se trata de aprender "o

⁸⁴ Disponível em: <https://lunetas.com.br/episiotomia-deveria-ser-extinta-entenda-o-porque/> Acesso em: 10 set2018.

⁸⁵ Disponível em: <https://ojaque.com.br/ponto-do-marido-depois-do-parto-episiotomia-e-violencia-obstetrica-saude>. Acesso em: 10 set2018.

juízo clínico, a indicação correta e o respeito pelo direito da mulher à integridade física" (DINIZ e CHACHAM, 2006, p. 84).

A coação do Estado, no caso, não é legítima, por violar a integridade psíquica e moral das mulheres, representando uma forma de violência perpetrada e tolerada na esfera pública. Em relação ao Brasil, a ausência da revisão das normas penais afeta à criminalização do aborto e contraria o sistema jurídico pátrio, que contém diretrizes claras, afirmativas do direito ao planejamento reprodutivo, e contraria, mais ainda, o direito internacional das mulheres e seus padrões definitórios dos fatores de discriminação e de violência sexual (PIRES, 2017, p. 499).

Daí a questão que permeia este debate: o sistema que sustenta os pilares da assistência obstétrica tipificada como violência obstétrica segue os preceitos da política pública da humanização via o Programa Humaniza SUS. Se esta expressão “humanização do parto” refere-se ao respeito e promoção dos direitos da mãe e da criança à assistência baseada em evidências, incluindo segurança, eficácia e satisfação, como compreender a prática da VO no parto vaginal em maternidades públicas⁸⁶ -com as episiotomias e outras intervenções? Como compreender as cesáreas programadas nas maternidades privadas⁸⁷ e tudo que envolve a criminalização do aborto?

A própria medicalização e industrialização do parto afeta de diferentes formas e em diferentes graus as mulheres, segundo seus marcadores corporais, segundo a hierarquia dos poderes e lugares para ser e existir. Qual a diferença, em termos sociológicos, entre um parto medicalizado e cirúrgico e um parto intervencionista e vaginal? Ambos corroboram o diagnóstico da violência obstétrica. O parto realizado em hospitais particulares é o anestesiado, asséptico e geralmente via a cesárea eletiva - uma cirurgia que aumenta em até três vezes o risco de morte da mulher, e também do bebê dada a prematuridade da retirada que acontece por volta da suposta 38ª semana da gestação - segundo as estimativas médicas realizadas a partir do recurso da ultrassonografia⁸⁸. Este parto considerado sem medo e sem dor é também considerado privilegiado e sem cor.

Já no parto vaginal repleto de punição, humilhação moral, racismo institucional, violência sexual, intervenções físicas dolorosas, prejudiciais e arriscadas para a vida da mulher e do bebê, há muitos tipos de cor, mortes e dor. Diante da violência da

⁸⁶ Diretamente relacionado à discriminação étnica, de classe, de gênero e de um (suposto) saber.

⁸⁷ Maior relação com a violência de gênero e de um (suposto) saber.

⁸⁸ O guia "Atenção à Saúde do Recém-Nascido" (publicado inicialmente em 2002) do Ministério da Saúde, apresenta dados recentes e alarmantes sobre a queda do número de nascidos vivos nas regiões sul e sudeste do país e afirma que a prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes dessa mortalidade infantil. (BRASIL. MS, 2011).

imposição de procedimentos, das torturas e severas punições, das interferências obstétricas desnecessárias que perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto - que passa a ser sinônimo de patologia e intervenção médica - estão as experiências de terror, impotência, dor e a frase popular recorrente: "Parto normal é coisa pra mulher pobre". Eis a introjeção elitista da cesárea como melhor forma de dar à luz: sem medo, sem risco e sem dor (DINIZ, 2005).

A primeira equação que autoriza a mutilar vulvas nos hospitais públicos do território brasileiro está diretamente ligada à autorização das cesáreas eletivas nos corpos anestesiados, mais escolarizados e, portanto, com rendas para serem assistidos fora do Humaniza SUS. Isto pois, na lógica colonial fundante do atual sistema moderno que vivemos, só existem os corpos que precisam sofrer dor para existirem os que não devem sentir. E a equação, que segue se replicando em outras escalas de poder, funciona já entre estas mulheres para mantê-las separadas, as "silenciadas/anestesiadas" das "caladas/mutiladas". A reedição desta equação binária, porém dialética, é a desse Estado que, ao legitimar, estruturar e autorizar ambas as violências com as mulheres - via protocolos médico-hospitalares públicos e privados - investe e defende a reparação com os programas da humanização.

As observações participantes e os relatos de parto narrados a seguir, no capítulo 5, tiveram como foco a investigação sobre as formas de presentificação do Estado que difunde um programa pelos direitos humanos ao consolidar o pertencimento da violência na assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. E, foram nas observações dos partos sob a "assistência humanizada" onde encontrei a melhor perspectiva para compreender o Estado, não por encontrar práticas exóticas, mas a presença da organização dominante, uma ordem coercitiva.

Por um lado, é claro que os estados parecem consistir essencialmente em ordem. Portanto, para mapear os efeitos e a presença do "estado" no entorno local, antropólogos tendem a procurar sinais de justificativas administrativas e hierárquicas que forneçam vínculos aparentemente ordenados com o aparelho político e regulamentar de um Estado central e burocrático (...) A partir desta perspectiva, a tarefa do antropólogo é buscar exemplos do estado tal e como existe no âmbito local e, em seguida, analisar essas manifestações da burocracia e da lei como interpretações ou apropriações culturalmente informadas das práticas e formas que constituem o estado liberal moderno. Estas observações localista dos estados conduzem, a sua vez, a uma imagem mais turva em termos espacial e conceitual do que é realmente o Estado, embora seja uma imagem estática basicamente identificável por meio da

filiação do estado com formas institucionais concretas. (DAS e POOLE, 2008, p.6, tradução nossa).⁸⁹

Se a função do Estado é produzir ordem, há de se atentar para o fato de que, no Brasil, as normas que tratam da VO são de cunho não criminal. Em outras palavras, este fato é inaugural da pergunta sobre qual ordem - então - este Estado está produzindo com tais situações, sejam elas do campo da VO, sejam do campo dos direitos humanos. Se a ausência de direito ao próprio corpo das mulheres está fundamentada na produção da ordem coercitiva, no monopólio do uso da força e a partir das leis e votações feitas majoritariamente por homens, grande parte da militância defende que o combate é via reconhecimento da violência obstétrica e via produção de conhecimentos que deve ser colocada sob o mesmo status que o "saber médico".

Para isso, a atividade sociológica permite indagar as bases epistemológicas desse programa da humanização que - apesar de diferentes diretrizes - não apresenta um paradigma diferente do vigente modelo assistencial ao parto e nascimento e, ainda, oferece ferramentas para as análises acerca desse monopólio da VO. Ou seja, o esforço individual de cada profissional e/ou cada mulher que optar por seguir a política da humanização talvez seja, com esforço, o de tentar humanizar as violências aprendidas durante - não apenas os anos de formação e residência, no caso dos profissionais - mas também todos os da vida, no caso de todos que nascem contidos nesse e por esse Estado. Mas,

Ainda que estivesse na pauta feminista e mesmo das políticas públicas - o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) reconhece o tratamento impessoal e muitas vezes agressivo no âmbito da atenção à saúde das mulheres -, o tema da violência nos serviços de saúde foi relativamente negligenciado em virtude da resistência dos profissionais e da urgência de outros temas da agenda de saúde da mulher. Mesmo assim, esteve presente, por exemplo, em iniciativas como os cursos de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência, assim como na fundação da Rede pela Humanização do Parto (ReHuNa) em 1993 (DINIZ, 2015b, p.385).

⁸⁹ Tradução de "Por un lado está claro que los estados parecen consistir esencialmente en orden. Por tanto, para hacer un mapa de los efectos y la presencia de "el estado" en el entorno local, los antropólogos suelen buscar signos de las racionalidades administrativas y jerárquicas que proporcionan vínculos aparentemente ordenados con el aparato político y regulador de un estado central y burocrático. (...). Desde esta perspectiva, la tarea del antropólogo se convierte en divisar ejemplos del estado tal y como existe en el ámbito local y analizar entonces esas manifestaciones de la burocracia y de la ley como interpretaciones o apropiaciones culturalmente informadas de las prácticas y formas que constituyen el estado liberal moderno. Estas observaciones localistas del estado conducen, a su vez, a una imagen más difuminada en términos espaciales y conceptuales de lo que es el estado, aunque es una imagen todavía identificable básicamente a través de la afiliación del estado con formas institucionales concretas."

Foi em 1981, com a publicação intitulada "Espelho de Vênus", do Grupo Ceres, que veio à tona, no Brasil, a descrição da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres como explicitamente violenta. Os impasses, as contradições, as resistências e as resiliências percorrem esta história. Em 1993, é lançada a Carta de Campinas, documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), com importantes denúncias sobre as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência ao parto, aborto e nascimento no Brasil.

A ReHuNa agregou inúmeros grupos, como ONGs, profissionais da saúde de instituições públicas, coletivos feministas, parteiras etc, que se organizaram em diferentes frentes de ação, como: a luta pelas reformulações nos serviços de saúde da mulher; a denúncia das taxas abusivas das cesarianas e esterilizações; a efetivação e melhoria das iniciativas de humanização do parto e nascimento em serviços públicos e privados; a legalização do aborto; a construção e ampliação do acesso às casas de parto para todas as mulheres; o apoio aos grupos de parteiras tradicionais; a reivindicação e cumprimentos das recomendações da OMS etc. (OSAVA, 1997; TORNQUIST, 2004).

Estas e outras importantes lutas e conquistas da década aconteceram em meio a um contexto internacional bastante específico, como discorrido no item anterior. Os anos 1990 se caracterizaram como uma década de maior expressividade nos marcos políticos internacionais da saúde reprodutiva dada a quantidade de encontros internacionais com forte presença de movimentos feministas que pautaram parte do debate.

A maior circulação do debate sobre os temas ligados aos direitos reprodutivos foi, sem dúvida, positiva. A formação de Redes Feministas no Brasil e em outros países da América Latina fortaleceu e acelerou mais ainda o debate, conferindo mais destaque a problemas urgentes da saúde reprodutiva das mulheres neste continente: a alta taxa de mortalidade materna em decorrência de gravidez, partos ou abortos; a legalização do aborto; a disseminação feminina da epidemia da AIDS/HIV; a alta taxa de câncer de colo de útero e de mama, entre outros. (SCAVONE, 2004, p.58).

Porém, a despeito da polissemia do termo “humanização da assistência”, a definição atualmente na pauta de diversas instâncias sociais - como nos documentos de políticas públicas, textos e falas das organizações da sociedade civil, pela mídia e pelos serviços privados - segue como uma proposta de assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos” (NONATO, 2007). Entre os direitos, estão: o direito à integridade corporal (não sofrer dano evitável); o direito à condição de pessoa (direito à escolha informada sobre os procedimentos); o direito de estar livre de

tratamento cruel, desumano ou degradante (prevenção de procedimentos física, emocional ou moralmente penosos); o direito à equidade, tal como definida pelo SUS.

Circulam no ideário da construção dessa proposta elementos como: relações simétricas entre as mulheres e os agentes de saúde que lhes acompanham, a autonomia feminina pautada na informação e fundamentada nos direitos humanos e reprodutivos, a construção do casal grávido, a realização de intervenções apenas em situações de necessidade, a busca de fundamentação científica, a participação de profissionais não médicos na assistência a gestantes e parturientes (enfermeiras obstetras, obstetrizes, doulas, psicólogos, preparadores corporais, entre outros), a participação de acompanhantes de escolha da mulher no parto, o parto em contextos não-hospitalares, entre outros (RAMOS, 2013, p. 20).

Assim, o que se entende sobre o uso deste conceito "humanização da assistência" é que emergiu como reação ao modelo hospitalocêntrico centrado na autoridade médica e baseado em rotinas de intervenções sem evidências científicas. Porém, a partir de uma pesquisa documental, Rattner (2009) ressalta que o termo humanização foi mais estratégico e menos acusatório para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. De outra forma, a política - como organização dominante - da violência subjaz o programa e em uma só frase garante-se a coexistência da VO como A política pública do Programa Humaniza SUS.

No entanto, de lá para cá, outras tantas políticas do corpo e da sexualidade despontaram, ocupando outros espaços, grupos sociais e entendimentos. Em fins dos anos 1990 e nos anos 2000, deparamo-nos, por exemplo, com o movimento pelo parto humanizado, o questionamento da prática médica e do número de cesáreas no país; com o retardo da maternidade entre as camadas médias; com o crescimento das tecnologias reprodutivas e os programas de estimulação ovariana entre casais brasileiros; com maternidades lésbicas; com análises sobre maternidade na juventude como status social nas periferias; com práticas de maternidades compartilhadas e modos contemporâneos de maternar; com o retorno do parto domiciliar em contextos urbanos; com os cursos oficiais de "capacitação" para parteiras "leigas"; com programas de saúde pública como o Rede Cegonha; com a discussão sobre adoção por casais homossexuais e os direitos reprodutivos (CARNEIRO, 2015, p.181).

No entanto, tais avanços seguem carregando o engodo dos direitos humanos na perpetuação das violências contra as mulheres. De tudo que foi exposto, uma transformação que garanta a integridade genital da mulher perpassa situações profundas - desde uma mudança nos estereótipos de gênero, uma compreensão mais profunda do corpo feminino, uma desconstrução e reconstrução sobre os diversos e diferentes saberes do partear etc., até análises sociológicas que abarquem - cada vez mais - os programas conformadores de contenção e criem erosões nestas políticas cujos

mecanismos são de regulação da ordem dos monopólios e perpetuação das violências. Como se tais formas de pertencimento fossem os únicos meios de existir. Propostas de pacificação, humanização, administração ou reparação seriam então, nesta instância, inaceitáveis. A afirmação de Serruya (2014) também provoca esta inquietação que, sem saber o exato caminho da saída, compreende que a necessidade de esmiuçar sobre a forma como nascemos, no interior e nas margens deste estado.

A transformação desse modelo em um antimodelo, rumo à segurança, bem-estar e resultados adequados exigirá muito mais que portarias, guias, revisões sistemáticas. É fundamental discutir do ponto de vista das mulheres o significado desse momento, dimensionando de maneira radical a questão do protagonismo no parto. A responsabilidade do sistema de saúde, da autoridade sanitária e seus profissionais é corresponder a essa expectativa, ainda que muitas vezes no imaginário dessas mulheres a melhor atenção seja a mais medicalizada. O fato de as mulheres reconhecerem a violência obstétrica e estarem insatisfeitas com a atenção recebida mostra que as mudanças são desejadas e esperadas, por mais que a maioria ainda não consiga experimentar um modelo alternativo ao que conhece hoje (SERRUYA, 2014, p.36).

Porém, é preciso ir além, afinal não é possível ignorar a discrepância entre a emergência e complexidade do cenário e a recusa enunciada na prática assistencial das equipes de saúde; entre a gravidade das denúncias e a morosidade jurídica e legislativa do estado; entre as contradições e a impunidade. Não basta dar evidência aos dados, reflexões e denúncias baseada em evidências do que são as boas práticas em contraposição às intervenções desnecessárias, prejudiciais e sabidamente arriscadas e irreversíveis, como a morbidade materna e neonatal. Em suma, tornar público dados de pesquisas e tudo o mais já nomeado, descrito e discutido não mobiliza mudanças e transformações suficientes e tão pouco contribuem efetivamente, e em larga escala com o fim da VO.

Pelo o contrário, tal exposição da problemática e sua consequente recusa evidencia que não se trata de estimular e adotar novas práticas - como propõe a política da humanização - e nem de escancarar e escandalizar tais violências e violações em nome da erradicação. É urgente que ocorram maiores aproximações, análises e interpretações acerca das políticas - enquanto organizações dominantes - que subjazem a adoção das mais variadas práticas obstétricas.

O capítulo seguinte será a apresentação das reflexões práticas e coletivas que vivi ao lado de mulheres parindo e elaborando suas experiências de VO nas rodas de parto e enfrentamento. Foram observações-participantes que me permitiram

experimentar diferentes situações, hipóteses e validações. Finalizarei com a narrativa autobiográfica dos meus partos.

CENAS DE PARTO E NASCIMENTO: OBSERVAÇÕES PARTICIPANTES E NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS

5.1 Meu caderno de observações: rodas, partos e violências

Comecei este caderno no mês de julho do ano de 2013. Poucos meses haviam se passado do meu primeiro parto e contato com a VO. As primeiras observações, a partir de minha experiência pessoal, indagavam a humanização. Após leituras decidi que seria o tema de meu doutorado. Enquanto estudava e escrevia o projeto para a seleção, uma amiga me convidou para ser sua doula de um parto domiciliar via a assistência da humanização. A experiência acirrou minhas indagações em torno da humanização. No final deste mesmo ano, inclusive na semana da entrevista para a seleção do doutorado, a mulher que me ajudava com as faxinas de casa entrou em trabalho de parto, me ligou no momento e solicitou acompanhamento. Busquei-a, fomos até o hospital público premiado como humanizado do município e acompanhei-a até o nascimento de seu filho. Minhas anotações confirmaram a formulação hipotética da pesquisa acerca da intrínseca relação, e não oposição, entre VO e humanização.

No ano de 2014 não acompanhei partos, dei início ao doutorado. Em 2015, um amigo me convidou para um café e disse que estava grávido de uma amiga. Ele havia nascido de parto natural, em casa, no interior de Goiás e sob a assistência da parteria tradicional. Assim, ao saber da realidade da VO encontrava-se preocupado com o parto de sua amiga e nascimento de seu filho. Então pensamos na organização de uma roda de parto, ele próprio organizou um grupo no ‘whatsapp’ e incluiu essa amiga e outras quatro grávidas. Os primeiros encontros - mensais - aconteceram em minha casa e em seguida a roda começou a circular pelas casas das grávidas - que não paravam de chegar. Dessa roda três mulheres solicitaram-me acompanhamento, todos partos domiciliares sob a assistência da humanização.

Ainda no final deste ano de 2015, uma amiga que não frequentava a roda mas sabia de meus estudos, convidou-me para acompanhá-la em um parto hospitalar sob assistência convencional e via convênio de saúde. E, logo depois, a filha de uma conhecida do interior de Goiás que havia decidido parir na capital goiana, tomou conhecimento sobre esta pesquisa e solicitou meu acompanhamento em seu parto

hospitalar que ocorreu em uma instituição pública considerada humanizada e intitulada como Hospital Amigo da Criança. A seguir narrarei sobre esta roda de parto na capital goiana e estes partos. Todos estes acompanhamentos foram voluntários, sem remuneração.

Posterior a tais narrativas, contarei de uma experiência que ocorreu no interior de Goiás, entre junho de 2016 e junho de 2017, com duas diferentes rodas de mulheres: uma de enfrentamento à VO e a todas as formas de violências contra as mulheres, realizada em um ponto de cultura, e outra - roda de gestantes - realizada em um Posto de Saúde da Família (PSF). Este um ano, vivido de junho de 2016 à junho de 2017, no interior de Goiás, teve o respaldo de um trabalho com mulheres que coordenei por meio do projeto aprovado pela ‘*Global Fund for Women*’⁹⁰ via organizações não-governamentais da capital goiana, Transas do Corpo e Coletivo Ocupa Madalenas - Teatro das Oprimidas⁹¹.

Após este período, encerra-se a minha estadia no cerrado, retorno à minha terra natal - interior de SP - e encerro este capítulo com uma narrativa autobiográfica sobre meus partos: o primeiro, hospitalar, no ano de 2012 e na capital goiana - momento em que descobri a VO - e o segundo, em 2018, no meu lar e com o acompanhamento de parteiras tradicionais e familiares.

5.2 Uma roda de parto na capital de Goiás

Rodas de mulheres, grávidas ou não, acontecem - cada vez mais - por todo o país, por todo o mundo e por todos os tempos. As experiências comunitárias de mulheres, na estética circular da roda, sempre foram bastante fortes, vivas, ancestrais e atuais. Sua força está na oportunidade e disponibilidade para o diálogo acontecer de modo a dar iguais e circulantes lugares de fala à todas. A característica inicial dessas rodas é a oralidade e a horizontalidade, mulheres alternando fala e escuta de modo livre e espontâneo, e sem hierarquia entre os saberes, as experiências e as situações de cada uma.

Com frequência mensal, esta roda compunha um coletivo de mulheres universitárias, conhecedoras da violência obstétrica, com acesso a bons planos de saúde e a equipes particulares de assistência humanizada. Eram rodas de mulheres da classe média e alta, na sua grande maioria brancas, que fizeram pré-natal com médicos do

⁹⁰ <https://www.globalfundforwomen.org/>

⁹¹ <http://transasdocorpo.org.br/>

convênio, alguns declarados humanizados, que estavam sob o acompanhamento de doulas, também da humanização, e que planejavam parir sob essa assistência, com médicos nos hospitais ou com enfermeiras nos domicílios.

Minha observação-participante nas rodas foi importante para esta pesquisa e para mim como pesquisadora do tema. Meu lugar de escuta e fala, desde o compartilhar, o construir e reconstruir as ideias hipotéticas da pesquisa em um diálogo contínuo com tantas e diferentes mulheres, até a escuta de diferentes casos e situações relatados respaldou minhas primeiras inquietações com o tema e sua intrínseca relação com a humanização. Foi, inclusive, interessante observar uma mudança - até abrupta - que ocorreu nas reuniões da roda com a entrada da equipe domiciliar dos profissionais humanizados. A primeira foi o tempo exclusivo de fala que foi tomado pelos profissionais, abrindo para as parturientes apenas o lugar rápido da pergunta, e o segundo foi a drástica restrição e compreensão em torno da VO.

Mais uma vez, meu lugar de observadora-participante desta roda e dos partos que serão descritos, sob a assistência humanizada, foi uma experiência inquietante pois, apesar das promessas e recomendações girarem em torno das boas práticas da gestação, parto, aborto, nascimento, cuidados com o bebê, empoderamento materno, possibilidades de parentalidades, respeito ao próprio corpo etc., o não-enfrentamento à VO como dado real soava - para mim - como um "não-dito". Um "não poder falar" da VO que a mantinha presente não apenas nas cenas de partos hospitalares, como domiciliares e ainda na própria roda. Um exemplo foi a fala - na roda - de uma enfermeira que após explanar sobre todos os excepcionais cuidados da "humanização", condecorou a subserviência à hierarquia médica caso a situação ocorra no interior do ambiente hospitalar. O que escapou desta fala é que seguindo tal lógica hierárquica, haveria também tal escala no parto domiciliar.

Sobre a observação participante em si e nas cenas de parto: trata-se de uma técnica de investigação social em que do meu lugar de observadora partilho dos acontecimentos e até das conduções de algumas situações dentro dos limites que as circunstâncias ali me convocavam e permitiam. Por exemplo, ao ouvir do médico a seguinte frase para as mulheres: “vou te dar um sorinho para ajudar”; eu, sabendo que não se tratava de um soro apenas e sim de uma intervenção na fisiologia do parto porque esse “sorinho” continha o hormônio sintético chamado ocitocina que acelera e intensifica as contrações provocando muita dor, intervia reformulando a pergunta sem omitir informação à mulher e permitindo-a o direito de escolha. Acompanhei algumas

mulheres nos hospitais e nos seus domicílios, caminhei com elas, fiz comida, preparei banhos, fiz massagens, sorri, chorei, abracei, carreguei no colo e aprendi a acompanhar - dar sustentação física e emocional - à uma mulher na força da travessia de um parto e no esforço de nomear/enfrentar a VO, quando possível, *in lócus*.

Outro ponto curioso que começou a acontecer na roda foi a entrada de mulheres que estavam na sua segunda gestação, sendo que a primeira havia resultado em uma cesárea eletiva. Estas mulheres chegaram contando como, já durante o pré-natal, foram conduzidas a tal agendamento e o quanto não aceitariam passar mais por isso. Elas falavam de como a força médica - durante cada consulta - retirava qualquer possibilidade de escolha. Disseram terem se sentido roubadas, violentadas sem sequer saber que estavam sendo violentadas e que a conduta médica era mantê-las sob constante medo e tensão, com frases como: “seu bebê pode não aguentar, tome cuidado”; “olhe ele já está aqui com o cordão atravessado, está vendo? e você querendo arriscar!”; “bom daqui eu não passo, se você quer passar, a responsabilidade é sua” ou ainda, “nós já estamos no século vinte e um e você quer voltar atrás na história como umas malucas por aí?”. O tom que disciplina essa gestação, parto, nascimento, essas vidas e esses corpos, é o tom policialesco e moralista que coloca a mulher em um lugar onde sua sexualidade, sua gestação e seu parto não são da sua alçada, mas de um saber outro e uma prática de outro que, a elas, cabe obediência e agradecimento - caso o contrário a ameaça é de que será punida. E já não está sob total vigilância e punição?

Após a breve apresentação a seguir - sobre as fases de um trabalho de parto natural, narrarei as observações-participantes dos partos citados acima.

5.3 Um trabalho de parto ativo e um nascimento natural

Para que as narrativas dos partos e nascimentos que acompanhei não demandem uma descrição repetitiva sobre os nomes dados à fisiologia de um trabalho de parto ativo e nascimento natural, segue uma possibilidade de descrição. O termo parto ativo é um termo conhecido e fundamentado por Janet Balaska, educadora perinatal inglesa e precursora de um movimento já espalhado por diversos países e autora do livro "Parto Ativo: Guia prático para o parto natural, a história e a filosofia de uma revolução" (BALASKA, 2016). O livro é realmente um guia bastante prático que prepara a mulher para ser ativa em seu trabalho de parto, "para que possa aliar seus instintos naturais"-

como ela denomina - “à favor da fisiologia do seu parto”. A proposta é que a mulher crie espaços de sincronicidade e harmonia com seu corpo durante a evolução de seu trabalho de parto a partir de um lugar ativo. Para isso, exercícios preparatórios e conhecimento, autonomia e protagonismo devem levar a mulher a confiar e entregar-se para esta travessia fisiológica e emocional, a fim de conduzir e parir, guiar o seu trabalho de parto e o nascimento do seu bebê.

Atualmente, já existem muitos outros livros publicados com a temática do parto. A primeira edição em inglês deste livro de Janet Balaska foi em 1989 e a primeira edição brasileira foi em 1993. Fundamentados na perspectiva do estudo dessa autora, inaugurou-se centros de parto ativo em alguns lugares do mundo, fortalecendo o movimento pró-parto ativo. No entanto, meu objetivo não é entrar no debate desse livro, e sim colocar aqui algumas bases do trabalho de parto que são considerados marcadores da evolução de um TP (Trabalho de Parto).

Os pródromos podem levar dias, horas e até semanas, são aquelas primeiras contrações. A perda do tampão mucoso, indicado pelo aparecimento de um borrão amarronzado na calcinha pode indicar o início dos pródromos, seguidas de um pouco de cólica e umas contrações bem espaçadas durante o dia e sem ritmo. São estes sinais de que o trabalho de parto está chegando. O colo do útero começa a ficar mais molinho e vai se afinando, e a própria mulher pode fazer o toque para se auto-observar. Com os pródromos mais fortes e constantes considera-se que a mulher deu início à fase latente do trabalho de parto. É o momento que as contrações já não são mais irregulares e tão espaçadas e começam a pegar um ritmo, uma variação de 12 em 12 min, de 10 min em 10 min, 7 min e 7 min, por exemplo. O tempo entre as contrações vão diminuindo e o colo do útero se preparando para a passagem, a abertura, a dilatação.

Há estudos que dizem que uma dilatação de até 3 cm ainda é considerada um indicativo da fase latente do parto. A partir daí o trabalho de parto entra na sua fase ativa, o nome fase ativa designa o momento cuja intensidade é grande e ficará ainda maior, ou seja, o tempo de duração das contrações vão ficando cada vez mais longos e o intervalo entre elas cada vez mais curto. Neste ponto, já bastante intenso - talvez o mais, a mulher está com uma dilatação de mais ou menos 6 cm e seguirá com uma forte evolução até chegar na dilatação total que é por volta de 10 cm, 11 cm e ou até 12 cm. O momento da dilatação recebe o nome de “partolândia”, um pouco mais adiante tem início o período expulsivo, que é quando a mulher começa a querer fazer força, momento nomeado como "sentir o puxo". Com o colo do útero totalmente dilatado, o

bebê começa a fazer os giros para descer pelo canal vaginal da mulher e ela começa a sentir a pressão dessa descida até que o bebê "coroe". Coroar é quando o bebê desceu e se encaixou tornando possível visualizar e tocar no topo de sua cabeça. Quando esse bebê está quase coroadando ou está coroadado, o momento é chamado de círculo de fogo - dada a experiência ou sensação de queimação. Neste momento, o corpo se prepara para parir o bebê.

A tranquilidade e os cuidados adequados contribuem para evitar a laceração com a passagem. Se for possível para a mulher, de pouco em pouco, ela pode acompanhar o movimento do corpo do bebê, que vai fazendo novos e leves giros para atravessar o canal e nascer. Ela pode acompanhar o movimento da cabecinha do bebê até amparando-a com a mão, outra pessoa pode fazer o mesmo, utilizando - inclusive - uma pano úmido para amparar o períneo. Após a saída do bebê, as contrações uterinas recomeçam, não tão fortes como as da fase ativa, com a função de fazer a placenta descolar, descer e, com isso, ser parida. Neste momento, espera-se o cordão umbilical - que liga o bebê à placenta - parar de pulsar e o bebê começar a respirar com seu pulmão para então, cortá-lo e fazer a separação. Outra opção, chamada parto de lótus, é a proposta de não cortar esse cordão e esperar que ele - ao cair do umbigo - finalize a separação. A importância está no esperar o tempo do bebê aprender a respirar pelo pulmão no seu ritmo fisiológico, ou seja, sem forçar abruptamente e aí necessitar de um estímulo externo como susto, choro, massagem, tapa no bumbum e até uso de aparatos tecnológicos.

Com relação à placenta, se a mulher estiver no hospital, é preciso que assine um documento desautorizando o descarte, caso contrário essa placenta será descartada e a mulher não poderá dar outros destinos à sua placenta, como: carimbá-la na confecção das artes placentárias; digerir um pedaço no pós parto imediato como medida preventiva para hemorragias e rápida recuperação do dispêndio de energia; elaborar diferentes medicinas com a placenta, a membrana e o cordão umbilical tão eficazes por toda a vida da mãe, do bebê e outras pessoas e, por fim, plantá-la com uma árvore. A placenta é um anexo embrionário responsável pelas trocas de nutrientes e gases entre a mãe e o bebê, atua como filtro para diversas substâncias, além de produzir hormônios responsáveis pela manutenção da gestação. É o único órgão do corpo humano que surge na mulher apenas durante a gestação e é ela que mantém o bebê vivo e saudável, fazendo a função do rim, pulmão e fígado.

5.4 Cenas de parto sob a assistência humanizada na capital de Goiás

5.4.1 Em hospital público

Acompanhei dois trabalhos de partos de dois hospitais do SUS de Goiânia - ambos receberam prêmios por serem considerados "Hospital Humanizado e Amigo da Criança". O primeiro caso foi um parto vaginal repleto de intervenções e agressões e o segundo uma cesariana de emergência decorrente de excessivas e abusivas induções ao parto vaginal. O que se mostrou imperativo em ambas as assistências foi a obstinação frente a tarefa de cumprir com os altos índices de parto vaginal. Forte indicativo da intrincada tarefa de manter o título Hospital Humanizado e Amigo da Criança. No entanto, apesar da nomeação por "humanização" - ambas as situações apresentaram diversos enfrentamentos à VO: desde a dificuldade em garantir o direito da mulher de entrar com o acompanhante de sua preferência; o manejo da invasiva presença de estudantes manipulando os corpos das mulheres de formas desrespeitosas, dolorosas, desnecessárias e sem consentimento; o efeito cascata das intervenções e o impedimento ao uso da sala de parto.

Caso 1

Entramos na maternidade com a dilatação dessa mulher aparentemente avançada. Além de ser seu terceiro parto vaginal, a sua feição, respiração, seus movimentos, posturas e gemidos indicavam que a intensidade das contrações já apresentava curtos intervalos entre uma e outra. Na triagem a enfermeira solicitou que a parturiente ficasse deitada na maca, pois o plantonista viria fazer o toque. Deitada, começou a sentir muita dor e nenhum plantonista entrou na sala. Não havia motivos para que ela ficasse deitada em pleno trabalho de parto, avançado, esperando o momento de chegada de algum profissional. Ela estava muito incomodada, então perguntei se não desejava levantar e movimentar seu corpo conforme intuía, e que quando o plantonista chegasse, nós poderíamos sugerir que ele medisse sua dilatação na postura elegida como menos desconfortável para ela. Disse também que eu mesma explicaria à enfermeira - que naquele instante entrou na sala e em tom ríspido, gritou: "eu mandei deitar". Eu me dirigi à enfermeira e expliquei a mudança, porém esta não permitiu o diálogo.

A parturiente começou a sentir muita dor e imediatamente após soltar uns gemidos a enfermeira enunciou as clássicas frases - já quase "clichê" nas denúncias de

VO: "Na hora de fazer não chorou, agora vê se não volta no ano que vem". As frases de efeito punitivo dessa profissional e de tantas/os outras/os, expressa a raiva por essa mulher - em situação de parturição - ter transado, ter tido relação sexual e engravidado. Testemunhar este ódio arcaico atuado por uma mulher à outra que sequer se conheciam causou-me aquele conhecido estranhamento. Apesar da mulher que eu acompanhava estar pronta pra trazer à luz a sua criança, a equipe profissional da assistência parecia não dar relevância a esse acontecimento. A única "coisa" que era vista era a vulva dessa mulher e mesmo assim parecia ser considerada suja e totalmente manipulável: o plantonista chegou, não cumprimentou e não pediu licença, fez o toque de modo doloroso, disse que a parturiente estava com 7 cm de dilatação e encaminhou-a para a sala de parto. Ao entrar na sala, outro médico entrou e disse que ia "lhe dar um sorinho para ajudar e acabar logo com aquilo". Expliquei à parturiente que se tratava de ocitocina e ela recusou a oferta. Então o médico solicitou que ela subisse na maca para fazer o toque. Eu respondi que o plantonista havia acabado de medir e que estava com 7 cm. O médico respondeu que como ele não havia feito o toque então que precisava fazer e faria. Sem nenhum cuidado e diante de outro toque doloroso, a parturiente gritou.

Dali alguns minutos, residentes começaram a entrar na sala e, sem qualquer conversa, informação e consentimento da parturiente - fizeram sucessivos exames de toque no canal vaginal desta mulher quase parindo. Este procedimento do toque no canal vaginal em pleno TP, além de muito doloroso e invasivo é humilhante. Sem sequer dialogar com a mulher e esperar o intervalo da contração, estes alunos residentes inseriam seus dedos e mãos no canal vaginal da mulher para medir o espaço de abertura do colo do útero. Para piorar, alguns profissionais esperam o momento da contração para a realização do toque pois dizem que facilita a medição - o que não confirmam as evidências. A única confirmação é que assim é mais doloroso. Questionei a ocorrência com a enfermeira que respondeu que era o treinamento dos residentes. A situação ficou tão abusiva e invasiva que a parturiente começou a gritar, chorar e xingar. A cena era a de um abuso sexual coletivo com platéia.

A porta da sala de parto permaneceu aberta por todo o tempo, pessoas entravam e saíam continuamente, com as mais variadas intenções, assuntos esdrúxulos, entonações desrespeitosas, olhares humilhantes. E a mulher em trabalho de parto ali, nua, com as pernas abertas em uma maca, sua vulva e canal vaginal totalmente à vista e expostos - passíveis de qualquer manipulação. Muitas mulheres ainda vivem essa situação com os braços amarrados para não soltar a agulha com o "sorinho". Permanecer

deitada durante a contração e ainda passar por sucessivos e desnecessários exames de toque é muito doloroso, a posição que dá maior conforto nessa hora deve ser de escolha da mulher. Antes que a parturiente encontrasse um jeito para sair daquela maca, o médico chama a enfermeira para entregar-lhe o bisturi pois a próxima intervenção seria a episiotomia. Aproximei-me do médico e disse-lhe que a parturiente não aceitaria uma episiotomia. O médico imediatamente respondeu-me: "Fique tranquila senhora, aqui o hospital é humanizado". Proferiu essa ironia com feição aparentemente irritada e saiu da sala, e até o final do parto este médico repetiu a mesma frase por pelo menos três vezes.

Conversei com uma outra enfermeira que permitiu a livre deambulação da parturiente. Com a parturiente caminhando pela sala e não mais na maca, a sala se esvaziou! Então avisei esta enfermeira que íamos para o quarto da frente para usar o chuveiro, esta sinalizou que sim e logo apareceu no banheiro com uma toalha e uma bola de pilates. Esse momento foi fundamental para a parturiente voltar-se para si e para a chegada do seu bebê. Passou pouco tempo e o médico apareceu gritando pela parturiente. Levou-a para a maca e disse que ajudaria o bebê a coroar e nascer. Chamou as enfermeiras que realizariam a manobra de kristeller - com o braço fizeram força em sua barriga empurrando o bebê. Esta agressão física que pode ferir gravemente a mãe e o bebê e até colocar essas vidas em risco, deixou hematomas na parturiente. A parturiente gritava, o médico ofendia e o bebê nasceu. O bebê não foi para o colo da mãe, não foi colocado no peito para mamar, levaram-no direto para o berçário e apenas mais tarde para o quarto encontrar-se com sua mãe.

Caso 2

Esta jovem mulher, por volta de 20 anos, deu entrada no hospital - inicialmente sem acompanhante por conta de impedimentos ditos burocráticos, não solucionáveis e ininteligíveis. Ela foi abusivamente induzida ao parto vaginal: o excesso de ocitocina provocou muita dor e por isso a jovem clamou por anestesia mais de uma vez, o que desacelerou a contração e dilatação e, assim, injetaram mais ocitocina. Quando entrei na sala a parturiente estava pálida, fraca, deitada na maca, apenas me olhou e disse que queria seu companheiro. Eu voltei para a recepção e chamei-o. Toda a burocracia voltou à tona, ele estava sem seus documentos pessoais e por isso não poderia entrar. Além do mais, era ele ou eu. Nesse instante a mãe da parturiente aproximou-se e me perguntou pela filha, eu disse que ela estava muito cansada porque naquele ínterim a equipe havia forçado o parto com ocitócitos. A mãe pediu para entrar e ver a filha. Quando entrou a

equipe havia constatado um sofrimento fetal à bebê e a parturiente foi encaminhada a uma cesárea de emergência. Esta mulher e sua bebê ficaram internadas por uma semana, a parturiente teve uma intensa hemorragia pós-parto, teve que tomar muitas bolsas de sangue, porém nada além disso foi explicado e a mãe sequer obteve acesso ao prontuário dessa parturiente.

A placenta não foi mostrada para a mãe, não se sabe como foi feita esta retirada e tampouco algo acerca de uma possível correlação com a hemorragia pós-parto. A questão de não mencionarem o desfecho da placenta e não solicitarem autorização para algum uso chamou a atenção uma vez que esta assistência ocorreu em um dos poucos hospitais que tem um placentário - lugar onde ficam as placentas⁹². Ainda sobre esse hospital, nele tem uma sala de parto natural, e já na chegada a parturiente perguntou por essa sala e obteve a resposta de que estava em reforma e por isso não seria possível usá-la. Na sala tem equipamentos como bola, barras, panos, chuveiro, banheira etc. que contribuem com a evolução de um TP.

Passado um tempo, uma parturiente e sua doula contaram que esta tal sala de parto não estava em reforma e que havia um meio de usá-la: dar entrada no hospital quando uma enfermeira específica estivesse de plantão e encaminhasse a parturiente para essa sala de parto. E ainda havia outro detalhe, a viabilidade do uso da sala se daria pelo fato da enfermeira apenas abrir o prontuário da parturiente, registrando sua entrada no hospital e portanto no sistema, quando o trabalho de parto estivesse quase no final e a mulher praticamente parindo. Pois assim as/os médicas/os avistariam o caso mas não teriam tempo para chegar, retirar da sala de parto natural, deslocar até a sala de parto normal, colocá-la em uma maca e dar inícios às intervenções de rotinas.

5.4.2 Em hospital particular

A seguir está o relato sobre uma assistência hospitalar humanizada que acompanhei com um médico reconhecido como o único verdadeiramente humanizado da capital. A parturiente estava no seu primeiro filho e a importância do pré-natal que esse médico proporcionou foi muito interessante por ter sido realmente encorajadora. De modo algum este médico tentou tirar da mulher seu lugar de protagonista, não a amedrontou e nem ameaçou, pelo contrário, a cada consulta ela me dizia o quanto ele

⁹² Além das medicinas placentárias - importantes para a saúde da mulher e do bebê, a placenta tem importante função em cremes rejuvenescedores. Há, inclusive, denúncias de instituições de saúde que comercializam placentas, sem autorização, para empresas de cosméticos e medicamentos. Entendo que a placenta é um grande tema de pesquisa a ser explorado, traçado e analisado.

explicava e a estimulava a sair dali, estudar e se preparar mais e mais. Ele também estimulava que fizesse um acompanhamento com profissionais de yoga ou pilates especialistas em gestação e parto. Assim, essa mulher chegou ao trabalho de parto muito segura, calma e certa de que faria a travessia e que estava bem acompanhada. Durante todo o trabalho de parto foram feitos apenas dois toques. Por todo o tempo, a mulher ficou totalmente livre e à vontade com seu corpo. Com liberdade para buscar os movimentos que mais lhe davam conforto, e sem interferência do médico. E o bebê nasceu, na água.

Logo em seguida, o médico solicitou que a mulher saísse da água e deitasse na cama ao lado para que ele pudesse acompanhar a saída da placenta. Assim, apesar desta não ter sido retirada de modo abrupto e arriscado, também não foi naturalmente parida, de pouco em pouco o médico foi fazendo uma pressão no cordão umbilical até soltá-la e deslizá-la pelo canal e saída. A placenta foi mostrada para a mulher e em seguida colocada num pote apropriado para, posteriormente, ser plantada conforme havia solicitado a parturiente. O bebê mamou logo após o nascimento, porém - em seguida - a pediatra realizou uma série de intervenções desnecessárias e, sem explicação, levou o bebê para o berçário que apenas retornou depois de algumas horas. Tal situação deixou a mãe muito assustada e toda a família.

Durante todo o tempo observei que o médico permaneceu focado na dinâmica do trabalho de parto, ele se mostrava calmo e confiante. Porém, no momento que o bebê corou e em seguida não nasceu, uma densidade tomou a atmosfera da sala. Além da atuação do médico, aquele momento demandava uma respiração profunda por parte de cada ser que ali estava. O intervalo foi curto, porém a condição humana de impotência veio à tona. O médico tem muito pouco a fazer nesse momento que já não é mais nomeado como trabalho de parto e sim parto em si. Foi um momento de muita angústia, era preciso esperar essa cabecinha passar e depois todo o corpo - algumas vezes o bebê sai de uma só vez com um só puxo, mas geralmente o primeiro puxo faz passar apenas a cabeça e, somente com os próximos puxos é que passa todo o corpo e pari o bebê. Percebi que nesses curtos instantes o que vem à mente é como um jogo de luz e sombra, uma foto da tênue fronteira entre a vida e a morte, porque sim - o bebê está prestes a nascer, mas pode tanto nascer vivo quanto morto. Senti a angústia daquele médico, era perceptível a sua vontade incontrolável de puxar o bebê e entregá-lo à mãe. Ainda antes dos primeiros sinais da aproximação dos puxos, o médico baixou a cabeça, uniu as mãos em um movimento de oração e silenciosamente esperou e foi o tempo do primeiro

puxo da mulher e da cabecinha passar, ele segurou-a e puxou fazendo todo o corpo do bebê nascer - mesmo que fora do puxo da mulher. A mãe se assustou e seu corpo foi todo para a frente. Recebeu seu filho, saiu da água e deitou-se. Houve significativa laceração no períneo, o que pode ter relação direta com esta situação específica. Com isso, após a saída da placenta foi necessária a sutura do períneo. Naquele instante, o médico aplicou uma injeção na coxa da mulher para inibir qualquer possibilidade de hemorragia.

Passado um ano, esta mesma mulher teve seu segundo filho com este mesmo médico e segundo seu relato, tudo se repetiu da exata mesma forma. O que levou-me a retomar esta experiência nunca apagada e, novamente, constatar o quanto o parto e o nascimento são experiências que nos defrontam com a impotência humana, com o inexplicável, com a sexualidade, com a vida e com a morte. Tabus que a ciência médica, em especial, obstina "dar conta".

5.4.3 Em domicílio

A partir do acompanhamento de três trabalhos de parto, parto e nascimento assistidos sob a assistência da humanização, sob a assistência de uma mesma equipe do mesmo município, pontuarei algumas questões. O acompanhamento do parto domiciliar é feito por equipes de enfermeiras/os ou obstetrites - que são profissionais formados nos cursos de graduação da enfermagem ou da obstetrícia. O primeiro aspecto a ser observado é que tanto as assistências dos médicos quanto a desses outros diferentes profissionais - enfermeiras/os e obstetrites - carregam consigo os recursos médicos e hospitalares para os domicílios. E, ao mesmo tempo que o fazem por acreditar e gerar maior "segurança", mostram também a crença nesta ciência e técnica.

Junto com esses recursos hospitalares que as equipes conseguem levar até a casa vai também a concepção bastante arraigada de que a equipe detém um lugar de saber acima da mulher. É observável a tensão velada entre o protagonismo da mulher e o "saber" da equipe. Durante todo o tempo do parto os profissionais parecem viver um conflito, um discurso e sentimento misto entre deixar essa mulher livre e tranquila e realmente confiante e uma cobrança, uma preocupação, um medo muito grande de algo sair do trilho. As falas se repetem no sentido de tentar conduzir, acelerar e muitas vezes até intervir. O que sobressai é o comprometimento da equipe com o que aprendeu na

escola e na cultura cujo imaginário social sustenta a crença de que médicos detêm a verdade e salvam vidas.

Os três partos apresentaram uma mesma dinâmica e fluidez, as mulheres entraram em trabalho de parto, me ligaram, eu cheguei e me alinhei com a parturiente, e logo depois chegaram as equipes de enfermeiras e doulas. Ao chegarem examinaram a mulher e auscultaram o feto e, cuidaram do espaço como um todo, montaram equipamentos, armaram a piscina etc, eu estava disponível para cuidar das comidas, convites a caminhadas e algumas posturas, massagens e abraços na hora da onda da contração - sempre com a atenção voltada para o olhar, os movimentos corporais, as falas e à respiração das mulheres. Muitas vezes foi preciso estimular a respiração para um movimento profundo, completo e sereno.

Com relação às intervenções observei que enquanto a dinâmica do trabalho de parto está fluindo não há nada próximo das intervenções de rotina aplicadas e replicadas nos partos vaginais dos hospitais - geralmente públicos, como: a episiotomia, a imposição da litotomia, a ocitocina para acelerar e intensificar as contrações, os excessivos exames de toque etc. No entanto, quando se finaliza o trabalho de parto e é chegado o momento do parto - duas foram as observações mais gritantes. A primeira já mencionada em outros acompanhamentos é a puxada do bebê, pela cabeça, assim que esta sai com a força do primeiro "puxo" da mulher. Em todos os três partos, a equipe não esperou a saída completa do bebê, puxando-os pela cabeça assim que esta passava pelo canal. E a segunda se tratou de uma situação emergencial de distócia que ocorreu em apenas em um destes três partos e que demandou por uma intervenção outra; porém a equipe apenas conhecia a manobra convencional - que no caso foi a kristeller tipificada como VO. Com esta observação constatei a hipótese que eu vinha formulando sobre a formação daquelas profissionais que, apesar de se apresentarem como "humanizadas" e isto simbolizar - naquele discurso - oposição à assistência convencional, haviam se formado nas "mesmas" escolas epistemológicas e reproduziam as mesmas concepções de gênero, ciência/poder e política.

Em pormenores: pela observação clínica a equipe constatou uma distócia - ou seja, havia algum obstáculo para que o movimento de descida e encaixe do bebê se finalizasse. A parturiente estava com dilatação total e, desconfiadas da não descida do bebê, as enfermeiras auscultaram os batimentos cardíacos do bebê e constataram uma leve alteração. A suspeita era de que o ombro do bebê não havia passado na/pela bacia da mulher. O ambiente ficou tenso, a equipe apavorou, semi-deitou a mulher no sofá da

sala e deu início a uma manobra de kristeller com movimentos de bombear: em pé e ao lado da parturiente uma enfermeira afundava com força e impulso sua mão na região da boca do estômago e soltava, afundava e soltava, afundava e soltava. Assim foi, incessantes vezes. A parturiente sentiu muita dor, ficou pálida, teve alteração de pressão e começou a passar muito mal. A cena foi violenta, muito, infelizmente. Outra enfermeira conseguiu puxar o bebê e toda a situação causou séria laceração vaginal.

Compartilhei o caso com parteiras e alguns reconhecidos profissionais da humanização do sudeste brasileiro. As considerações foram unânimes, segundo a MBE, frente a uma distócia, o primeiro manejo é postural. Deve-se levantar a mulher e jamais mantê-la deitada ou semi-deitada afim de propiciar maior abertura da bacia, e não mais estreitamento. Se isto por si só não propiciar a descida do bebê então tem alguns outros manejos a serem realizados (como a manobra de rosca e a compressão da púbis), assim como a possibilidade de finalizar a saída com o uso da ventosa para retirada do bebê. E, em últimas instâncias, alguns profissionais alegam a necessidade da episiotomia para passagem do fórceps justificada nestes casos. Já as parteiras tradicionais apresentaram caminhos os mais diferentes, desde colocar a mulher de ponta cabeça para o bebê voltar, desencaixar, descansar, recuperar os batimentos cardíacos e então recomeçar a descida, o encaixe e a passagem até uma série de manejos manuais e movimentos corporais que após desencaixar o bebê acompanham o passo a passo da nova descida com correto encaixe e suave passagem.

Na busca por diferentes soluções que não a conhecida kristeller, compartilhei o caso em uma das rodas, quando ensinaram-me sobre a "técnica do rebozo"⁹³, desenvolvida por uma parteira mexicana chamada Naoli. Como eu não tive a oportunidade de conversar com esta parteira - que vem ao Brasil com bastante frequência - não poderei afirmar o uso desta técnica para tal situação. De todo modo, o rebozo é um pano que a parturiente deita ao meio e as demais mulheres levantam-na segurando o pano pelas pontas. Seguram e movimentam esse pano criando movimentos propícios no corpo da mulher. Nessa direção a ideia sugerida é que tais movimentos poderiam ajudar a soltar a bacia da mulher e assim promover o desencaixe do bebê para condução do novo encaixe.

⁹³ Mais informações sobre esta técnica podem ser encontradas em: <https://www.emporiomaterno.com/livro-a-tecnica-do-rebozo-revelada>, <http://www.maesdepeito.com.br/como-o-rebozo-pode-ajudar-uma-gestante-antes-e-durante-o-parto/> e <https://www.amanascer.com/produtos/livro-a-tecnica-do-rebozo-revelada/>

5.5 Cenas de parto sob a assistência "convencional" em um hospital particular na capital de Goiás

Antes de dar início ao caso que é uma exceção, é válido pontuar que a assistência convencional nos hospitais particulares via convênio médico apresenta dados estatísticos que estimam um índice quase totalizante de 98%⁹⁴ de cesárea eletiva.

Uma companheira das ações feministas das quais participei, chamou-me para conversar sobre sua atual gestação e histórico de dois abortos anteriores, espontâneos, mas que não viveram o trabalho de parto e parto - ou seja, as curetagens foram impostas como única possibilidade a serem feitas naquele mesmo momento em que haviam sido constatadas as mortes fetais. Essa mulher contou que sofreu muito com esses abortos e que não sabia que poderia ter esperado a decisão do seu corpo para entrar em trabalho de parto e parir o bebê, mesmo que morto. Pesquisas pautadas pela MBE mostram que o imediatismo das curetagens se mostrou tão agressivo ao corpo, quanto ao sofrimento da mulher que, antes de dar início à elaboração do fato de sua gestação ter sido interrompida, já é submetida à intervenção médica que retira o feto do seu ventre e manda-a de volta para casa. Por duas vezes, esta companheira feminista passou pela mesma situação de violência obstétrica com seus abortos espontâneo. Muito preocupada e machucada, sem ter podido viver o luto desses bebês, ela engravidou novamente e quando já estava em estágio avançado, entrou em contato com várias matérias sobre violência obstétrica. Em suma, nesta conversa ela disse do quanto queria se proteger e organizar um bom meio para parir sua filha.

Contou-me ainda que estava acompanhada de um obstetra que não era conhecido no município como humanizado, que ele próprio não utilizava o termo da humanização, mas que por já ter acompanhado alguns partos vaginais ele dizia não ter problemas com sua escolha. Porém, no decorrer do tempo, ela foi percebendo que este obstetra acompanhava o parto vaginal seguindo os protocolos hospitalares da episiotomia de rotina, da postura da mulher em litotomia e assim por diante. Ela porém não queria mudar de obstetra, até porque antes de chegar nele já havia passado por muitas/os obstetras e todas/os já haviam informado que não assistiriam um parto vaginal. Assim, durante as consultas, numa conversa firme com seu obstetra, ela afirmou que realmente não aceitaria a episiotomia ou nenhum outro procedimento invasivo a não ser que fosse

⁹⁴ Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Em 19/12/2018.

absolutamente necessário e somente após o consentimento dela. Pouco a pouco, construiu-se uma relação afetiva entre ela e o obstetra.

Foi impresso um plano de parto onde ela colocou tudo que queria e não queria, o que poderia ser conversado caso comprovado real necessidade e o médico assinou em concordância. Porém, mesmo diante disso tudo, ela sabia que o ideal era chegar ao hospital apenas para parir, não para viver toda a dinâmica do parto, pois assim não daria margem às muitas intervenções que ela não gostaria de passar e nem pelo desgaste emocional de ter que enfrentar tudo isso em pleno TP.

E com tal estratégia ela convidou-me para acompanhá-la em tamanha travessia. Tivemos algumas conversas no decorrer deste já último mês de gestação. Ela entrou em trabalho de parto, me ligou na hora do almoço de um dia de semana, organizei-me e cheguei em sua casa no início da tarde. Lá nós nos olhamos, nos sintonizamos, demos algumas risadas, abraços e caminhadas, fizemos umas comidas, tivemos algumas conversas bem pontuais, muita massagem, profundo, sereno e confortável silêncio, muita respiração conjunta e outras caminhadas. Por fim, ela foi tomar um belo banho. Ao sair ela sentiu e mostrou que estava no fim de sua dilatação, provavelmente completa ou quase completa. Fomos para o hospital, seu marido dirigindo. Era quase meia noite.

Ao chegar ao hospital, a plantonista fez um toque e ao invés de elogiar, ordenou em um tom ríspido: “você está com dilatação total, vamos já pra sala de parto!”, colocou a em uma cadeira de rodas e levou-a. Eu fiquei no corredor e o marido da parturiente ainda estava na recepção resolvendo burocracias do convênio médico. Uma delas era para que pudéssemos ambos entrar na sala de parto como acompanhantes. No entanto, a regra desse hospital era que um teria que pagar e só mediante pagamento é que ambos poderíamos entrar. Ele pagou e foi buscar as bolsas no carro antes de entrar na sala de parto. Eu me arrumei com as vestes obrigatórias e entrei na sala de parto. Eu estava angustiada pelo fato da parturiente estar sozinha com a plantonista. Àquela altura o hospital já havia ligado para o obstetra da parturiente e este estava a caminho.

Assim que eu entrei vi que a parturiente estava na maca, sentada em posição semi vertical - posição que ela gostou; disse-me que estava confortável e que queria parir assim. Imediatamente em seguida, escutei a médica plantonista dizer para a enfermeira buscar o bisturi para a realização da episiotomia. Sem tempo para titubear eu disse à médica que a parturiente não aceitaria a episiotomia e que tal informação constava em seu plano de parto assinado pelo obstetra que estava a caminho. Instantes

se passaram e o obstetra entrou na sala de parto, em seguida o marido. A plantonista saiu da sala. A bebê corou, o obstetra amparou o períneo com um pano úmido, a bebê nasceu e a mãe não teve nenhuma laceração - o períneo se manteve íntegro. Uma alegria tomou conta de todas/os nós.

O obstetra pegou a bebê, entregou-a à mãe e disse que ela estava ótima e que, portanto, não havia necessidade de alguma intervenção - no caso, os protocolos hospitalares considerados "rotina de cuidados com os recém nascidos". Porém, desnecessariamente, sem ter mamado e sem nenhuma comunicação à mãe, a enfermeira levou a bebê para o berçário e apenas retornou com ela quando a mãe já estava no quarto esperando ansiosamente. Este procedimento inadequado gerou algumas consequências. Pois o fato é que a bebê, após nascer, deveria ter ido direto para o peito e assim, ela e a mãe, terem vivido a amamentação livre e imediata pós parto. Momento este que teria estimulado o reflexo da pega da bebê ao peito e, no corpo da mãe, a descida do colostro e dias depois do leite, além do estabelecimento de vínculo mãe-filha. Não se sabe quais intervenções foram realizadas com a bebê enquanto esta estava longe da mãe, também não se sabe se lhe ofertaram leite industrializado, e se a bebê ficou chorando.

A mãe e a bebê sofreram um pouco com o início da amamentação, elas - mãe e filha - precisaram de algumas consultorias com uma especialista em amamentação. Trabalhou-se a pega da bebê ao peito e a situação foi superada. A relação ficou plena, a mãe amamentou a bebê e esta mamou pelo tempo que elas decidiram. Passado um tempo essa mulher teve outro bebê. Seu parto foi assistidos por este mesmo médico que segue atuando sem o título da humanização.

5.6 "Na roça": sem "Humaniza SUS" e com coibida atuação das parteiras

Acompanhei uma equipe de pesquisadores não-acadêmicos que estava finalizando um projeto com as parteiras tradicionais de Brasília e do estado de Goiás. O objetivo era mapear e registrar os saberes tradicionais dessas mulheres. O trabalho foi impresso e publicado em livro com um vídeo-documentário anexo no ano de 2016, sob o título "Esse dom que Deus me deu" (organização de Pregnolato e Santos). Este foi meu contato inicial com as parteiras tradicionais e o partejar contemporâneo em Goiás. Entre as parteiras que conheci observei que elas não se encontravam organizadas em um

coletivo, o que parecia provocar um lugar de fala muito silenciado. Elas se movimentavam de forma quase imperceptível, quase imobilizadas. Pouco falavam de suas raízes e de seus múltiplos e valiosos papéis nas comunidades. Demonstraram, ao menos nesse primeiro e único momento, uma adaptada invisibilidade e um preferir não dizer sobre um enfrentamento e vontade de fazer. Em conversa com as pesquisadoras, constatou-se que são pouquíssimos e escassos os dados históricos sobre seus viveres, saberes e fazeres e, ainda, que são poucas as parteiras tradicionais de Goiás que permanecem atuando nas zonas rurais em comunidades e assentamentos. A grande maioria das parteiras tradicionais que conheci no interior de Goiás são raizeiras e benzedadeiras: elas apresentam todos os recursos naturais necessários para os cuidados com a mulher e o bebê, como ervas para chás, tinturas, panos, alimentos, água quente e suas rezas. No entanto, falta o material básico para a assistência como parteira - desde luvas e panos esterilizados até anestesia, agulha e linha adequada para a necessidade de uma posterior sutura.

A situação se aproxima de um ostracismo social que tornou comum proferir a frase: “Ah, melhor encaminhar essa mulher para o hospital pois será uma alternativa mais segura para todas nós”. É importante aqui fazer uma distinção entre “assistência segura” e “alternativa segura”, o que as parteiras dizem é que não se trata do hospital apresentar uma assistência segura para as parturientes, mas sim que essas parteiras não têm recursos para assistir um parto e sequer a liberdade para assistir e encaminhar um caso - acaso este demande por recursos médico-hospitalares. Isto pois, conforme os "causos de parto" compartilhados abaixo, observa-se que além da perseguição às parteiras coibidas de atuar, não há estrutura hospitalar para receber o encaminhamento de uma parturiente em TP.

Sem a política do "Humaniza SUS", sem equipes de enfermagem para assistir ao parto vaginal, sem anestesista de plantão e sem um médico-obstetra - mulheres e governos arriscam-se nas cesáreas com um clínico geral. Os índices de cesáreas são bastante altos, apesar de se tratar de uma cirurgia de grande porte, há informação controversa acerca desse serviço, pois nem sempre dispõe-se de um anestesista contratado pelo hospital e tão pouco uma equipe de enfermagem para acompanhar partos vaginais. Assim a sala de parto permanece fechada e as cesáreas sempre agendadas.

A seguir narrarei sobre duas rodas de mulheres que ocorreram em um município do interior de Goiás e algumas histórias de parto que foram compartilhadas na Roda de Enfrentamento à VO.

5.6.1 Uma roda de enfrentamento à VO no interior de Goiás

No mês de outubro de 2015 uma mulher, mãe de uma jovem grávida, convidou-me para organizar e conduzir uma roda de parto em um município do interior de Goiás. Consciente de que havia sofrido violência obstétrica em suas gestações e partos, não queria reviver tal situação com a filha. Organizamos essa roda com a participação da filha, outras grávidas e uma doula residente na cidade, em um Ponto de Cultura do município. O primeiro foi em novembro de 2015 e contou com a participação de sete mulheres, quatro já haviam parido e três estavam gestando. De pronto, o tema da violência obstétrica veio à tona com relatos acompanhados de muitas emoções. As grávidas ouviam e falavam da preocupação com o cenário e da busca por um caminho menos traumático. Chamou a atenção o fato de apenas uma mulher não relatar violência no parto e nascimento de sua terceira filha que ali estava mamando com poucos dias de vida. Ela havia parido em sua própria casa, naquele município e, apesar de ter contratado uma equipe de enfermeiras de Goiânia sob a assistência da humanização, quando a equipe chegou a bebê já estava em seu colo. A brincadeira um tanto eufórica em torno da situação anunciava a gravidade da violência, pois o que estava em destaque não era - e nem tinha como ser - a ideia da autonomia no parir e sim a falta de opção e desconfiança com a assistência médico-hospitalar.

De modo geral, as mulheres desta roda apresentavam segundo grau completo, eram usuárias do SUS, porém com algumas possibilidades de consultas particulares e com maior acesso à internet, livros e redes sociais. Os encontros foram se tornando cada vez mais frequentes, de mensais a quinzenais e, então, a partir de junho de 2016, semanais.

Quando a roda se tornou semanal já não haviam mulheres grávidas pois estas já haviam parido e tampouco chegaram novas mulheres grávidas. O que era unânime era a recente experiência da VO vivida por todas. Aos poucos o grupo se apropriou da proposta e reinventou-a com o nome de roda de enfrentamento à VO e a todas as formas de violência contra as mulheres". Este deslocamento - de roda de parto para roda de enfrentamento à VO e a todas as formas de violência contra as mulheres - se deu aos

poucos e a partir dos depoimentos de cada mulher cujos cruzamentos temáticos me remetiam às leituras e apontamentos iniciais que eu estava elaborando em torno da problemática da VO, como seu pertencer ao bojo não apenas das violências de gênero e da saúde reprodutiva, mas também da violência sexual e da saúde sexual e desta compor um leque de violências - físicas, sexuais, psicológicas, verbais etc. respaldas na misoginia invisibilizada e autorizada.

Assim como as demais rodas, essa também era gratuita, pautada no sigilo, na confiança entre as mulheres presentes, na escuta atenta e cuidadosa e no exercício de apropriação do espaço e autorização da fala. Estas regras foram fundamentais para o *des*-envolvimento das ideias pois, além de tratarem assuntos tabus, como nomeou uma jovem adolescente, experiências dolorosas, traumáticas, difíceis de serem faladas e compartilhadas, discriminadas e até criminalizadas, como é o caso do aborto, foram apreciados. Poucos homens participaram das rodas, algumas vezes um jovem ou outro querendo entender dos assuntos. E foi assim que as diferenças entre as mulheres e as rodas foram definindo a forma e o conteúdo de cada uma. E, para trabalharmos os temas que se entrelaçavam nesta roda, como: estupro, abuso, assédio, episiotomia, ponto do marido, humilhações, agressões, discriminações etc., optamos pela presença das artes em cada roda, como: argilas, danças, teatro, pinturas, artes marciais e músicas. Um exemplo foi a roda das "vargilas", momento que conversamos sobre as violências contra as vaginas (re)construindo-as com argilas. A cada semana, um tema e uma pessoa era convidada para a condução da parte artística. A "condução" para aprofundarmos os conhecimentos em torno daqueles conteúdos era da minha responsabilidade. E também havia uma educadora que - na sala ao lado, no quintal ou na rua - propiciava o espaço das "cirandas" para as crianças.

Diante dos relatos e das situações sinuosas de não haver meios de parir sem violências - a não ser "escondida em casa com as parteiras", as mulheres da roda almejaram por vivências de autoconhecimento, autoconfiança, ginecologia natural e autogestão do parto. Com isso, a participação nesta roda ampliou o meu contato com os vários partejares da tradição: expandiu o meu diálogo com a arte do partejar, me aproximou das raizeiras e parteiras tradicionais que me ensinaram a olhar para a sexualidade da mulher a partir de um conhecimento ancestral e comunitário, passado exclusivamente pela oralidade, e ligado à lua, às plantas, às demais vidas. Um exemplo foi uma vivência da roda que aconteceu caminhando cerrado adentro: conduzidas por uma raizeira na busca pelas ervas da saúde sexual das mulheres. A partir de uma

anamnese individual, cada mulher foi orientada a colher as ervas específicas para a feitura de sua própria garrafada. Estas vivências e relações amistosas com as raizeiras e parteiras se desdobraram em viagens, formações, participação de eventos⁹⁵.

5.6.2 Uma roda de gestantes em um PSF do interior de Goiás

Passado um tempo, observamos (eu e a diretora do ponto de cultura onde acontecia a roda de enfrentamento à VO) a necessidade de iniciarmos outro movimento de roda de mulheres, com frequência quinzenal, no posto de saúde deste mesmo município. Os encontros aconteceram às segunda-feiras à tarde e tiveram a duração de 3 meses: março, abril e maio do ano de 2017, com a autorização da secretaria de saúde do município. Esta roda era especificamente com as gestantes que ali faziam seu pré-natal. Nossa intenção era conversar mais diretamente com as mulheres da comunidade. Elas não frequentavam o ponto de cultura e, por conseguinte, a outra roda. Estas mulheres, todas gestantes, que frequentaram a roda realizada no posto de saúde do bairro não apresentavam amplo acesso à internet e rede social, desconheciam o termo violência obstétrica, a maioria não havia terminado o ensino médio ou o fundamental 2, seu tempo era todo destinado ao trabalho fora e/ou dentro de casa e tinham entre 25 e 35 anos.

Elas diziam não temer o parto natural, conheciam algumas parteiras, raizeiras e/ou benzedeiros, muitas haviam nascido em casa sob a assistência da parteria tradicional, mas sabiam que a atual assistência hospitalar vigente no município era exercida por um único médico, clínico geral, que atendia às quarta-feiras realizando as cirurgias cesarianas. O abismo entre a realidade da contemporânea assistência hospitalar do município e as histórias de vida e as experiências acumuladas dessas mulheres era grande e ruptivo.

A imposição e a falta de adequada opção já era, por si só, violenta e o risco da "transgressão" perigoso podendo ser até fatal. Para a mulher que não "concordava" com a cirurgia da quarta-feira tinha a parteira, sem condições de trabalho, sob ameaça e,

⁹⁵ Nesse tempo, também participei de alguns módulos de uma formação para aprendiz de parteiras tradicionais, como as vivências do "Na luz do partejar" e a formação organizada e oferecida pela ONG CAIS do parto. Essa formação - e outras - vem sendo oferecida pelo Brasil em um modelo itinerante, a cada semestre acontece em um lugar. Nestes espaços tive contato com livros e também estudiosas, pesquisadoras, curiosas, aprendizes e diferentes parteiras tradicionais, de outros estados brasileiros e de outras regiões. Parteiras tradicionais já com bastante idade, outras jovens parteiras tradicionais, parteiras que trabalham com a força da medicina da ayahuasca, do daime, da jurema e outras que não trabalham com essas plantas de poder e sim com as ervas, fazendo tinturas, chás, banhos etc.

prejudicada caso precise de uma intervenção médica-hospitalar para ela ou seu bebê no meio do trabalho de parto, parto ou nascimento. Esta terá que omitir fatos, provavelmente viajar para outro município, para isso ter um automóvel particular à espera pois não há transporte público no local e a ambulância não chega em pouco tempo.

Estas vivências e aproximação com a figura da parteira e da raizeira foram importantes oposições frente à fria indústria da cesárea e da VO, mas também provocativas uma vez que a compreensão e investigação era em torno de quanto o ato de parir é fisiológico, mas também social e político. Moldado pela cultura e pelas tradições, a parteira falava em heranças ancestrais, interação social e que a forma de parir e nascer conta a história de um povo: reforça crenças, expõe emoções, define relações sociais e reafirma as identidades. Assim, a ruptura proposta às mulheres grávidas que nasceram em casa com parteiras e agora deveriam passar pela cesárea eletiva parecia aniquilar com o sistema de pertinências e significados vividos e manifestados até então nos partos daquela comunidade. Assim, o modo como se nasce, o local, a forma, quem atende o parto é, segundo a parteria tradicional, um gesto que passa a integrar a memória sociocultural de uma família e de uma comunidade. Então, se o modo de partejar explica e é explicado pelas manifestações culturais e sociais, aquela situação era - de fato - reflexo de uma época - desta!

Dizia uma parteira que: "Nenhum nascimento é neutro. O ato de nascer atende a uma função orgânica e social". De manutenção não apenas da espécie, mas da política. E o partejar é um ato cultural, constituído de atitudes, crenças, costumes, e intenções.

5.6.3 Ca(u)sos de parto no Brasil Profundo

Em nome do cuidado necessário com os sigilos e proteção às perseguições políticas, os ca(u)sos abaixo serão apresentados sem precisar localizações.

Causo1: De queixo caído e boca aberta!

A mulher contou que pariu em casa e teve uma laceração bastante intensa, não só do períneo mas também dos lábios internos, porém a parteira não tinha recursos, nem anestesia, nem agulha, nem linha para sutura. Com medo de recorrer ao hospital e sofrerem retaliações os lábios ficaram sem sutura e a cicatrização se deu com remédios naturais. Passadas algumas horas não é mais possível ser feita a sutura, e esta foi uma

situação bastante séria para a saúde da mulher que, por sua vez, ainda reflete em sua saúde e vida sexual.

Causo2: Pisou não sai mais!

Uma mulher contou que estava numa dinâmica de parto lenta e que então a parteira após avaliá-la pelos movimentos da barriga, do feto na barriga, pelo seu suor, cheiro, semblante, sons etc. diagnosticou que era necessário agilizar o trabalho de parto com seus remédios do mato, mas que para isso seria importante avaliar o bebê de forma mais detalhada e o único instrumento que ela dispunha para auscultar o coraçãozinho do bebê era o *pinar* de madeira. Assim, a parteira explicou que queria que ela fosse até o hospital para examinarem o bebê, pediu-lhe que não dissesse seu nome e que voltasse logo para casa. A mulher foi ao hospital e o bebê estava ótimo, seus batimentos cardíacos não tinham caído e não apresentava nenhum cansaço, então, ela explicou que voltaria à sua casa pois lá teria uma equipe para assisti-la. O hospital não permitiu sua saída, chamaram o médico, internaram-na e realizaram a cesárea.

Causo 3: De volta pra dentro!

Uma mulher contou que a "contragosto" da família planejou seu parto domiciliar com uma parteira tradicional de sua referência. Aconteceu que, no caminhar do seu trabalho de parto, ela decidiu que queria ir para o hospital pois sentia muita dor e cansaço. A família ligou para a residência do médico (que era parente), explicou a "urgência" e foi feita a cesariana. Após árduos meses essa mulher relatou - na roda - que quando entrou no centro cirúrgico ela já estava com dilatação total e seu bebê encaixado quando, então, com a utilização do fórceps o médico "empurrou" o bebê e retirou-o via os cortes no abdômen da cirurgia cesariana. Além da retaliação familiar que esta mulher sofreu, a intervenção médica mutilou seu canal vaginal desencadeando um intenso sofrimento pós parto e uma longa recuperação e cicatrização.

Causo 4: Sem anestesia também se faz cirurgia!

Esta mulher contou-nos que aceitou se submeter à cesárea eletiva, mas que a anestesia não surtiu grandes efeitos e apesar de dizer isso ao médico inúmeras vezes, o mesmo não a ouviu. Apenas ordenava ao assistente que reforçasse a anestesia, no entanto, o efeito seguiu sem eficiência. A mulher que estava sozinha no centro cirúrgico, pois todos os acompanhantes foram impedidos de entrar passou muito mal com tanta dor, a

situação se agravou no pós parto imediato, sua vida esteve em risco, por duas vezes foi transferida e internada em um hospital da metrópole mais próxima e por muito tempo teve sérias complicações de saúde. Sobreviveu e o bebê também.

Causo5: A parteira parturiente indígena!

Esta parteira visitou a roda de enfrentamento à VO e contou-nos que estava grávida e pretendia parir na sua aldeia, mas - no meio da viagem - entrou em trabalho de parto. Desceu do ônibus e procurou pelo PSF mais próximo. Ao entrar, um médico disse que era para ela se deitar pois iria medir a dilatação do seu colo. Imediatamente ela respondeu que não, que ela não se deitaria porque deitar dói, porque a posição horizontal não tem nada a ver com a saída do bebê, que é na vertical, e porque ele jamais mediria a dilatação dela com as mãos. A parteira disse que o médico ficou nitidamente assustado e, sem entender como poderia acompanhá-la, nada respondeu. E a parteira disse que continuou explicando. Disse a ele que sua mão e sua matemática jamais saberão quanto o corpo dela precisava se abrir para aquele bebê passar e que tal informação apenas o corpo dela tinha. O médico perguntou como que ele obteria tal informação e ela respondeu que a única forma era olhando para ela - observando sua respiração, seus movimentos, seus olhares e sons. Por fim, a parteira parturiente pariu e o médico assistiu.

Essa cena, compartilhada pela parteira, coloca os diferentes saberes nos seus devidos lugares. O que a parteira-parturiente indígena explicou é que ela era a protagonista, portanto que o saber vinha do seu corpo e que este precisava, necessariamente, ser respeitado e (estar) livre. E os demais saberes deveriam estar, primeiramente, num lugar de escuta para então propiciar a construção do diálogo daquela assistência.

5.7 Narrativas auto biográficas dos meus partos

A minha primeira gestação, no ano de 2012, teve o acompanhamento de um médico obstetra que se intitula humanizado no município de Goiânia e atendia meu convênio médico. Assim, este acompanhou-me durante todo o pré-natal, fechou contrato de parto comigo, mas não compareceu ao trabalho de parto. Após 24 horas da minha primeira ligação para seu celular, ele chegou para a realização da cesárea. Seu

argumento foi que, segundo a enfermeira, a dilatação estava lenta e ele estava envolvido com outras frentes de trabalho. O diagnóstico da dilatação lenta aconteceu da seguinte maneira: por duas vezes a enfermeira indicada por este obstetra foi até a maternidade para realizar um toque - bastante agressivo e doloroso. Friamente ela dizia: "dilatação lenta, tenho uns afazeres então voltarei daqui umas horas". Assim constatei que não tinha o obstetra e tampouco eu teria uma doula naquele trabalho de parto - afinal o obstetra havia me dito que esta enfermeira também faria o papel de acompanhante como doula e que por isso eu não precisava contratar outros profissionais a não ser este casal: o obstetra e sua esposa enfermeira. Negligência é apenas um dos nomes para tal faceta da VO.

A situação podia ser de risco e eu não tinha como avaliar, estava sem me alimentar, sem tomar água, sem dormir, sem monitoramento fetal, sem medição da minha pressão arterial etc. Quando dei entrada na maternidade à meia noite, dei o nome do obstetra e disse que ele estava à caminho - conforme ele próprio havia me dito. No entanto, como já explicitado, quem apareceu foi a enfermeira que mediu a dilatação do colo e voltou para dormir em sua casa. Às dez horas da manhã do dia seguinte a enfermeira apareceu e fez outro toque bem doloroso, pois além de suas enormes unhas ela dizia que tinha que ser durante a contração. Após medição repetiu a cena, disse-me que a dilatação seguia muito lentamente e que precisava ir para seus afazeres como pagar contas no banco. Penso que os médicos plantonistas não apareceram no quarto porque no meu prontuário constava o nome do obstetra, ou seja, teoricamente ele estava ali.

Por fim, entendi que a cesárea estava marcada e eu só precisava fingir que o desejo por ela era meu. Liguei para o obstetra, mais uma vez, e perguntei se ele poderia fazer a cesárea, a resposta foi imediata. Em menos de uma hora uma enfermeira do hospital entrou no quarto me deu as roupas de cirurgia, me colocou numa cadeira de rodas e me levou para o centro cirúrgico. Em vinte minutos, tiraram minha filha, colocaram-na no meu peito, ela mamou e levaram-na para o berçário. Não me mostraram e não me entregaram a placenta. O obstetra se despediu e foi embora. Eu segui na maca, tremendo no corredor do centro cirúrgico. Era hora do almoço, não havia movimento. Passado um tempo que não sei dizer qual, fui para o quarto e recebi minha filha. A amamentação foi o que nos salvou, foi tranquila e durou o nosso tempo. Após três dias, voltei para casa e comecei a refletir sobre o que havia acontecido. Após meses

lendo e indagando sobre a VO e a assistência humanizada, formalizei o início desta pesquisa.

Agora, ao final desta tese, a história que tenho para contar sobre a assistência ao parto e nascimento com parteiras tradicionais é a minha, com minha segunda filha. Ao voltar para minha terra natal em 2017, dei início à uma busca pelas parteiras tradicionais da região. Queria parir em nossa casa!

Encontrei algumas jovens parteiras vinculadas ao CAIS do Parto cuja sede é em Olinda, Pernambuco. O CAIS do Parto vem, há alguns anos, formando parteiras e doulas na concepção da tradição. Então, juntamente com outras grávidas, organizamos um grupo de quatro mulheres grávidas, residentes em quatro diferentes cidades do interior de São Paulo, e montamos uma equipe de parteiras sob a condução de uma das mestras de Olinda. Todos os partos estavam previstos para o mês de janeiro de 2018. Durante a gestação, tivemos dois encontros de pré-parto e pré-natal com esta equipe e em uma cidade próxima a capital paulistana.

Assim, a equipe montada e que compareceu aos trabalhos de parto foi composta pela mestra da equipe - uma parteira tradicional pernambucana, filha, neta e mãe de parteiras tradicionais - e outras jovens parteiras que fizeram a formação com esta mestra e suas ancestrais. Dentre estas jovens parteiras formadas pela tradição que estiveram em meu parto, uma é brasileira e psicóloga, outra colombiana e médica - além da mestra e da quarta integrante que foi uma doula também formada pela tradição e com esta mesma equipe. A tradição acompanha o tempo da gestação a partir dos ciclos lunares, acompanha o pré-natal realizado no Posto de Saúde e/ou por médicos particulares, faz algumas visitas domiciliares de pré-natal ao meio da gestação, atende as mulheres nas rodas de gestante e conduz o "ritual do colo" na véspera do parto. Assim aconteceu. Este "ritual do colo" foi em minha casa, com as parteiras, uma amiga recém parida e sua bebê, minha mãe e minha primeira filha. Os elementos centrais foram as cantigas, a fogueira, o cachimbo, as "leituras", as limpezas energéticas, as harmonizações e o alinhamento entre os que participariam do parto.

Antes de iniciar, é preciso dizer que das quatro gestantes que éramos, três trabalhos de parto foram encaminhados para a assistência hospitalar. Desses três, dois foram partos vaginais e uma cesariana. Em uma conversa com essas mulheres sobre os motivos dos encaminhamentos - foi importante analisar, conjuntamente - sobre até onde ir. O que faltou foi recurso técnico por parte da equipe de parteiras tradicionais que

contratamos e até onde realmente foi a demanda de alguns aparatos tecnológicos hospitalares.

De modo geral pontuou-se que além dos poucos recursos por parte da equipe que, apesar do conhecimento dos manejos manuais e das plantas medicinais, conta com um kit bastante básico como agulha, injeção e linha, existe também a falta de uma rede de apoio, fato que me chamou muito a atenção. Em outras palavras, as mulheres falaram de uma insegurança, provavelmente decorrente da discriminação e do isolamento da atuação das parteiras, narraram que diante da demora do TP e do receio de dar entrada no hospital sem a companhia das parteiras e de preferência sem compartilhar que estavam com elas foi um grande desconforto. Ou seja, não há - no Brasil - uma rede de apoio às parteiras na qual elas possam se comunicar com a equipe médica hospitalar, caso seja necessário.

Não apenas nestes casos, mas em todos - o encaminhamento feito para o hospital ocorreu sem a participação das parteiras, sem sequer a nomeação de que estas acompanharam o primeiro momento - o que significa que as mulheres parturientes adentram o hospital omitindo o histórico de seu TP, informações fundamentais para compor o Partograma - um documento que relata a evolução de cada TP e é essencial para avaliação e tomada de decisões. Em minha conversa com as parteiras, a respeito dessas situações, elas explicaram que de fato o ofício da parteria leva a pecha de clandestinidade e que tal força atua desfavoravelmente pois o cenário é que nem parir e nem partejar pertencem, realmente, a territórios políticos autorizadamente livres, pelo contrário.

Todas as histórias me impulsionaram à travessia do parto natural como uma possibilidade de enfrentamento ao ato misógino de punição sexual da VO que eu - e todas as mulheres grávidas - estão sujeitas a viver e reviver.

A lua começou a minguar.

No final daquela semana a preparação se deu dia após dia. Algumas contrações em uma madrugada. A perda de tampão em outra. Algumas contrações durante o dia, no meio de uma atividade ou outra. Até que sair de casa ficou desconfortável dado os vários buracos das ruas de terra do bairro. Chegou uma vontade de ficar só, em silêncio. Uma introspecção, depois uma inspiração diferente para escrever e pintar. E, por fim, uma vontade de dançar e cantar com minha primeira filha. Anoiteceu e ela dormiu. Fui fazer um chá e agachar. Entre um agachamento e outro, a bolsa se rompeu. Comentei

com minha mãe que me acompanhava, bem ali ao lado. Ligamos para as parteiras e a doula que estavam saindo da casa de uma das mulheres - que estava em TP há 12 horas - pois haviam optado por encaminhá-la ao hospital. Este trabalho de parto que havia se iniciado era em uma cidade há 200km de minha residência, então tomei meu banho, minha mãe colocou nossos mantras e fomos para a sala da casa para viver a travessia. Logo após o banho, as contrações ficaram fortes e rapidamente pegaram ritmo. Entrei em uma força que não percebi o tempo passar, era outro tempo.

Frente à 'tradução' da parteria tradicional de que o parto é um ritual de cura - entreguei-me completamente.

Quando a equipe chegou, me examinaram, e me disseram que a dilatação já estava avançada. Recebi massagens, entrei no chuveiro, e o mais importante - ouvia as músicas e as batidas do tambor. Recebi aquelas batidas e aceitei o convite para entrar naquele lugar desconhecido, arduamente e dolorosamente desconhecido. Pela respiração entrei em uma vibração contagiante, porque dali não queria sair. Não perdi a dimensão da presença das pessoas que ali estavam - primeiro minha mãe, depois as parteiras e a doula e ao fim minha filha - mas certamente as dimensões eram outras e eu não precisava conversar pois não havia palavras para aquele momento. Todas atrapalhariam. Fui com uma confiança desconhecidamente conhecida. A força extremamente forte que veio, que até poderia ser descrita como uma sensação dilacerante, era também e ao mesmo tempo profundamente (ou estranhamente) prazerosa. Falo de prazer a partir de uma percepção sobre o que pode ser o prazer em um corpo que está se abrindo. Uma concepção que amplia a minha percepção e o meu conceito a respeito. A perspectiva sobre o que é sentir prazer com o meu corpo num momento como esse que é tão físico, sexual, libidinal, íntimo, empoderador, esclarecedor, objetivo, subjetivo e dilacerante.

Muitas mulheres descrevem a contração como uma onda, algumas chamam de a dor do parto, senti como a força do parto. E se tratava de uma força sexual. Após parir, ao voltar para a escrita deste texto, custei um pouco até entender porque parir havia confirmado, a partir de outro ângulo, a hipótese de que a VO carrega a intencionalidade política da punição sexual estatal. Curiosamente, essa constatação foi realmente o momento em que pude compreender, de um lugar mais íntimo e às avessas, a hipótese desta pesquisa. A presença da sexualidade - vivida pelas mais diferentes possibilidades - durante um trabalho de parto e parto - faz com que, inevitavelmente, àquela que habita o corpo sinta prazer. Prazer por pegar fortes ondas dentro de um incrível mar de hormônios. De uma forma ou outra, compreendi que a violência obstétrica inibe estas

sensações, aniquila estes prazeres, sabota esse pegar de ondas e os consequentes resultados.

Presente na respiração, a força da contração que vinha como uma onda me lembrou a onda do mar. Como dentro do mar, de longe era possível avistar a onda se formando e aproximando. Sem resistir, a onda chegava e eu subia com ela, nela. Quando parecia que a força ia - realmente e cada vez mais - me dilacerar, é porque era chegada a hora de "dropar". Dropar é o movimento que o surfista faz quando chega na crista/no pico da onda, movimento de baixar a prancha e se jogar, lá de cima e para baixo. Por poucos segundos, vive-se uma queda livre. A iminente sensação de risco de ser levado e afundado pela força do mar confirmava a proposição daquele trabalho (de parto) que era não titubear. Este ápice poderia ser chamado de extremamente doloroso, mas, sem titubear, o momento imediatamente seguinte, era recompensador e assim absolutamente prazeroso. Ao me perceber deslizando na onda, sentindo a contração numa força decrescente, avistava a areia e com isso o desejo de chegar à beira da praia para descansar. Mas muito antes de pisar na areia era hora de voltar para o fundo do mar e ver a próxima onda se formar para não atrasar e pegar.

Entre adrenalinas e endorfinas vivi uma força dilacerante. A única certeza racional que me visitou algumas vezes foi a de que nada valeria resistir ou titubear.

O dia começou amanhecer.

Minha filha mais velha acordou. Sonolenta lembrou-se do vestido que havia separado para receber e se tornar a irmã mais velha. Vestiu-se e me deu as mãos. Eu estava acorada e abraçada com minha mãe. No formato de uma lua minguando, em uma meia-roda, nós, as parteiras e a doula, cantamos: "vai florescer... o ser divino que está dentro de você, vai florescer, vai florescer". Os cantos terminaram. Os instrumentos calaram. Respiramos e rezamos uma Ave Maria.

O sol nasceu e minha bebê também.

Consagramos a placenta⁹⁶ - minha mãe e eu nos alimentamos de parte dela para depois fazermos as diferentes medicinas com suas partes, assim como um instrumento musical e, por fim, devolvê-la à terra. Além da força recuperada com a ingestão da

⁹⁶ Entidade energética e cuidadora que muitas parteiras chamam de “companheira”.

placenta, obtive o sangramento estancado dada a dilaceração ocorrida. A bebê nasceu muito bem e enorme. Foi examinada pelas parteiras e recebida num ambiente de serenidade com cantos e energização. As 'medicinas da floresta' foram elaboradas para os cuidados do pós-parto.

A vida resistiu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de um contexto social em que predominam os partos instrumentais via cirurgia cesariana nos hospitais particulares e a "cascata de intervenções" nos partos vaginais dos hospitais humanizados e públicos brasileiros, o movimento de mulheres marcou o início do século XXI com a nomeação da "violência obstétrica" (VO). Tal ato (VO) está tipificado como: tricotomia, enemas, episiotomia, amniotomia, indução das contrações uterinas com o hormônio sintético da ocitocina, manobra de kristeller, impedimento da presença de acompanhantes e doulas, imposição da litomia, negação de alimentação, falta de mobilidade, baixo e mau uso do partograma, humilhações verbais, assédios sexuais, frases de ameaças, cesáreas eletivas ou desnecessárias. Estas tipificações já apresentam consenso tanto nos movimentos de mulheres quanto nas pesquisas teórico-acadêmicas. Do mesmo modo, está socialmente legitimada a compreensão da VO como uma violência que abarca desde agressões físicas, psicológicas, verbais, simbólicas, sexuais até negligências nas assistências, discriminação, medicalização excessiva e inapropriada, adesão a práticas obstétricas desaconselhadas, dolorosas, prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas - vividas no momento da gestação, parto, nascimento e pós parto. Assim, a busca que permeou toda a pesquisa e tese foi analítica e conceitual *ou* ao traçar uma análise sociológica sobre a VO brasileira acompanhou-me a tentativa de contribuir com a construção conceitual do termo.

Ao identificar as demandas e com tais finalidades, o primeiro movimento da pesquisa foi reconhecer a necessidade e efetuar um trabalho genealógico acompanhado de uma análise conjuntural em torno deste fato social recém nomeado como tal. O ponto de partida foi o levantamento de uma série de documentos, acontecimentos, instrumentos normativos, eventos, livros, pesquisas científicas, articulações sociais de movimentos de mulheres, produções de vídeos, documentários, filmes, blogs e publicações em redes sociais que apresentaram e validaram o termo como aquele que melhor representa o que precisa ser comunicado. A genealogia e a conjuntura, aqui realizadas e motivadas pela busca de sentidos e conexões em torno das lutas das mulheres em prol da nomeação da VO, seguiu uma ordem cronológica com o intuito da organização não paralisante e sim seletiva entre os fatos que importam reter de um

passado ilimitado sob o qual o presente se encontra imerso - como nos ensinou o pensador Friedrich Nietzsche. Dado o fato da temática estar na pauta diária do jornalismo impresso e virtual, das redes sociais e também das pesquisas acadêmicas, todas com um crescimento exponencial e durante todo o tempo desta pesquisa de doutorado (2014 à 2019), certamente muito material não foi incluído e até passou despercebido. Porém, para o objetivo que se buscou - da genealogia à análise sociológica e contribuição conceitual da VO - compreendo que o conteúdo apresentado deu conta da proposta inicial e final.

Antes de adentrar na discussão sociológica e conceitual da VO, segue uma última consideração relacionada ao termo VO. Desde a formulação do termo, este vem sofrendo incessantes críticas e tentativas de eliminação - por parte dos médicos e seus conselhos profissionais, regionais e federal - que alegam desrespeito ao obstetra. Face a tais considerações recorrentes, a primeira ponderação é que não se trata de um termo como, por exemplo, "violência da/o obstetra" e sim "violência obstétrica". Esta sobreposição que tentam fazer os profissionais da categoria - entre obstetra e obstetrícia - é emblemática (ou sintomática) do ponto de vista dos discursos defensivos de uma classe considerada pertencente à elite dominante e que, por sua vez, atua a partir do autorizado exercício de controle, vigilância e manipulação dos corpos e vidas. É plausível notar que esta sintomática reatividade destes profissionais diante das denúncias das violências presentes na prática assistencial ao parto, nascimento e aborto, confirmam a validade de um termo que denuncia a ciência que sustenta tal fazer - e não a pessoa e/ou o profissional. Isto pois tais lugares profissionais "se fundam" a partir da episteme misógina que edifica a atuação violenta e, compulsivamente, luta numa "fuga para frente"⁹⁷ pela sua persistência e/ou (não)existência. Em outras palavras, a normáscula deste ensinamento "científico" obstétrico - que é cultural e político - invisibiliza a violência embutida e naturalizada.

Assim, caberia à retórica deslocar a pertinência da denúncia que faz o termo VO - a partir de seu lugar ético-político - para, por exemplo, o campo da moral e do poder. E são muitas as tentativas, na data 3/5/2019 o Despacho da Secretária de Atenção à Saúde publicado pelo MS solicita que o termo VO não seja mais usado pelo órgão alegando inadequação uma vez que "tanto o profissional de saúde quanto os de outras

⁹⁷ Este termo - fuga para a frente - é uma alegoria elaborada pelo filósofo alemão Christoph Türke (2010), em sua obra "A sociedade excitada", para se referir a compulsão à repetição presente nas atuações (comportamentos não refletidos) que buscam fugir das situações da realidade que provocam uma desconstrução daquele lugar que subjetivamente o fundou como tal.

áreas não têm a intencionalidade de prejudicar ou causar dano". Ações dos movimentos de mulheres, do MPF e órgãos internacionais manifestam repúdio e recomendam que ao invés de tentar abolir o termo são necessárias medidas para coibir a VO. Mas sim, a dor e o ardor é sem dúvida olhar para este ponto cego da violência na assistência que foi invisibilizada em troca da oferta ilusória e efetiva de poder e prazer para aquele que aprende assim a viver. Seria e será preciso abrir mão desta forma de (não)existência.

Frente a esta recém re-apresentação da VO, vale retomar que o objetivo geral da tese foi analisar os aspectos desta violência - com imposição de dor, sofrimentos e mortes evitáveis, legitimada pela ciência obstétrica e autorizada pelo Estado como assistência à saúde sexual e reprodutiva. E a hipótese norteadora - que se confirmou - foi a de que se trata de um ato misógino de punição às mulheres, resultado de séculos de negação de sua sexualidade e capacidade de decidir, e - atualmente - desigualmente exercido conforme a situação da mulher, se em parturição ou abortamento, segundo a territorialidade em questão, o tipo de assistência, se pública ou privada e, a partir dos marcadores sociais de cada corpo: sua cor, classe, a raça/etnia e sexualidade. A pergunta central a qual a pesquisa buscou responder foi como se deu esta autorização política para violentar os corpos de mulheres, assim como sua naturalização e invisibilização justificada pela ciência obstétrica e praticada pela decorrente assistência à saúde sexual e reprodutiva. E a resposta é que com a queima às bruxas, instaurou-se a crescente configuração de um modelo tecnocrático e masculino de assistência à saúde que se insinua com a característica da primazia da tecnologia sobre as relações humanas e uma suposta neutralidade de valores que desfoca a tarefa e o palco do protagonista. Este e todos os funcionários do controle disciplinante perambulam pelas instituições para criar um consenso mais bem estabelecido a respeito do *devoir* de punir.

Dessa forma, se no início desse século foi nomeada a ideia de que este modelo tecnocrático ocultava ou carregava de forma subjacente a ideia de passividade das mulheres, imobilizadas e sofrendo intervenções por profissionais desconhecidos em seus partos, no nascimento de seus filhos ou na assistência aos casos de abortamento, no fim dessa segunda década desse mesmo século vem à tona o quanto o oposto - levantado como humanização, parto ativo, mulher como protagonista, meus corpos minhas regras etc. - avançam o sinal ao revelar o paradoxo deste sistema "ordenário" que para negar precisa antes afirmar. Assim, com o intuito da não-superação, afirma-se a violência para confirmar a "humanização". Com relação ao lançamento da proposta da humanização - formulada pelos movimentos sociais de mulheres - que enfrentou mas

também carregou os germes da usurpação política que envolve a VO, observa-se tanto os avançados passos daquele determinado momento histórico do final do século XX e início do XXI, quanto os engodos - agora possíveis de serem visualizados. Porém, se foi necessária a negociação com a classe médica e então a proposição da humanização sem explícita nomeação da violência obstétrica, em seguida a nomeação da VO veio à tona e assumiu a cena. Explicitando, neste mesmo trilho, tanto as contradições do percurso da humanização (e a conseqüente nomeação da VO), quanto suas limitações e a cooptação efetuada pelo Estado. A meu ver, a revelação da VO - provocada e desmembrada da própria política da humanização - possibilitou uma análise mais complexa em torno da violência obstétrica brasileira por escancará-la como parte integrante das políticas públicas dos direitos humanos. Com isso, enfatizei a necessária investigação e reflexão sobre como as relações intrínsecas entre Estado e Parto coordenam a disciplina sobre o corpo expropriado das mulheres. Sendo o feminismo - e as epistemologias feministas - o grande locus de resistência, proposições e avanços. Em suma, a nomeação e denúncia da VO se deu e segue na esteira de todas as lutas feministas que avançam nos confrontos com suas limitações e negociações com a realidade.

Utilizando de uma abordagem qualitativa, a pesquisa se desenvolveu em diferentes dimensões. A já apontada reconstrução genealógica do termo e análise de conjuntura da VO; a análise de dados secundários de um inquérito nacional sistematizado pela Fiocruz (2014) e os relatos de observação participante em partos e rodas de mulheres, além de meu relato autobiográfico situado e focalizado nas cenas de parto que experienciei. Este conjunto, acompanhado de pesquisas e historiografias, validaram os acontecimentos locais e pontuais comentados desde a genealogia e conjuntura até as cenas de parto e VO relatadas, de modo a propiciar uma leitura representativa do quadro nacional. E, ainda, evidenciar via análise sociológica do parir e nascer no Brasil que não há real disputa por diferentes projetos de sociedade. Ou seja, a desigualdade e a equidade da saúde funcionam complementarmente na sua decisão de violentar, de diferentes formas, os diferentes corpos. Assim, de uma certa forma, todos os resultados encontrados, lidos, pesquisados e destrinchados - apesar de desconfortáveis, inquietantes e provocativos não são surpreendentes, exatamente por conta do conhecimento acerca das intervenções e protocolos médico hospitalares serem totalmente consoantes como conhecimento de nossa formação política e societária. Em suma, os vários pontos levantados da tese dão importantes indícios de que os processos de usurpação científica operados pela atual ciência obstétrica sobre a antiga parteria

tradicional, a utilização política da atuação das parteiras nas comunidades fora do alcance/interesse do Estado, a desigualdade entre as violências conforme as mulheres e as assistências, o imperativo de uma obstetrícia sem evidências científicas e o próprio engodo dos programas políticos da "humanização" estão todos a serviço do controle deste Estado ocupado em manter a punição sexual às mulheres.

Por fim, o que fica diagnosticado com a análise da VO é que o princípio primeiro é “causar dano”, e sendo assim não resolveria escrever mais um testamento dos danos e custos de tais intervenções para, em seguida, atestar a crescente violência e iatrogenia. Diante disso, a saída é admitir a problemática: a serviço de que estamos, seguimos e assim seguiremos causando danos?

A trama societária que envolve as violências não será transformada a partir, unicamente, de escolhas individuais de mulheres assim como não perpassa as atuações e práticas de um profissional ou outro. Da mesma forma não é possível se basear pelo fato de um hospital ou outro, uma casa de parto ou outra, apresentar quadros de uma assistência realmente considerada humanizada e/ou embasada pela MBE. Tudo isto, todos estes sujeitos e todas essas instituições, compõem uma mesma trama societária pertencente a este esquema que complementa os direitos humanos com a violência para perpetuar sua ferramenta de controle e disciplina. Assim, além de cada mulher cuidar de sua sexualidade, pois sim seu corpo é político e lhe pertence! E cada profissional se reaver. Assim como cada parteira se indignar e lutar. É necessário seguir denunciando e anunciando este cenário - que o senso comum diz já ter se tornado - óbvio, porém ainda corrosivo, que é o da misoginia estruturante. É importante salientar que ainda são poucas as pesquisas sociológicas em torno da VO e de suas políticas sexuais de punição ao corpo da mulher. Também mostrou-se interessante ampliar as investigações em torno da parteria tradicional, da abordagem de atenção baseada em evidências, dos diálogos entre técnica e tradição, da medicina translacional, dos princípios da humanização etc. Mas, principalmente, é urgente que se torne cada vez mais explícita a ciência e consciência acerca da abrangência e função social da violência obstétrica. Quiçá assim o que experienciemos - como novo "imperativo" - seja algo mais próximo do de uma sociedade que, por não titubear no despir de sua realidade, implique posicionamentos mais críticos de seus sujeitos. E continuamente vive-versa.

Todas essas análises sobre a inadequação dos cuidados e as violências institucionais, e institucionalizantes, vêm fortalecendo os movimentos sociais e as discussões assim como as ações, sejam elas nos espaços públicos ou privados,

familiares ou coletivos. No entanto, quero enfatizar a observação de que - no cenário mais amplo - o diagnóstico geral sobre o parir e o nascer no Brasil ainda é superficial e está preso nos grandes tabus que ancoram a própria violência obstétrica, no caso, a vida, a morte e a sexualidade. Com esse despir é que vislumbro a viabilidade de descrevermos a complexidade atuante nas diferenças posturas, seja as dos movimentos mais resistentes e críticos - no que se refere a escolhas, travessias e transformações pessoais de um profissional, de uma mulher, de uma rede familiar - seja a dos percursos de adequação e conformação com o paradigma misógino do patriarcado. Entendendo-as não como opostas mas complementares da "ordem" das vidas disciplinadas. E, por isso, é que não caberia situar alguma defesa à parteira tradicional ou aos profissionais da humanização, assim como não resolveria o problema a crítica única e direta à atuação médica de uma/um obstetra. São todas/os atoras/es da assistência ao parto e nascimento e, é a partir do todo de cada um destes lugares, que está composta a atual sociedade brasileira ativa na sua tarefa de perpetuar a violência obstétrica - e todas as violências contra as mulheres.

Então, espero que o exato fim desta pesquisa e tese de doutorado, com um diagnóstico que possibilitou uma contribuição conceitual ao termo VO, possa proliferar-se em diversos pontos de partida, com inúmeros prognósticos capazes de propiciarem importantes análises e proposições de enfrentamento em torno deste fato social. Por fim, o conceito de VO aqui construído é o de um ato misógino com intenções de punição à sexualidade da mulher que se efetua de forma diferenciada conforme os marcadores sociais de cada corpo e a assistência ao parto, aborto e nascimento - se privada, com um índice excessivo de cesáreas eletivas; se pública, com abusivas intervenções dolorosas, desaconselhadas pela MBE e desnecessárias no parto vaginal.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina. São Paulo: USP, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 20 mai 2017.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias (Institutional violence in public maternity hospitals: the women's vie). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, vol.15, n.36, pp.79-92, 2011. <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010.pdf>. Acesso em 20 mai 2017.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lília Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 Mai 2018.

AMORIM, Mariana da Costa **Experiências de Parto e violação aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violências na assistência obstétrica**. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4943>. Acesso em: 20 mai 2017.

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada- RDC n. 36, de 03 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acessado em: 30 mai 2018.

AQUINO, Estela M. L.. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf> . Acesso em: 30 mai 2018.

ARGENTINA. **Ley n. 25.929/2004**. Ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento. s.l., s.n., 2004 Disponible en: http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Ley_Partо_Humanizado_Doc.pdf. Acceso en: 10 jun 2017.

ARGENTINA. **Ley n. 26.485/2009**. Ley de protección integral a las mujeres. s.l., s.n, Abril 1 de 2009. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf. Acceso en: 10 jun 2017

ARGENTINA. **Ley Nacional N° 25.673**. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Buenos Aires: Senado y Camara di Deputados, 2002. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf> . Acesso en: 27 mai 2017.

AZEVEDO, Ana Lucia Soares de; SILVA, Ricardo Azevedo da; TOMASI, Elaine; QUEVEDO, Luciana de Ávila. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1774-1782, Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134812>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2018.

BALASKAS, Janet. **Parto Ativo: Guia prático para o parto natural, a história e a filosofia de uma revolução**. São Paulo: Ground, 2016. ISBN: 9788572171786

BENJAMIN, Walter. Sobre o conceito da História. In: _____. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Trad. Sérgio Paulo Rouanet, São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 222-232. (Obras escolhidas, v. I)

BERER, Marge. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. **Questões de saúde reprodutiva**, v.7, n.6, p. 9-17, julho de 2013. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf> . Acesso em: 10 mai 2018.

BERGER, Peter. **Perspectivas sociológicas: uma visão humanística**. Tradução: Donaldson D. Garschagen. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: <https://eds2016salomao.files.wordpress.com/2016/09/peter-berger-perspectivas-sociologicas-uma-visao-humanistica-petrópolis-vozes-1986.pdf> . Acesso em: 20 mai 2018.

BÍBLIA CATÓLICA ONLINE. **Gênesis 35, 17**. [online] Disponível em: www.bibliacatolica.com.br/busca/biblia-ave-maria/parto. Acesso em: 02 nov 2017.

BLACKWELL, Maylei e NABER, Nadine. **Interseccionalidade em uma era de globalização: as implicações da Conferência Mundial contra o racismo para práticas feministas transnacionais**. Estudos Feministas 189. ANO 10 190 1º SEMESTRE 2002.

Blázquez, M. I. (2009). **Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid**. Tesis de Doctorado, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

BORGES, Lenise Santana; GONCALVES, Eliane. Ódio ao feminino: a misoginia está na base da violência contra a mulher. **O Popular**, Goiânia, p. 7 - 7, 04 set. 2011. Disponível em: <http://transasdocorpo.org.br/index.php/noticias/odio-ao-feminino-a-misoginia-esta-na-base-da-violencia-contra-a-mulher/>. Acesso em: 02 nov 2017.

BOSTON WOMEN'S HEALTH COLLECTIVE. **Women and Their Bodies: A Course Paperback**. Boston, 1970. Available in:

<https://www.ourbodiesourselves.org/cms/assets/uploads/2014/04/Women-and-Their-Bodies-1970.pdf> . Access in: 27 May 2017.

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Congresso Nacional, 2003. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10778-24-novembro-2003-497669-norma-pl.html>. Acesso em: 18 out 2017.

BRASIL. **Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Congresso Nacional, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 27 mai 2017

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. (Conhecida como Lei Maria da Penha). Brasília: Congresso Nacional, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Congresso Nacional, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 27 mai 2017

BRASIL. **Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília: Congresso Nacional, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm. Acesso em: 27 mai 2017.

BRASIL. **Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Congresso Nacional, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 30 abr 2018

BRASIL. **Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015.** Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm. Acesso em: 30 mar 2018. Acesso em: 30 abr 2018.

BRASIL. **Projeto de lei n. 5069 de 2013.** Tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo e prevê penas específicas para quem induz a gestante à prática de aborto. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565882>. Acesso em: 10 jun 2018.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 7633 de 2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 05 mai 2017.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos. **Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão.** Brasília: Ministério da Justiça, IPEA, 2015. 92 p. Série Pensando o Direito, 51). ISSN 2175-57060. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/201clugar-de-crianca-nao-e-na-prisao-nem-longo-de-sua-mae201d-diz-pesquisa/pesquisa-dar-a-luz-na-sombra-1.pdf> Acesso em: 10 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida provisória n. 557 de 26 dez 2011.** Institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS/MEDIDAPROVISoRIAN557de26dezembrode2011.pdf>. Acesso em: 28 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569, de 1º de jun de 2000.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 10 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 528, de 1 abr de 2013.** Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0528_01_04_2013.html. Acesso em: 10 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.067 de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obstetrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 10 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.459 de 2009 de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Congresso Nacional, 2011a. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em 30 abril 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.820 de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre direitos e deveres sobre usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 25 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto, humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 mar 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. ISBN 85-334-0781-5. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 mar 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento : norma técnica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4) ISBN 85-334-0873-0 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 10 mar 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde .**Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 4 v. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1781-6 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em 10 mar 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica.** 2ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.68 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos -Caderno nº 6). ISBN 85-334-0881-1. Disponível em:

http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ev_vio_ta_2005_violencia_sexual_contra_mulheres_e_adolescentes.pdf. Acesso em 18 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento : norma técnica**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 62p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 30 jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019**. Acusa-se o recebimento do Ofício nº 017/19 – JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://twixar.me/ScZn>. Acesso, 05 maio 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. ISBN 978-85-334-2477-7 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 30 mar 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1613-0. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em 30 abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p. ISBN: 85-334-0355-0. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 10 abr 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1613-0. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/obito-infantil-e-fetal-manual-de-vigilancia-e-do-comite-de-mortalidade-infantil-e-fetal/>. Acesso em: 10 abr 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 124 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 6). ISBN 978-85-334-1724-3. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 18 mai 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. ISBN 978-85-334-2477-7. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf. Acesso em: 05 fev 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Presidência da República. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2007. 24p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres.pdf>. Acesso em: 13 mai 2017.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Presidência da República. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. 70p. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 13 mai 2017

LE BRETON, David **Antropologia da dor**. Tradução: Iraci D. Poleti. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2013. ISBN 978-85-61673-62-8

C-SECTION BRAZIL. Produção Julia Carneiro. Direção: Olivia Humphreys and Nicolas Jackson. video (27min). s.l: BBC World Service, 2017 Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/programmes/w3csw5y9>. Acesso em: 3 nov 2017.

CALDEIRA, Teresa Pires do Rio **Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo**. Trad. de Frank de Oliveira e Henrique Monteiro. São Paulo: EDUSP, 2000. ISBN 978-85-314-0580-8.

CALDEYRO-BARCIA, R. **Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal**. Montevidéo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1979. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap0858.pdf> .Acesso en: 30 mar 2018.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.5, p.844-846, mai, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/02.pdf>. Acesso em: 05 jun 2017.

CARNEIRO, Rosemaria Giatti. **Cenas de parto e políticas do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. ISBN: 978-85-7541-458-3.

CARVALHO, Natalia S. de. Repressão sexual. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, Marceley. **Curso de Doula na Tradição**. Recife: CAIS do Parto, 2018. (Apontamentos e arquivo pessoal)

CARVALHO, Sueli. **Sobre o nosso primeiro direito: o de nascer bem**. Publicado pelo canal TEDxAmazônica. Manaus, Amazônia: nov. 2010. Vídeo (12min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cCiuVs7Xyhs>. Acesso em: 01 SET. 2017.

CASSAB, Latif A. Violência de Gênero. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

CASTIEL, Luis David ; PÓVOA, Eduardo Conte. Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. UNESP, v. 6, n. 11, p. 122-123, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200010> Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/08.pdf> . Acesso em: 10 mar 2017.

CASTRO, Roberto; CAMPERO, Lourdes; HERNANDEZ, Bernardo. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 425-435, Aug. 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2017.

CAVENAGHI, Suzana (org). **Gênero e Raça no Ciclo Orçamentário e Controle Social das Políticas Públicas: Indicadores de gênero e de raça no PPA 2008-2011**. s.l.: Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), 2008. 214p. Disponível em: http://transformatoriomargaridas.org.br/sistema/wp-content/uploads/2015/02/5.-indicadores_genero_raca_ppa_2008_2011.pdf. Acesso em: 10 jan 2018.

CHABAUD-RYCHTER, Danielle; DESCOUTURES, Virginie; DEVREUS, Anne-Marie; VARIKAS, Eleni. **O gênero nas Ciências Sociais: releituras críticas de Max Weber a Bruno Latour**. Tradução: Lineimar Pereira Martins. São Paulo: UNESP, 2014. 595p. ISBN: 9788539305148.

CHAVES, Ricardo Lêdo. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S14-S16, 2014 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0014.pdf> . Acesso em: 10 jun 2018

CHIAROTTI, Susana (org). **Con todo al aire 2: Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos**. Rosario, Argentina: INSGENAR y CLADEM, 2008. ISBN: 978-987-95502-8-1. Disponible en: https://www.academia.edu/4389826/Con_Todo_al_Aire_2. Acesso em: 07 fev 2018

CHIAROTTI, Susana; JURADO, Maria García; AUCÍA, Analía; ARMICHIARD, Susana. **Con todo al aire: Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos**. Buenos Aires: INSGENAR e CLADEM, 2003. 121p. ISBN: 987-95502-6-9. Disponible en: <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>. Acceso en: 10 abr 2018

COCHRANE, Archie. **Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services**, 1972.

COLLINS, Patricia H. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. **Revista Sociedade e Estado**. Volume 31 Número 1 Janeiro/Abril 2016.

COLOMBIA. Ley n. 1257/2008. **Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones**. Bogotá: El Congreso de Colombia, dec. 2008. Disponible en: <http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1676263>. Acceso en: 10 Mar 2018

CONSELHO REGIONAL DE Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS). **Decisão COREN-RS nº 095/2016**. Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da Manobra de Kristeller. Porto Alegre: COREN-RS, 2016. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_cdaea2dc629c8089b0948e9eea4c7491.pdf

CONSELHO REGIONAL de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ). **Resolução 2093/2019**. Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salva-guarda do bem estar e da saúde para o binômio materno fetal. Rio de Janeiro: CREMERJ, 2019. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 5 maio 2019

CONVENÇÃO sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Adaptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 18 de Dezembro de 1979. Entrada em vigor na ordem internacional: 3 de Setembro de 1981, em conformidade com o artigo 27.º, n.º 1. s.i., 1979. Disponível em: <http://plataformamulheres.org.pt/docs/PPDM-CEDAW-pt.pdf>. Acesso em: 10 jun 2018.

COSTA, Frederico A. Violação de Direitos. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

BIROLI, Flávia e MARIANO, Rayani. **Direito ao aborto e sentidos da maternidade: atores e posições em disputa no Brasil contemporâneo**. Cadernos Pagu. n.50, 2017

<http://submission.scielo.br/index.php/cpa/article/view/157567>

CORRÊA, S. Saúde Reprodutiva, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K. e COSTA, S.H. (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 39-50, 1999. <http://books.scielo.org/id/t4s9t/03>

CPMI - **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**, 2013. Link:<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481>

DAS, Veena; POOLE, Deborah. El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. **Cuadernos de Antropología Social**, n. 27, p. 19-52, 2008. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180913917002> . Acesso: 10 feb 2018.

DEL PRIORI, Mary. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: UNESP, 2009. ISBN 978-85-7139-949-5.

DIAS, Marcos Augusto Bastos *et al* . Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S169-S181, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00154213>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Mai 2019.

DINIZ, Carmen S. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1997.

DINIZ, Carmen S. **Entre a técnica e os Direitos Humanos – limites e possibilidades das propostas de Humanização do Parto**. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3): 627-637, set. 2005.

DINIZ, Simone Grilo . Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Simone G. . Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 7, p. 119-126, 2013.

DINIZ, Carmen S.G. Violência nos serviços de saúde. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015b.

DINIZ, Simone G. ; CHACHAM, Alessandra S.O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde**

reprodutiva, v.1, n.1, p.80-91, agosto de 2006. ISSN 1809-9785. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsrl.pdf> . Acesso em: 24 abr 2018

DINIZ, Simone Grilo SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paula Galdino Cardin de; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; AGUIAR, Cláudia de Azevedo; NIY, Denise Yoshie. Violência obstétrica como questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção (Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, v.25, n.3, p.377-376, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 20 jun 2018

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

A DOR ALÉM DO PARTO. Direção: Guedes LC, Rizério A, Couto NM, Cruz R. Documentário em Vídeo realizado como Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Católica de Brasília. Brasília: BrancoPreto Produções, Nov 24, 2013. vídeo (20min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cIrIgx3TPWs>. Acesso em: 02 nov 2017?

A DOR REPRIMIDA: violência obstétrica e mulheres negras (documentário). Direção Mariana Salles. Produção Mariana Salles e Marcelo Delfino. Vídeo (27min.) s.l.: FACOM/UFBA, 2015 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=vSisihZCnHg>. Acesso em: 04 nov 2017.

ECUADOR. Ministerio de Salud Publica. **Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado**. Quito: MSP/CONASA, 2008. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/msp_2008_guia_tecnica_atencion_parto_culturalmente_adecuado.pdf . Acceso en: 10 mar 2018

FANEITE, Josmery; FEO, Alejandra; TORO MERLO, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Rev Obstet Ginecol Venez**, Caracas , v. 72, n. 1, p. 4-12, marzo 2012. ISSN 0048-7732 Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322012000100002&lng=es&nrm=iso. Acceso en: 10 mar 2018

FANON, Frantz. **Peles negras, máscaras brancas**. (Titulo original: Peau noire, masques blancs) Tradução: Renato da Silveira. Prefácio: Lewis R. Gordon. Salvador: EDUFBA, 2008. 194p. ISBN 978-85-232-0483-9. Disponível em: https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Frantz_Fanon_Pele_negra_mascaras_brancas.pdf

FEDERICI, Silvia. **Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria**. Traducción: Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza. Madrid: Traficantes de sueños, 2010. Disponible en:

<https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf> . Acesso em: 16 mar 2018.

FERREIRA, Maíra S. **A rima na escola, O verso na história**. SP: Boitempo, 2012.

FLEISCHER, Soraya Resende. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melaço, Pará**. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/10246>. Acesso em: 02 fev 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

FONN, Sharon e RAVINDRAN, T K Sundari. Contexto macroeconômico e saúde sexual e reprodutiva: uma análise de tendências nos últimos 30 anos. **Questões de saúde reprodutiva**, v.7, n.6, p. 17-21, julho de 2013. ISSN 1809-9785. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf> . Acesso em: 25 mar 2018

FOUCAULT, Michel. **Historia Da Sexualidade I - A Vontade do Saber**. Tradução de Maria Thereza Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 176p.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução: Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/foucault_vigiar_punir.pdf . Acesso em: 10 jan 2017.

FREIXAS, Meritxell. Violencia obstetricia en los partos: el silenciado abuso que hay detrás de las cesáreas. **El país**, 31.ago.2017 Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/08/24/planeta_futuro/1503582688_802126.html. Acesso em: 27 maio 2018.

Fundação Perseu Abramo (FPA), **Violência no Parto: na hora de fazer não gritou**(online). s.l.: FPA, 2013. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2013/03/25/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 19 ago 2017

FUNDAÇÃO Perseu Abramo; Serviço Social do Comércio. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. s.l., FPA/SESC, 2010. 301p. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 19 ago 2017

GAIOSO, Dan. Um mundo fluido e heterogêneo. Em: **Parteiras: um mundo pelas mãos**. Catálogo do Projeto "Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais e Indígenas de Pernambuco". Recife: Instituto Nômades, 2015.

García, D., Díaz, Z., & Acosta, M. (2013). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, 39(4), 718-732. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700029>

GIBERTI, Eva. Mujer, enfermedad y violencia en Medicina: su relación con cuadros psicosomáticos. In: Giberti, Eva e Fernandez, Ana Maria (org). **La mujer y la violencia invisible**. 2.ed. Buenos Aires: SUDAMERICANA y Fundacion Banco Patricios, 1992. p. 71-120. ISBN: 950-07-0569-9. Disponible en <http://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/La-mujer-y-la-violencia-invisible-LIBRO-COMPLETO-PDF.pdf> . Acceso en 30 ago 2017.

GOER, H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. **The Journal of Perinatal Education**, 19(3), 33-42, 2010.

GONÇALVES, Eliane; PINTO, Joana Plaza; BORGES, Lenise Santana. Imagens que falam, silêncios que organizam: sexualidade e marcas de homofobia em livros didáticos brasileiros. **Currículo sem Fronteiras**, v. 13, p. 35-61, 2013.

D'GREGORIO, Rogelio Pérez. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.111, n.3, pp.201-202. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20926074>. Access at: 27 may 2018.

GUTMAN, 2010. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**. Tradução: Luís Carlos Cabral. São Paulo: Saravia, 2010.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, jan. 2009. ISSN 1809-4449. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773> . Acesso em: 15 ago 2017.

HEITMEYER, Wilhelm ; HAGAN, John (ed.) **International Handbook of Violence Research**. New York: Kluwer Academic, 2003.

A HORA DA CHEGADA: como nascem os bebês no Brasil? Produção: Débora Brito e Luana Ibelli. s.l.: TV Brasil, 2013. 51min. [Caminhos da Reportagem] Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D2T2IiexnbY>. Acesso em: 20 mar 2019.

IMBUSCH, Peter. The Concept of Violence. In: Wilhelm Heitmeyer and John Hagan (orgs). **International Handbook of Violence Research**. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers, 2005.

INTEROVO. **Dossier de presentación de los Observatorios de la violencia obstétrica**. s.l.: Mayo 2016. Disponível em: <https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/OVO/interovo.pdf>. Acesso em: 25 abr.2018.

KERGOAT, Danièle. **Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais**. Tradução de Antonia Malta Campos. Novos Estudos 86 Março, 2010.

KITZINGER, Sheila. **A mulher e o sexo**. Editora Interamericana, 1985.

KRUG, Etienne G.; DAHLBERG, Linda L.; MERCY, James A.; ZWI, Anthony B.; LOZANO, Rafael (eds.). **Relatório mundial sobre violência e saúde** (World report on violence and health). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 380p. ISBN 92 4 154561 5 (Classificação NLM: HV 6625). Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 23 abr 2017.

LANSKY, Sônia *et al* . Pesquisa Nascido no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 maio 2018.

LEAL, Maria do Carmo *et al* . Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf> . Acesso em: 10 jun 2017

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascido no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0005.pdf> . Acesso em: 16 set 2017

LEBOYER, Frederick. **Shantala**. Campinas: Ground, 1976.

LEBOYER, Frederick. **Birth without violence**. Campinas: Ground, 1974

LEBOYER, Frederick. **Nascido sorrindo**. Brasiliense, 1983.

LEBOYER, Frederick. **Se me contassem o parto**. Campinas: Ground, 1998.

LUGONES, María. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**. Bogotá - Colombia, No.9: 73-101, julio-diciembre, 2008. ISSN 1794-2489

MALTA, Deborah Carvalho and DUARTE, Elisabeth Carmen. **Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.3, pp.765-776. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300027>.

MATERNIDADE SEGURA. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Organização Mundial da Saúde. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. [Brasília]; Ministério da

Saúde; 1996. 53 p. Livro. (OMS/SRF/MSM/96.24). Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 12 abr 2017

MATO GROSSO DO SUL. **Lei 5.217 de 26 de junho de 2018**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. Campo Grande: Assembleia Legislativa, 2018. Disponível em: http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018. Acesso em: 4 abr 2018

MELLO, Júlia Morim de, MULLER, Elaine, GAYOSO, Daniella Bittencourt. Parteiras tradicionais de Pernambuco: saberes, práticas e políticas. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (**Anais Eletrônicos**), Florianópolis, 2013. ISSN2179-510X Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1380747140_ARQUIVO_PARTEIRAS_TRADICIONAIS_DE_PERNAMBUCO.pdf. 3 ago 2018.

MÉXICO. **Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia**. Ciudad de México: Camera de Diputados, 2018. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf. Acesso em: 15 abr. 2018.

MILLER, Alice M.; ROSEMAN, Mindz J. Direitos sexuais e reprodutivos nas Nações Unidas: frustração ou realização? **Questões de saúde reprodutiva**, v.7, n.6, p.32-48, julho de 2013. ISSN 1809-9785. Disponível em: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf> . Acesso em: 21 nov 2018.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza *et al* . Institutionalizing the theme of violence within Brazil's national health system: progress and challenges. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2007-2016, June 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232018236.04962018>. Available from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2007.pdf> . Access on: 21 nov 2018.

MONTEJANO, Claudia Gamboa; ROBLEDO, Sandra Valdés. **Regulación del aborto en México. Estudio Teórico Conceptual, de Antecedentes Legislativos, Instrumentos Jurídicos Internacionales, Jurisprudencia y Opiniones Especializadas** (Primera Parte). Ciudad de México: Secretaria de Servicios Parlamentares, 2014/2008. 111p. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-32-14.pdf>. Acceso en: 22/5/2017

NA HORA CERTA. Documentário sobre parto humanizado. Porto Alegre: Famecos, PUCRS, 2014. 12 min. [Vídeo - Projeto experimental em Telejornalismo]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fkGfzptCaME>. Acesso em: 2 maio 2019

NASCENDO NO BRASIL. Direção Biasucci, C. & Hopkins, K. s.l.: M.Schmiedt Produções, 2001. vídeo digital, (52min). Disponível em: <http://mschmiedt.com.br/filmes/nascendo-no-brasil/>. Acesso em: 21 Nov 2018.

NASCER NO BRASIL: cesárea, mitos e riscos. Direção: Bia Fioretti, Produção: Bia Fioretti (17min) ntsc, Son., color, 2014a. [video] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/20097>). Acesso em: 14 ago 2017.

NASCER NO BRASIL: parto, da violência obstétrica às boas práticas. Direção: Bia Fioretti. Produtor: Bia Fioretti. (20min.): Ntsc, Son., color, 2014b [video] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18154>. Acesso em: 04 Nov 2017.

NEVES, Nuno. Um novo paradigma para a investigação médica: a medicina translacional. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. IX, Dec. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512010000400001>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v9n4/v9n4a01.pdf> . Acesso em: 05 set 2017.

NONATO, Ticiania Ramos. **Humanização do Parto nos contextos público e privado no Distrito Federal.** Dissertação (Mestrado em Sociologia). UnB, 2007.

NUNES, Jordão H. Questões metodológicas em Guerra e paz: causação, agência e refiguração. **Tempo Social: Revista de sociologia da USP.** SP, 2016. ISSN 0103-2070

ODENT, Michel. **Birth Reborn.** Universidade de Indiana: Pantheon, 1984.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor.** Editora Terceira Margem, 2000.

OKADA, Márcia Massumi; HOGA, Luiza Akiko Komura; BORGES, Ana Luiza Vilela; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori; BELLI, Maria Aparecida. Violência doméstica na gravidez. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 3, p. 270-274, jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500045>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0270.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

OLIVEIRA, Simone F. Violência na Gravidez. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** RJ: Editora Fiocruz, 2015.

OLIVEIRA, Márcia R. de. Violência Sexual. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.** RJ: Editora Fiocruz, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. **Saúde Materna e Neonatal. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático:** relatório de um grupo técnico. [Brasília]; Ministério da Saúde; 1996. 53 p. (OMS/SRF/MSM/96.24).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração - Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Suíça: OMS, 2014. 4p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=8178E7F2DD7FD9C40C2C7327754BC25A?sequence=3. Acesso em: 02 out 2017.

OSAVA, R. H., 1997. **Assistência ao Parto no Brasil: O Lugar do Não-Médico** (Ana Cristina d'Andreatta Tanaka, orientadora). Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 129pp.

OVO Presentación. [Espanha]. In: EL PARTO es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>. Acesso em: 25 abr. 2018.

A OUTRA DOR DO PARTO: Violência obstétrica. Walquiria Rosa. vídeo (52min). s.l.,s.l, s.d Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=-0vYVSqIC-0>. Acesso em: 4 abr.2017.

PARIR É NATURAL. Direção Silvio Tandler, Produção Maycon Almeida. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ e Caliban: cinema e conteúdo, 2015. vídeo (26min), Selo FIOCRUZ Video). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ez9-DzYDLdc>. Acesso em: 25 abr. 2018.

PREGNOLATTO, Daraína e SANTOS, Silvéria (orgs.). **Esse dom que Deus me deu.** Pirenópolis: Guaimbê Espaço e Movimento Criativo; Secretária de Políticas para as Mulheres, 2016. Livro com dvd anexo.

POMPEO, Carolina. Uma em cada quatro mulheres sofre violência obstétrica no Brasil. **Gazeta do Povo.** [26/9/2014]. Disponível em <https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/uma-em-cada-quatro-mulheres-sofre-violencia-obstetrica-no-brasil-ee5jkxiutgeb18bwkud2ozhhq/>. 2014. Acesso: 2/4/2015.

PRUDENTE, Lorena de Almeida Ribeiro. **Indicadores de Mortalidade materna em Goiás: no período de 1999 à 2005 - Implicações para a Enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem. Goiania: UFG, 2008. Disponível em: https://ppgenf.fen.ufg.br/up/127/o/Lorena_de_Almeida_Ribeiro_Prudente.pdf. Acesso em: 28 julho 2017.

RAMOS, Ticiania Osvald. **Casas de parto autônomas no contexto brasileiro: conflitualidades e sentidos em torno da humanização de partos e nascimentos.** Tese (Doutorado em Sociologia). Brasília: Universidade de Brasília, 2013. 351 f. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13935>. Acesso em: 14 jun 2017.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface**, vol.13, suppl.1, pp.595-602, 2009. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500011&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 28julho 2017.

REDE OVO. **8 de Marzo: Declaración Conjunta de los Observatorios de Violencia Obstétrica.** In: OVO Chile. 2016 Disponível em:<http://ovochile.cl/8-de-marzo->

[declaracion-conjunta-de-los-observatorios-de-la-violencia-obstetrica/](#). Acesso em: 28 jun 2017.

RELATOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA em PONTA GROSSA. Um documentário de Jaqueline Guerreiro e Leonardo Mordhost. Orientação Felipe Gusmão Pontes. Ponta Grossa: UEPG, 2016. video (24min). Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=h0Yfo5bAZrM>. Acesso em: 04 nov 2017.

O RENASCIMENTO DO PARTO - trilogia. Direção Érica de Paula e Eduardo Chauvet. Edição Eduardo Chauvet. s.l., s.i, 2013. Video. Disponível em: <http://ericadepaula.com.br/o-renascimento-do-parto/>. Acesso em: 03 nov 2017.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S35-S36, 2014 . DOI: [nhttp://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO02S114). Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/p/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0035.pdf. Acesso em: 04 nov 2017.

RODRIGUES, Kárita Segato. **Saúde reprodutiva das mulheres Akwe-Xerente: uma perspectiva intercultural.** 168p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3965>. Acesso em: 03 nov 2017.

SADLER, Michelle; SANTOS, Mário JDS; RUIZ-BERDÚN, Dolores; ROJAS, Gonzalo Leiva; SKOKO, Elena; GILLEN, Patricia; CLAUSEN, Jette A. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Health Matters: An international journal on sexual and reproductive health and rights**, v.24, n. 47, p.47-55, 2016. DOI: [10.1016/j.rhm.2016.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002) Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>. Access in: 03 Jun 2017.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **DILEMATA**, v.7, n.18, p.93-111, 2015. ISSN 1989-7022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf>. Acesso em: 04 Jun 2017.

SÁNCHEZ, Silvia Bellón. **Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?** Master thesis. Países Bajos: Utrecht, Faculty of Humanities, 2014. Available in: <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>. Access: 04 Jun 2017.

SANTA CATARINA. **Lei n.17.097 de 17 de janeiro de 2017.** Florianópolis: Assembléia Legislativa, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 14 set 2018.

SANTOS, Bárbara .**Teatro do Oprimido - Raizes e Asas: uma teoria da praxis.** s.l.: Ibis Libris, 2016.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado. **Violência obstétrica: você sabe o que é?** [cartilha]. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de SP; Associação Artemis, 2014. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf>. Acesso em: 10 jan.2017

SAWAIA, Bader. Introdução: Exclusão ou Inclusão perversa? Em: SAWAIA, Bader (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: UNESP, 2004. ISBN 85-7139-548-9

SENA, Lígia Moreira. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172548/343425.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jun 2018.

SENA, Lígia Moreira. **Sobre a violência obstétrica**. Publicado pelo canal TEDxFloripa. Florianópolis: 2013. Vídeo (21min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=YZ93QpCJzAc>. Acesso em: abr 2017.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A arte de não fazer o errado e fazer o certo!. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S36-S37, 2014 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO03S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0036.pdf>. Acesso em: 15 set 2017

SHABOT, SC. **Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence**. Hum Stud. May [Internet]. 2016 [cited Jul 28, 2017];39(2):231-47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>.

SCHIAVO, Rafaela. **Violência obstétrica e a cultura do estupro. Temos que falar sobre isto**. 09 out. 2017. Disponível em: <https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2017/10/09/violencia-obstetrica-e-a-cultura-do-estupro/> Acesso em: 5 maio 2018

SILVA, Maria Fernandes Gomide Dutra e. **O trabalho de enfermeiras/os obstetras na assistência ao parto e nascimento em Goiânia: políticas de humanização, desafios de mercado e relações de trabalho**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Departamento de Ciências Sociais. Goiânia: Universidade de Goiás, 2015. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/9267>. Acesso em: 23 jun 2017.

SILVA, Antônio Augusto Moura da *et al* . Morbidade neonatal near miss na pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S182-S191, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00129613>.. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 May 2018.

SILVEIRA, Maurício Machado da. Violência contra o obstetra. **SGGO**, v.10, n. 49, p.3, fev. 2017. Disponível em: <http://www.sggo.com.br/sggo/download.php?c=305>. Acesso em: 05 maio 2018.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02S114>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.

SOUZA, Karina Junqueira de. **Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto**. Mestrado. Saúde Coletiva, UnB. Brasília, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/17225>. Acesso em: 23 ago 2017.

STEELE, Cynthia; CHIAROTTI, Susana. **Com tudo exposto: crueldade na atenção pós-aborto em Rosário**, Argentina. **Questões de saúde reprodutiva**, v., n.3, p.89-98, 2008. ISSN 1809-9785. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237666270_Melhorando_a_saude_materna_fazendo_o_que_funciona_acontecer. Acesso em: 19 mai 2018

STREY, Marlene N. Culpa e Táticas de assujeitamento. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

SZWARCWALD, *et al.* Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Suppl, Ago 201. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125313>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S71-S83/pt/>. Acesso em: 24 jun 2018.

TELLES, Lorena Feres da Silva. **Libertas entre sobrados: contratos de trabalho doméstico em São Paulo na derrocada da escravidão**. USP, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 2011.

TERÁN, P.; CASTELLANOS, C.; BLANCO, M. G.; RAMOS, D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v.73, n.3, p.171-180, 2013. Disponible en: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004. Acesso en: 05 mar 2017.

TOLERÂNCIA INSTITUCIONAL à violência contra as mulheres. Brasília: CFEMEA, IPEA, 2014. 260p. Disponível em: http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf. Acesso em: 05 jun 2017.

TORNQUIST, Carmen S. **Parto e poder: o movimento de humanização pela parto no Brasil.** Tese (Doutorado em Antropologia Social). Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 jun 2017.

TORRÃO FILHO, Amílcar. Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 127-152, June 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100007>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a07.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2019.

TURKE, Christoph. **A sociedade excitada - Filosofia da Sensação.** Campinas: Ed. Unicamp, 2010.

UNFPA. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo.** s.i., s.d. 137p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 27 mar 2017.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011: adolescência, uma fase de oportunidades.** Tradução: B&C Revisão de Textos. Nova York, UNICEF, 2011. 148p. ISBN: 978-92-806-4555-2. Disponível em: <http://www.andi.org.br/infancia-e-juventude/documento/situacao-mundial-da-infancia-2011-adolescencia-um-fase-de-oportunidad>. Acesso em: 05 jun 2017.

URUGUAI. **Ley n. 17.386.** Disponese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendra derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre eleccion de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Montevideo: Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2001. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4326766.htm>. Acesso en: 05 jun 2017.

URUGUAI. **Ley n. 18.426.** Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Montevideo: Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, 2008. Disponible en: <https://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-18426-dec-1-2008.pdf>. Acesso en: 5/6/2016.

VENEZUELA. **Ley n. 38 647/2007.** Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violência. Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2007. 92p. Disponible en: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso en: 12 Out 2017.

VENTURI G, GODINO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Editora SESC SP; 2013.

VIANA, Paula. A dor e a delícia de ser parteira. Em: **Parteiras: um mundo pelas mãos**. Catálogo do Projeto "Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais e Indígenas de Pernambuco". Recife: Instituto Nômades, 2015.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet online**, 9 de maio de 2011, DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a voz das brasileiras. Criação coletiva Bianca Zorzam, Lidia Moreira Sena, Ana Carolina Arruda Franzon, Kalu Brum. s.l.: s.i., 2010. Video (52min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acesso em: 10 out 2018.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - parirás com dor. s.l.: Rede Parto do Princípio, 2012. 188p. [Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 10 jan 2017.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: a episiotomia arruinou a minha vida sexual por um ano. s.l.: Canal Bela Gil, s.d. video (12min). Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=xmCSa_JBUUo. Acesso em: 04 nov. 2017.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: vítimas relatam abusos durante o parto. Produção Giovanna de Paula. Edição Geraldo Japão. s.l.: Rede Siper de TV, 2017. video (7min) Disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=DxUPd_uNPWk. Acesso em: 4 nov 2017.

VILELA, Maria Esther de A. *et al.* Violência Obstétrica. Em: FLEURY-TEIXEIRA, E. e MENEGHEL, Stela N. (orgs). **Dicionário Feminino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. RJ: Editora Fiocruz, 2015.

WELZER-LANG, DANIEL. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 460-482, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>. Acesso em: 04 nov 2017.

WHA. **Prevention of violence: a public health priority**. Forty-ninth World Health Assembly Geneva, 20-25 may 1996. 2p. WHA49.25 Available at: https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. Access at 31 mar 2018.

WORLD BANK. **Women's Reproductive Health**. Brazil: Population and Human Resources Operations Division, Country Department I, Latin America and the Caribbean Regional Office, August 23, 1991. 133 p. Report No. 8215-BR. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/888221468230702269/pdf/multi0page.pdf> Access at: 31mar 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón ; DE NADAL, Ana Hertzog Ramos; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma

revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v.29: e155043, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em: 03
mai 2017.