

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

LARISSA VELASQUEZ DE SOUZA

‘NÃO TEM JEITO. VOCÊS VÃO PRECISAR OUVIR’

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DO TERMO, SEU
ENFRENTAMENTO E MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

(1970 – 2015)

Rio de Janeiro

2022

LARISSA VELASQUEZ DE SOUZA

‘NÃO TEM JEITO. VOCÊS VÃO PRECISAR OUVIR’

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DO TERMO, SEU
ENFRENTAMENTO E MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

(1970 – 2015)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Tania Maria Dias Fernandes

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira

Rio de Janeiro
2022

LARISSA VELASQUEZ DE SOUZA

**‘NÃO TEM JEITO. VOCÊS VÃO PRECISAR OUVIR’
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DO TERMO, SEU
ENFRENTAMENTO E MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
(1970 – 2015)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre/Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Tania Maria Dias Fernandes (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Orientador

Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz) – Coorientador

Prof. Dr. Andreza Pereira Rodrigues (Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde- HESFA/UFRJ)

Prof. Dr. Lucia Regina Nicida (Pós-Doutorado Programa de Inova Fiocruz/COC)

Prof. Dr. Joana Maria Pedro (Departamento de História da Universidade Federal de Santa Catarina)

Prof. Dr. Dilene Raimundo Nascimento (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Suplentes

Prof. Dra. Eliza Toledo (Pós- Doutorado Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz)

Prof. Dr. Cláudia Bonan (Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da mulher do IFF/Fiocruz)

Rio de Janeiro
2022

Ficha Catalográfica

S729n Souza, Larissa Velasquez de.

'Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir' violência obstétrica no Brasil : construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015) / Larissa Velasquez de Souza ; orientada por Tania Maria Dias Fernandes. – Rio de Janeiro : s. n., 2022.

244 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2022.

Bibliografia: 226-244 f.

1. Violência Obstétrica. 2. Parto Humanizado. 3. Violência contra a Mulher. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

Dedico esta tese a minha família, amigos e parceiros de pesquisa, e a todas, todos e todes que lutam para construir um caminho digno e sem violência na assistência obstétrica no Brasil

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos profissionais que constroem o Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, ao qual eu tenho a honra de ter feito parte durante 12 anos da minha vida acadêmica, somados mestrado, projetos de pesquisa e doutorado. A cada professor e professora com os quais eu aprendi muito nas disciplinas e cursos, a cada funcionário que atua nessa instituição que eu aprendi a respeitar e amar, e que sempre foram super solícitos comigo em todo o processo, muito obrigada!

A minha orientadora, Tania Fernandes, minha gratidão pela sensibilidade, paciência, assertividade e pela confiança no meu trabalho. Foram muitas e muitas horas de orientação via telefone em meio à pandemia, nos reinventamos na marra, mas deu certo. Ao Luiz Antonio, meu coorientador, agradeço pelas perguntas sempre certeiras que me faziam pensar e repensar algum ponto da pesquisa, e pela oportunidade de ter entrado nesse mundo da pesquisa sobre assistência ao parto em seu projeto, lá em 2016. Talvez vocês não saibam, mas acreditaram na minha capacidade em momentos nos quais eu mesma duvidava dela, e isso é motivo de muita alegria e certeza de que tenho ótimos exemplos a seguir na vida acadêmica. Sou grata ao privilégio de ter vocês nessa jornada!

À Capes/CNPq pelo financiamento à pesquisa durante os quatro anos de vigência da bolsa, que me ajudou a dar seguimento ao trabalho e me oportunizou ministrar aulas na UERJ/FFP, como estágio de docência, onde pude conhecer a professora Daniela Calainho, à qual dirijo, também, meus agradecimentos, assim como às turmas de graduação e pós-graduação que me receberam em suas salas de aula.

Agradeço, também, às membras da banca de defesa, professoras Andreza Rodrigues, Lucia Nicida, Dilene Nascimento, Joana Pedro, Claudia Bonan e Eliza Toledo pelo aceite e pelas essenciais contribuições. Aos profissionais entrevistados, Simone Diniz, Marcos Dias, Cristiane Kondo, Denise Niy, Fadyinha, Marilanda Lima, Maysa Luduvicce e Daphne Rattner, minha gratidão pela disponibilidade em dividir a história e trajetória profissional de vocês de forma tão atenta e solícita, com as quais aprendi muito.

E não poderia faltar a minha turma querida e mais unida do Brasil! Minha turma de 2017! Gratidão pela amizade, pelo companheirismo, pelas companhias em viagens para apresentar nossas pesquisas, pelas palavras de ânimo em momentos difíceis e pela grande

oportunidade de ver pesquisadores incríveis crescendo e alçando voos por aí através de pesquisas que, com certeza, terão impacto social nesse Brasil tão complexo em que vivemos.

Ao eterno que me guia, aos meus amigos de longa data do mestrado, da faculdade, do ensino médio, da minha comunidade de fé, do movimento social de educação popular ao qual faço parte e do meu trabalho, e ao Junior Braga, a minha gratidão por se alegrarem com cada conquista e por serem ouvidos atentos à esta pessoa que falou muito sobre parto e violência obstétrica ao longo desses últimos anos e que muito aprendeu, com muitos de vocês, sobre como associar o conhecimento acadêmico com a educação de base. E sigo aprendendo...

Minha gratidão especial à minha mãe, Margareth, pelo apoio ininterrupto à essa jornada doida de “tanto estudar”. Ao meu pai, Luiz Henrique, minhas irmãs, Priscila e Lorena, e suas famílias, cujas experiências na assistência obstétrica recebida me fizeram refletir sobre o problema da pesquisa por outra ótica, e cuja trajetória na docência só confirma que nossa família tinha que ser mesmo de educadoras! À minha dinda Mônica, meus tios Lucy e Almir, e toda sua família, cujo apoio em todos os níveis me ajudaram a seguir estudando. Aos meus sogros, Edileuza e Othon, e a minha cunhada Danielle e sua família pelo incentivo de sempre. Ao Max e a Mafalda que não me deixavam escrever sozinha e cujo afeto era reconfortante. E ao meu companheiro e amor de uma jornada, que me viu querer desistir e muitas vezes desanimar no meio do caminho e me ajudou a não sucumbir aos momentos ruins, além de ser apoio técnico e logístico! Obrigada, Otto Santos!

E por fim, aos meus sobrinhos, Isac, Laura, Davi, Theo, Isadora, e a Elisa que está a caminho, aos filhos das minhas amigas e amigos, e aos meus educandos: obrigada por simplesmente existirem e não me deixarem esmorecer em relação à esperança de um mundo melhor. O mundo está um caos, mas estamos tentando construir algo melhor para vocês, e eu creio que a educação para uma relação de respeito e não violência, que trará uma mudança efetiva na nossa sociedade, começa na infância, e é potencializada na sala de aula e em outros espaços educativos e, no que eu puder, colaborarei nessa trajetória com vocês.

RESUMO

A trajetória histórica da *Violência Obstétrica*, no Brasil, se constitui como centro dessa investigação na qual se buscou compreender a construção do termo e das práticas associadas a ele. A análise se desenvolveu sob referenciais teóricos como a história das ciências e da saúde, a antropologia e a história oral, utilizando fontes como legislação, dossiês e entrevistas, e ampla bibliografia sobre o tema. Iniciada na década de 1980, no âmbito da tematização da violência contra a mulher, a contestação de práticas obstétricas foi ancorada nos Direitos Humanos, sexuais e reprodutivos, processo no qual destaca-se os movimentos de mulheres, em debates sobre temas como corpo, individualidade e autonomia, além da ciência feminista e da Medicina Baseada em Evidência. O impacto desses questionamentos no cenário brasileiro marcado por altas taxas de mortalidade materna, e de ações consideradas como “maus tratos”, em um processo de mudança ampliado através do Movimento de Humanização do Parto, ocorreu a partir da década de 1990. A incorporação do termo *Violência Obstétrica*, inspirada na legislação de países Latino-Americanos, ocorreu no século XXI, diante do alto número de cesáreas e outras práticas desaconselhadas, inclusive pela OMS, o que gerou resistência de alguns profissionais, embates entre categorias, e entre essas e os movimentos sociais, em um campo de disputa constante, amplificado pelas mídias sociais. No enfrentamento à questão, além da garantia dos direitos já conquistados, somou-se a necessidade de problematização de questões estruturais que incidem sobre a assistência obstétrica, como o preconceito de gênero, o racismo e a desigualdade social. A formação médica, a produção científica, e a judicialização, são alguns exemplos de iniciativas que visam reduzir essa violência por meio da sensibilização, educação e responsabilização jurídica, e que têm impacto sobre a própria delimitação da terminologia *Violência Obstétrica*, em nosso país.

Palavras-chave: Violência obstétrica; movimento de mulheres; humanização do parto; gênero, história da saúde.

ABSTRACT

The historical trajectory of Obstetric Violence in Brazil constitutes the core of this investigation in which we sought to understand. The analysis was developed under theoretical frameworks such as the History of Science and Health, Anthropology and Oral History, based on empirical sources such as legislation, dossiers and interviews, and an extensive desk review. Initiated in the 1980s, within the scope of violence against women subject, the contestation of obstetric practices was anchored in human, sexual and reproductive rights, a process in which women's movements stand out in debates on topics such as the body, individuality and autonomy, in addition to feminist science and Evidence-Based Medicine. The impact of these questions in the Brazilian scenario, marked by high rates of maternal mortality, and actions considered as "mistreatment", occurred from the 1990s in a change process expanded through the Movement for the Humanization of Childbirth. The use of Obstetric Violence term, inspired by the legislation of Latin American countries, occurred in the 21st century, given the high number of cesarean sections and other WHO not recommended practices. This has generated resistance from some professionals, clashes between categories, and between these and the social movements, in a field of constant dispute, amplified by social media. In this context, in addition to guaranteeing the rights already conquered, there was also the need to problematize structural issues that affect obstetric care, such as gender prejudice, racism and social inequality. Medical training, scientific production, and judicialization are some examples of initiatives that aim to reduce this violence through awareness, education and legal accountability, and that have impact on the own delimitation of the Obstetric Violence terminology in our country.

Keywords: Obstetric violence; women's movement; humanization of childbirth; gender, health history.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Capa do Dossiê Violência Obstétrica. “Parirás com Dor”. Rede Parto do Princípio Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 2: Reprodução de artigo da Revista Cláudia, 1974 Fonte: Biblioteca Nacional

Figura 3: Reprodução de artigo da Revista Cláudia 1982. Fonte: Biblioteca Nacional/RJ

Figura 4: Fotos da audiência pública realizada em 2007 no MPF. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/single-post/2010/08/25/Den%C3%BAncia-da-Parto-do-Princ%C3%ADpio-motiva-a%C3%A7%C3%A3o-do-Minist%C3%A9rio-P%C3%ABlico-Federal>

Figura 5: Reprodução da capa da cartilha sobre Episiotomia. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 6: Reprodução de páginas da cartilha Episiotomia. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 7: Reprodução de páginas da cartilha sobre Episiotomia. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 8: Reprodução da capa da Cartilha sobre Violência Obstétrica. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 9: Reprodução de uma página da cartilha sobre Violência Obstétrica: falas ouvidas por mulheres na assistência ao parto. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 10: Reprodução de panfleto sobre Violência Obstétrica. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Figura 11: Reprodução de Cartaz de divulgação da Marcha do Parto em Casa, em São Paulo. Fonte: <https://sampasling.wordpress.com/2012/06/15/17-de-junho-marcha-do-parto-em-casa-em-todo-brasil/>

Figura 12- Reprodução de fotografia da Marcha do Parto em Casa, na orla de Salvador, BA. Fonte: <http://cabresto.blogspot.com/2012/06/grupo-faz-marcha-do-parto-em-casa-na.html>

LISTA DE SIGLAS

ABEN _ Associação Brasileira de Enfermagem

ABENFO - Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica

ABO - Associação Brasileira de Obstetizes

ANDO - Associação Nacional de Doulas

ANIS - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

CCJ – Comissão de Constituição e Justiça

CEDAW-ONU - Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher da Organização das Nações Unidas

CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFSS - Coletivo Feminista sexualidade Saúde

CLADEM – Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher

CLAP - Centro Latino-americano de Perinatologia

CMB - Centro da Mulher Brasileira

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CP – Casa de Parto

CPDC/RJ - Casa de Parto David Capistrano Filho

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CPN - Centros de Parto Normal

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo

DUHD - Declaração Universal dos Direitos Humanos

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

GENP - Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto

GLTTB - Gay, Lésbica, Transsexuais, Transgênero e Bissexuais

HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

IBFAN/Brasil - Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar

ICM - Confederação Internacional de Obstetizes

IHI - Institute for Healthcare Improvement

INSGENAR - Instituto de Género, Derecho y Desarrollo

JICA – Cooperação Internacional Japonesa

LGBTQIA+ - Lésbica, Gays, Bissexuais, Transgênero, Queer, Intersexo, Assexual e +

MBE - Medicina Baseada em Evidências

MPF – Ministério Público Federal

OAB – Organização do Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISM - Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PDP - parto domiciliar planejado

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento,

PNDH - Programas Nacionais dos Direitos Humanos

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PROCON - Programa de Proteção e Defesa do Consumidor

PSD - Parto sem dor

PTPT - Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais

QUALIS - Projeto Qualidade Integral da Saúde

ReHuNa - Rede de Humanização do Parto e Nascimento

RSMLAC - Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe

SESC - Serviço Social do Comércio

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

Introdução.....	1
Capítulo 1- A mulher no centro do debate sobre a violência.....	20
E a violência, o que é?.....	21
Direitos Humanos: lutas por direitos e seu contexto histórico	25
Violência contra a mulher: tematização pública e legislação específica.....	34
Violência contra a mulher: políticas públicas de enfrentamento	38
Violência Obstétrica: apresentação do termo	41
Capítulo 2 -Modelos e espaços de assistência ao parto: medicalização e institucionalização ...	53
Parto e Nascimento no Brasil: medicalização, hospitalização e risco	54
Humanização do Parto e Nascimento: desconstrução e reconstrução de caminhos.....	64
Sexualidade e reprodução: a disputa pelo domínio do corpo	67
Propostas contra hegemônicas para o parto: assistência nos centros de Parto Normal (CPNs) e parto domiciliar.....	79
Capítulo 3 – Mulheres em movimento: denúncia e reconfiguração da assistência obstétrica.	100
Maus tratos, descaso, desrespeito e violência: denúncias na assistência obstétrica e a mobilização das mulheres.....	101
Mudanças na assistência obstétrica: novos ideários de parto, medicina baseada em evidência e humanização.....	116
Gerar e parir: gênero, raça, classe e sexualidade na violência obstétrica.....	131
Capítulo 4 - Violência obstétrica: direito ao próprio corpo, judicialização da saúde e uma nova perspectiva da assistência.....	149
Marcos Referenciais da Assistência ao parto: diretrizes internacionais e a incorporação ao contexto brasileiro	150
Assistência ao parto e ao nascimento e sua mudança estrutural: principais atores profissionais	160
Delimitação e enfrentamento à violência obstétrica: influências internacionais e a atuação dos profissionais na sua configuração no país.....	175
Judicialização da saúde e da violência obstétrica: reconhecimento, responsabilização e resistência médica	192
Considerações Finais.....	207
Referências Bibliográficas	222

Introdução

Analisar a trajetória histórica do que se configura como Violência Obstétrica no Brasil constitui o centro dessa pesquisa que visa compreender o processo de construção do termo e das práticas determinadas como violentas no contexto de assistência à gravidez e ao parto, no país. Foram, também, analisadas suas diferenciadas aplicações e abordagens, procedendo uma investigação das definições e tipificações que circunscrevem o conceito em questão e como ele tem sido acionado por diferentes grupos.

O interesse no estudo sobre as diversas formas de violência contra mulher advém do período do mestrado (2014-2016), no qual desenvolvi uma dissertação sobre a experiência do Centro de Referência de Mulheres da Maré, situado no bairro Maré, no Rio de Janeiro. Minha inserção nos estudos sobre o tema da violência obstétrica, especificamente, iniciou-se em 2016 com a participação no grupo de pesquisa “Medicalização do Parto”, da Casa de Oswaldo Cruz e, transformá-la em uma perspectiva de abordagem histórica foi o desafio que buscamos empreender. O abuso, desrespeito, maus tratos, a discriminação na assistência à gravidez e ao parto, compõe um conjunto de ações violentas que, no Brasil, na atualidade, constitui o termo Violência Obstétrica.

O trecho “*Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir*”, compõe a narrativa de Maysa Ludovice, uma das profissionais entrevistadas nessa investigação, quando esta ressalta sobre a importância atribuída a judicialização da questão da *violência obstétrica*, no Brasil, e foi escolhido para compor o título da tese por congregar parte significativa das preocupações aqui desenvolvidas.

A escolha pela década de 1970, como marco inicial, se refere às discussões em torno de opções diferenciadas de parto que começam a surgir, neste período, marcando a década de 1990 quando é sistematizado o ideário de humanização do parto e as primeiras políticas sobre o tema são gestadas, em âmbito internacional e nacional. Estas discussões estão associadas ao que se denominou como *violência obstétrica*, principalmente a partir da segunda década do século XXI, sendo, por isso, essencial à compreensão das discussões em torno da humanização. A estratégia de humanização foi constituída como será apresentado nesta tese, de forma a oferecer uma alternativa ao

que se considerava uma abordagem violenta, desumanizada da assistência ao parto, ampliando-se, posteriormente, para a assistência à saúde em geral.

Como marco final da pesquisa, optamos pelo ano de 2015, quando entra em vigor a resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de incentivo ao parto normal. No âmbito do SUS, o recorte temporal contempla o impacto de outras legislações, como a instituição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), a instituição da Rede Cegonha (2011), entre outras. Neste processo, analisamos a atuação e os discursos médico e sociopolíticos das personagens envolvidas, em sua maioria pertencentes, ou não, a grupos de mulheres ou feministas que tiveram um papel crucial na pressão política pela elaboração e aprovação das leis. -

O parto é um evento fisiológico com vivência permeada por fatores culturais e socioeconômicos complexos. Ao longo do tempo, de evento familiar e doméstico, transformou-se, em algumas sociedades, em um evento passível de assistência médica, hospitalizado, submetido aos parâmetros da sociedade medicalizada e medido pelo potencial de risco. Nesse percurso, avanços científicos importantes, como o desenvolvimento de antibióticos, anestesia, e a descoberta da importância da assepsia foram cruciais para salvar a vida de mulheres e bebês com complicações efetivas no parto. No entanto, nesse percurso de medicalização do evento, o corpo em processo de gestação e parto passou a ser compreendido como um corpo potencialmente perigoso, correspondendo a concepções históricas e culturais específicas sobre o corpo feminino, que adentrou, inclusive, a própria produção científica.

O processo de medicalização do parto e nascimento e sua roteirização hospitalar passaram a fazer parte do percurso da maioria das pessoas que vivem uma gravidez em todo o mundo, a partir do final do século XIX, mas, sobretudo, no século XX. A partir da segunda metade do século XX, vivenciou-se um aumento das intervenções cirúrgicas nos partos e da realização da cesariana. A forma como o parto vaginal era conduzido em muitas instituições passou a ser contestada por grupos de mulheres, o que se intensificou a partir do fortalecimento dos movimentos feministas e a inserção de temáticas sexuais e reprodutivas nos debates desses grupos, a partir da década de 1960, no mundo e, mais intensamente na década de 1980, no Brasil.

A contestação explicitada pelas usuárias em relação à determinadas práticas médicas consideradas inicialmente como maus tratos e desrespeito, influenciada pelos

debates sobre direitos humanos e a maior tematização pública sobre violência contra a mulher, tomou fôlego, a partir de finais da década de 1980 e início da década de 1990, pela produção de evidências científicas que contestavam práticas tradicionalmente utilizadas na assistência ao parto. Nesse percurso, destaca-se a importância da emergência de uma produção feminista da ciência que ampliou os horizontes sobre visões estereotipadas do corpo feminino e algumas ausências e excessos da ciência e medicina que refletiam o contexto de sua produção em um mundo predominantemente masculino, patriarcal, branco e heteronormativo.

No âmbito dessas contestações, algumas práticas passaram a ser consideradas inadequadas e inadmissíveis, sendo denominadas como maus tratos, desrespeito, violência institucional e, a partir dos anos 2000, principalmente a partir da segunda década, como *violência obstétrica*, termo que se fortalece, no Brasil, a partir de 2010.

Partindo da relação direta estabelecida entre humanização e enfrentamento da violência obstétrica, considerando a importância de ampliação da historicidade desse termo, delimitou-se o estudo da construção da ideia de violência obstétrica como objeto dessa pesquisa. Assim, algumas questões iniciais foram formuladas: qual o significado atual de violência obstétrica aplicado no Brasil? Como se deu seu processo de construção? Quais discursos influenciam a definição construída pelas mulheres, e pelos profissionais de saúde envolvidos com os eventos da gravidez, parto e nascimento sobre a violência obstétrica? Qual a participação destes atores no processo de construção desse conceito? Como os movimentos de mulheres e feministas se inserem no debate em questão e como as demandas suscitadas no interior destes movimentos contribuíram ou determinaram a elaboração de políticas públicas entorno de um novo ideal de assistência à gestação, parto e nascimento?

Ressaltamos a relevância da temática na atualidade, com embates de cunho político, ético e jurídico, constantemente revisitados nas diferentes mídias debatidos por diversos grupos da sociedade civil, além de enunciados em diversos estudos acadêmicos. A temática tem sido divulgada, também, por meio de filmes e documentários, em reportagens que envolvem denúncias de violências e embates de dimensão social e profissional como, por exemplo, a tentativa de obstrução de uso do

termo *violência obstétrica* através de um despacho do Ministério da Saúde, em 2019¹. Em reação a esse posicionamento, o Ministério Público Federal² publicou uma Recomendação reforçando que negar o uso da terminologia, “expressão já consagrada em documentos científicos, legais e usualmente empregada pela sociedade civil” significa negar a ocorrência dos fatos e prejudicar a saúde das mulheres brasileiras. Nesse documento é sugerido, ainda, que o Ministério da Saúde se abstenha de querer abolir a expressão e desenvolva “ações voltadas a coibir as práticas agressivas, maus tratos e desrespeito durante o parto, independentemente da intenção dos profissionais em causardanos” (MPF, 2019).

De acordo com dados de uma pesquisa realizada em 2010 pela fundação Perseu Abramo, uma em cada quatro mulheres entrevistadas relatam terem sofrido algum tipo de violência no parto, com maior porcentagem de relatos entre as mulheres pretas e pardas, dado que também é apontado na pesquisa *Nascer No Brasil*, desenvolvida pela Fiocruz (2014). Nesta mesma pesquisa as mulheres usuárias do setor público aparecem como sendo aquelas que mais sofreram violência física, verbal ou psicológica (D’ORSI *et al.*, 2014). Os índices de cesariana, no país, ainda permanecem altos, principalmente no setor privado de saúde, apesar da constatação de que a maioria das mulheres, no início da gestação, indicam preferência ao parto normal, fato conferido na pesquisa citada e que pode indicar a influência de aspectos estruturais da sociedade que incidem no aumento indiscriminado do uso da operação.

Em 2014 a OMS publicou uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde” onde define que “os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente”, ressaltando que “as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva” (OMS, 2014: 2).

1 Ministério da Saúde. Despacho SEI/MS – 9087621, 3 de maio de 2019. Disponível em <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

2 Ministério Público Federal. Recomendação nº 29, 2019, 7 de maio de 2019. Disponível em http://mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

Atualmente, com a maior divulgação de informações sobre violência obstétrica, muitos casos desse tipo de violação de direitos têm sido denunciados e relatados em diferentes mídias sociais. Essa violência, que já ocorre desde o início da institucionalização do parto, e a nível mundial, foi denominada de diversas formas diferentes como maus tratos, abuso, desrespeito, violência institucional no parto, entre outras. No entanto, o uso do termo *violência obstétrica* é relativamente recente, situado a partir dos anos 2000, tendo a América Latina como área mais proeminente em seus estudos e legislações específicas. Porém, como afirma a pesquisadora italiana Patrizia Quattrochi no epílogo de uma publicação sobre tema, “a violência obstétrica é praticada em todo mundo (...) que muda em diferentes contextos são as modalidades em que é construída, exercida e percebida” (QUATTROCCI, 2020: 197).

As pesquisas até então produzidas analisam a temática sob uma perspectiva majoritariamente epidemiológica e, em menor escala, em uma visão antropológica, psicológica, filosófica, sociológica ou jurídica através de trabalhos produzidos por profissionais da enfermagem obstétrica, medicina, direito, psicologia e antropologia. Destacam-se abordagens que analisam o impacto da assistência no que diz respeito aos aspectos institucionais, ressaltando questões como a dificuldade no acesso à leitos que gera problemas diversos na assistência, (Rodrigues et.al, 2015; Andrade et.al, 2016; Cardoso et.al, 2017); formas de prevenção e enfrentamento à violência obstétrica e sua caracterização como questão de saúde pública (TESSER *et al*, 2015; DINIZ *et.al*, 2015; DINIZ & CHACHAM, 2006), além da associação do tema com a questão do direito, direito sexual e reprodutivo, direitos humanos (MARQUES, 2020; BELLI, 2013; BRITO *et.al*, 2020). É importante ressaltar as abordagens que consideram a percepção das mulheres (SILVA *et al*, 2019; SALGADO *et.al*, 2013; NASCIMENTO *et.al*, 2017), e a dos profissionais sobre o problema (SILVA et.al, 2014; SENS, 2019) assim como aquelas que pautam o papel do ciberativismo para a ampliação da divulgação do tema e as questões interseccionais, como a influência das questões de raça e classe no atendimento (SENA E TESSER, 2017; SANTOS *et.al*, 2016;). Entre as abordagens antropológicas, destacam-se aquela referentes a construção social da violência obstétrica e a tematização da resignificação de dor e sofrimento no processo de parturição (CARNEIRO, 2015; KLUJSZA, 2019). Considerando o estado da arte sobre o tema, buscou-se contribuir com a ampliação da problematização sobre o mesmo e um novo olhar sobre o objeto abordado, através de uma abordagem histórica não só da elaboração

do termo, mas da mudança na compreensão sobre determinadas práticas para, assim, aprofundar as discussões em torno da assistência à mulher no período de gravidez, parto e puerpério, no Brasil.

Nesse sentido, foi investigada a historicidade do termo *Violência Obstétrica*, através da análise da mudança na percepção sobre o evento do nascimento, problematizando como determinadas práticas consideradas legítimas passaram a ser interpretadas como violentas, e como práticas interpessoais de violência, suportadas pelas mulheres como “destino de gênero” (SAFIOTTI, 2015), passaram a não mais serem toleradas. Para isso, foram identificados os referenciais sociopolíticos que forneceram base aos questionamentos quanto às práticas médicas vigentes identificadas como violentas ou ineficazes. Tal análise foi realizada buscando compreender as concepções e narrativas no âmbito dos direitos humanos assim como as elaborações científicas envolvidas no processo, como por exemplo, a inserção da Medicina Baseada em Evidências (MBE) e sua utilização como legitimação na humanização, e a configuração de novas compreensões científicas sobre o corpo feminino a partir do desenvolvimento da ciência feminista.

A análise da trajetória dos grupos de mulheres e feministas que se inseriram nesse processo, em suas convergências e divergências em temáticas como o uso de tecnologia/intervenções no nascimento, frente à questão da naturalização e “essencialização” do parto, por exemplo, foi essencial para a compreensão da delimitação, divulgação e ampliação do termo *Violência Obstétrica*, posto que esses grupos se configuraram como agentes principais dessa delimitação e pauta política de uso do termo.

A metodologia utilizada para desenvolver esse estudo consistiu na análise da produção científica que apresenta conceitos e práticas sobre ginecologia e obstetrícia associadas à crítica ao modelo tradicional e tecnocrático de assistência ao parto, no Brasil, presentes em artigos científicos, periódicos acadêmicos e revistas femininas, além das legislações brasileiras sobre assistência ao evento, cartilhas, dossiês e demais materiais produzidos no âmbito do enfrentamento do que vem se configurando como um problema de saúde pública, a violência obstétrica. Foram realizadas, também, entrevistas com alguns dos principais atores envolvidos na construção/divulgação do termo e enfrentamento da problemática através da metodologia da história oral, considerando também os estudos sobre história e memória, cujos principais referenciais

teóricos utilizados foram Pollak (1989), Portelli (2001), Alberti (2004), Araújo (2012), Fernandes (2016) entre outros.

A história oral, através da afirmação de Portelli (1997), como a “ciência e arte do indivíduo”, que visa aprofundar a compreensão sobre padrões culturais, estruturas sociais e processos históricos “por meio de conversas com pessoas sobre a experiência e a memória individuais e ainda por meio do impacto que estas tiveram na vida de cada uma” (PORTELLI, 1997: 15). Neste sentido, a memória é considerada como “um processo individual, que ocorre em um meio social dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso, as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas” (PORTELLI, 1997: 16).

Tendo em vista a relevância do testemunho de alguns atores históricos na análise do nosso objeto de investigação, tais profissionais foram escolhidos tendo em vista a sua inserção na trajetória da humanização do parto no Brasil, a produção científica sobre humanização e/ou violência obstétrica, e a militância na área. Além disso, alguns desses personagens fazem ou fizeram parte de instituições importantes, como associações de classe e ONGs, cujo trabalho teve grande impacto no questionamento da assistência e na luta por sua transformação.

Na área da enfermagem obstétrica, entrevistamos Maysa Luduvica Gomes e Marilanda Lima. Maysa Luduvica é professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Facenf/UERJ e coordenadora do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Atua também como vice-presidente da Abenfo-RJ e membra da Camara Técnica do Coren-RJ e consultora do Grupo Parto Ecológico de atenção à gestação, parto e pós-parto em domicílio e com autonomia. Marilanda Lima foi professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ, da década de 1970 ao início dos anos 2000 e atua como enfermeira obstétrica em partos domiciliares. Marilanda foi membra fundadora da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras - ABENFO-NACIONAL, entidade representativa das obstetizes e enfermeiras obstetras que possui expressividade no enfrentamento à questão da violência obstétrica.

A médica Carmem Simone Diniz, uma das principais expoentes na área acadêmica dos estudos sobre violência obstétrica, é professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade

de São Paulo e colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Entre as principais temáticas de estudo e atuação, destacam-se as temáticas sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Pública baseada em evidências. Diniz também atuou como coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012), coordena e apoia projetos na área de assistência ao parto.

O médico Marcos Augusto Bastos Dias, atuante no Instituto Fernandes Figueira, da Fiocruz, é pesquisador associado do Departamento de Epidemiologia da ENSP, desenvolvendo pesquisas sobre as causas e consequências das cesarianas, com atuação no Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil. Além dessa temática, desenvolve pesquisas, também, na área de humanização da assistência e mortalidade materna, com trabalhos sobre temas como escolha da via de parto e intervenções obstétricas. Além disso, a atuação do obstetra na Secretaria Municipal de Saúde do RJ à época da implantação de políticas públicas de humanização no Estado e de replicação de determinadas ações à nível nacional também foram abordadas na entrevista.

Doutora em epidemiologia, a médica Daphne Rattner atuou na Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, é professora na Universidade de Brasília e desenvolve pesquisas em diversas áreas como obstetrícia, saúde pública e assistência obstétrica. Pesquisadora destacada na área de humanização do parto, Rattner é presidente da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), além de integrar a diretoria da International Mother Baby Childbirth Organization e ser conselheira de redes como a Red por la Humanización del Parto y Nascimento de América Latina y Caribe – Relacahupan, e comitês como o de especialistas da Rede Cegonha.

A doula Maria de Lourdes da Silva Teixeira, conhecida e referenciada como Fadyinha, é considerada pioneira no país e atua, desde o final da década de 1970, na preparação de grupos de casais grávidos com método próprio de yoga. Fadyinha atuou na promoção de encontros sobre gestação e parto natural e é membra fundadora e do colegiado da ReHuNa, foi a fundadora e presidente da Associação Nacional de Doulas (ANDO), além de autora de livros sobre yoga no parto e o trabalho das doulas. Exerce a função de Diretora, Professora de Yoga para Gestantes e Doula do Instituto de Yoga e

Terapias Aurora, desde 1978, além de já ter tido participações em vários canais midiáticos e integrar a Associação de Doulas do RJ, órgão de expressividade na promoção do trabalho das doulas e na divulgação de informações sobre a violência obstétrica.

A psicóloga Cristiane Yukiko Kondo, uma das membras fundadoras da Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, instituição responsável pela elaboração dos dossiês sobre cesárea e sobre violência obstétrica. O dossiê sobre cesárea se desdobrou em denúncia ao Ministério Público Federal sobre o excesso da operação no Brasil e os altos níveis de prematuridade e outros fatores iatrogênicos, com audiência Pública para debate do tema e posterior legislação sobre ele. O dossiê sobre violência obstétrica foi apresentado à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre violência contra a mulher, dando visibilidade para o problema, delimitado sob o termo específico em questão. Além dos dossiês, a Rede produziu outros materiais e campanhas informativas sobre o tema. Kondo atuou diretamente na produção das cartilhas citadas e de toda a mobilização em torno dos desdobramentos relativos aos documentos.

Também pertencente à rede Parto do Princípio, a pesquisadora Denise Ypshie Niy foi indicada na entrevista realizada com a Cristiane Kondo, que a citou como personagem importante nos processos e elaboração dos dossiês e no trabalho da Rede. Originária da área de Comunicação Social, se aproximou das questões da assistência ao parto na gravidez, momento a partir do qual passou a atuar no campo da humanização, inicialmente com as listas de discussão por endereço eletrônico. Hoje, Denise Niy migrou para a pesquisa na área da saúde pública com investigações na área da saúde materna-infantil, gênero, educação em saúde, comunicação e saúde e participação social.

Kondo e Niy são representativas do grupo de mulheres militantes no movimento de humanização do parto, geralmente oriundas da classe média brasileira, que iniciaram suas contestações em relação ao tema pautando a questão dos altos números de cesarianas no setor suplementar de saúde.

As entrevistas gravadas no âmbito do projeto fazem parte do nosso escopo de fontes sobre a construção do termo violência obstétrica no país, no qual ainda se encontram disputas narrativas de resistência e adaptações ao termo em questão. Esse

tipo de fonte é frequente nas análises mais contemporâneas, como a contemplada no nosso recorte temporal de investigação, delimitado mais especificamente como História do Tempo Presente, periodização teorizada por diversos historiadores (LE GOFF, 1999; LAGROU, 2007; ROUSSO, 2009; FICO, 2012), e que delimitam, hoje, as investigações de processos históricos ocorridos a partir de meados do século XX no pós - Segunda Guerra Mundial e, no Brasil, mais especificamente no pós-ditadura de 1964. Henry Rousso ressalta a importância da análise da história mais recente, destacando que a especificidade dessa empreitada na qual “nós fazemos uma história do inacabado. Nós assumimos o fato de que as análises que vamos produzir sobre o tempo contemporâneo, provavelmente, terão certa duração e que os acontecimentos vindouros poderão mudá-las” (ROUSSO, 2009: 205,206).

Assim, nosso objeto é permeado por essas abordagens teóricas e, além dessas, estabelece um diálogo com os estudos sobre algumas outras questões teóricas que sustentam esta análise. Na esfera das discussões sobre a violência, por exemplo, especificamente sobre violência contra a mulher e sua tematização pública, destacamos as pesquisas de Minayo no exercício de análise da associação entre violência e saúde (MINAYO, 2006), e algumas outras obras também de sociólogas que se debruçaram sobre a temática da violência contra a mulher. Inclui-se, ainda, a crítica à estrutura social milenar do patriarcado e sobre a violência de gênero, elaborada por autoras como Heleieth Safiotti (2013; 2015) e Almeida (2007), além de pesquisas que desenvolvem análise entorno da avaliação de políticas públicas, como a de Lilia Poygy (2007; 2010). A reflexão sobre essas questões pode contribuir para a compreensão da tematização pública da violência contra a mulher, o qual coincide com o contexto de lutas feministas chamado feminismo de segunda onda (pós- década de 1960), que impulsionaram, também, estudos analisam as questões de gênero, sexualidade e sua relação com a saúde através das obras de Scott (1995); Rohden (2001); Schiebinger (2001); Giffin (1994; 1999).

No âmbito das discussões sobre risco e saúde, tema importante no que diz respeito as disputas em torno do parto, da assistência e ambientação, destacamos a obra de Luiz Castiel (2010), que aborda a questão do risco inserida no contexto da biopolítica atual, no qual assume um perfil de controle, vigilância de hábitos e estigma. Sobre a medicalização dos nascimentos e a normalização da cesárea, o estudo de Nakano, Bonan e Teixeira (2016) se constitui como uma de nossas referências. Especificamente

sobre a medicalização do corpo feminino, destacamos as contribuições da obra da antropóloga Elizabeth Vieira (2002) e da historiadora Ana Paula Vosne Martins (2004).

Inserida nestas discussões de processos mais recentes da história brasileira, destacamos, também, os estudos sobre movimentos sociais de Maria da Glória Gohn, (2011) e Charles Tilly (2010) e sua repercussão na área da saúde. Esses estudos serão importantes para a compreensão do movimento pela humanização na saúde em geral, e no parto, especificamente, a fim de perceber como o movimento de mulheres atuou na luta por mudanças legislativas na área da assistência ao nascimento e na defesa por direitos reprodutivos e sexuais têm se desenvolvido.

Para a compreensão sobre os questionamentos em relação à assistência institucional ao nascimento é preciso situar, ainda que de forma breve, a trajetória da hospitalização deste evento, no Brasil. Os processos de medicalização e de hospitalização do parto têm sido abordados em diferentes trabalhos de pesquisadores em diversas áreas do conhecimento como a história, a medicina, a antropologia, e a saúde pública (MARTINS, 2004; MOTT, 2002; VIEIRA, 2002). Os estudos sobre essa mudança e institucionalização do parto afirmam que, até o século XIX, esses eram realizados, quase que exclusivamente, em domicílios, assistidos por parteiras leigas e, posteriormente, em poucos casos, por parteiras diplomadas. O médico era solicitado apenas quando as parteiras não conseguiam realizar o parto por algum tipo de intercorrência e a cesariana era realizada somente na mulher morta para tentar salvar a criança (MOTT, 2002; MARTINS, 2004).

A experiência da gravidez, do parto e da maternidade eram vivenciadas pelas mulheres, num espaço estritamente feminino por questões morais e culturais de diferentes grupos. A inexistência de registros escritos e a ausência de marcos iniciais dessa história, “não há ‘mães’ da obstetrícia como há ‘pais’”, nos permite uma visão parcial do evento através de registros de médicos que atendiam apenas a partos complicados (MARTINS, 2004: p.66). O processo de desenvolvimento da obstetrícia e as teorias científicas que amparavam inicialmente a sua prática promoveram a desqualificação do trabalho das parteiras, ao mesmo tempo em que a própria prática obstétrica era interpretada como menos importante no campo da medicina (MARTINS, 2004). Por preocupação com as referências demográficas, morais e religiosas, o controle sobre as parteiras passou a ser realizado pela igreja na Europa, no século XV, e pelos médicos, a partir do XVII, com maior ênfase a partir da disseminação de escolas de

parteiras no século XVIII (MARTINS, 2004). No caso do controle médico estava em questão, também, a emergência da especialização médica em obstetrícia. De acordo com Martins, a entrada dos médicos na cena do parto, nos séculos XVII e XVIII, foi fruto da conjunção de dois fatores: a produção do conhecimento sobre as ciências biológicas, como a anatomia e a fisiologia; e o crescente interesse pelo corpo feminino e os conflitos ideológicos das disputas profissionais entre cirurgiões e parteiras (MARTINS, 2004). No final do século XIX, a partir da introdução da assepsia cirúrgica e da anestesia, cirurgias como a cesariana e a histerectomia tornaram-se frequentes (ROHDEN, 2001).

Em decorrência da conformação de um novo campo da medicina, e dos próprios médicos, na segunda metade do século XVIII, um aumento na produção de livros de obstetrícia, e o desenvolvimento desta especialidade como ciência nas faculdades de medicina europeias, na primeira metade do século XIX, resultou na institucionalização do saber médico, no qual as parteiras passaram a ocupar o espaço de profissional auxiliando médico (MARTINS, 2004). No entanto, Rohden afirma que não há uniformidade nesse processo de medicalização da sociedade e, também, nas relações entre os profissionais. A própria categoria das parteiras era diversa e a relação com alguns médicos era de troca, embora a diferença hierárquica fosse mantida, ocorrendo, inclusive, crítica por parte das mesmas ao trabalho dos médicos, no que diz respeito a utilização de instrumentos obstétricos que foram incluídos na cena do parto concomitantemente a entrada do médico (MARTINS, 2004). O afastamento da figura da parteira tradicional da cena, no começo da Europa moderna, teve consequências para o evento na vida das mulheres. Essas perderam seu sistema de apoio, já que o trabalhadora parteira estava até então para além do momento do parto em si, na medida em que atuava no pós-parto e no puerpério com os primeiros cuidados com o bebê. Além disso, esta mudança propiciou a perda do controle da fertilidade, na Europa, já que esta personagem também fazia parte da rede de mulheres que detinham o conhecimento tradicional sobre contracepção (SCHIEBINGER, 1999: 210).

No que diz respeito à constituição da obstetrícia, no Brasil, Mott destaca as dificuldades enfrentadas devido à ausência de maternidades que viabilizariam o seu ensino prático, sendo as primeiras instituições criadas no final do século XIX e início do XX (MOTT, 2002). De acordo com a autora, o nascimento em ambiente hospitalar era interpretado como algo inseguro e assustador, pois as acomodações neste tipo de

instituição eram precárias e as infecções e mortes recorrentes. As mulheres que eram atendidas em hospitais como, por exemplo, as santas-casas, apresentavam um perfil muito específico, em sua maioria eram pobres, indigentes, mães solteiras e prostitutas, ou seja, aquelas que não podiam arcar com a presença de um médico em seu domicílio (MOTT, 2002). A precariedade das condições de atendimento prejudicava a possível formação médica nessas instituições.

De acordo com Maria Lúcia Mott, com base o diretor da Faculdade de medicina, Visconde de Sabóia, havia uma grande oposição das freiras à formação realizada na instituição, de forma que o persuadia de que estas estavam dispostas a tudo para que as mulheres não mais voltassem a parir nessa instituição. A descrição de instalações sujas, com pouca alimentação, roupas de cama reutilizadas, entre outras questões, produzia um cenário no qual “a narração dos sofrimentos infringidos pelas freiras faria que nenhuma mulher viesse a pedir qualquer socorro” (Visconde de Sabóia. Relatório, 1884. Apud: MOTT, 2002: 201).

A ausência de instituições de assistência ao parto se relaciona diretamente à fragilidade do ensino da “arte obstétrica”, cuja formação foi institucionalizada no Brasil em 1809, na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro e na cátedra de partos nas academias Médico Cirúrgicas do Rio de Janeiro e Bahia, posteriormente integrada compondo, em 1832, a Faculdade de Medicina (Santos Filho, 1991, p. 316. *Apud* ROHDEN, 2006: 214). Nesse mesmo período foi ampliada a regulação das parteiras, com formação dessas profissionais e com concessão dos certificados pelos médicos (ROHDEN, 2006), o que efetivava um meio de regulação das atividades das mesmas e desvalorização da atuação das parteiras identificados como “curiosas”.

Ao final do século XIX surgem as primeiras Casas de Saúde e maternidades vinculadas a iniciativa privada, as quais o trabalho das parteiras diplomadas foi incorporado, porém sob o controle dos médicos, cuja autoridade sobre os corpos femininos, e seu comportamento, de acordo com Rohden, ultrapassavam os limites do consultório. De acordo com a autora, “a crescente especialização médica sobre o corpo feminino, aliada ao clima intervencionista mais geral que caracterizava a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo” (ROHDEN, 2006: 216), associada à preocupação, por parte do estado, de “um governo maior sobre seus cidadãos” (ROHDEN, 2001: 81).

No final deste mesmo século, entretanto, ainda permanecia a discussão sobre a competência e a responsabilidade de cuidar dos partos. Algumas instituições e grupos ainda não consideravam que cuidar desse evento era algo digno de médicos, devendo estes se restringirem aos partos difíceis (VIEIRA, 2002). Vieira exemplifica esse impasse na comunidade médica através da afirmação do médico Carlos da Rocha Fernandes, em sua tese de livre docência, “O problema pré-natal”, de 1924, na qual comenta que por ser considerada uma especialidade “menor”, só se dirigiam à obstetrícia os “incompetentes”, atrelando a este fato o mau desenvolvimento da prática:

Quanto ao indivíduo, porque mal sabe oftalmologia, urologia ou porque é sofrível cirurgião, se intitula parteiro! Sobraçam uma valise, onde abrigam o fórceps ‘sabe tudo’ que tudo arranca, tudo resolve; (...) ou para o emprego contra-indicado da pituitrina que mal conhecem; (...) Eis o profissional quixotesco e criminoso. Para estes só conheço o Código Penal, a responsabilidade criminal e a denúncia sem rebuços contra esses bufarinheiros sem pego ... Se se iniciassem um dia os processos por crime de fórceps, de pituitrina e de cureta, não sei quantos presídios seriam necessários” (FERNANDES, 1924:81; apud VIEIRA, 2002: 58)

Neste relato percebe-se, não somente, descaso valorativo em relação a obstetrícia, mas a atribuição de um uso indiscriminado da prática médica instrumental de condução do evento. A medicalização do parto apresentada não está dissociada da medicalização do corpo feminino, desde a constituição de um processo assimétrico de medicalização em relação ao corpo masculino, com base em uma “ciência da diferença” estabelecida para pensar esse corpo que gera temor, materializado na constituição de uma especialidade somente para as mulheres, a ginecologia (ROHDEN, 2001). Em um contexto de uso político e social da medicina numa perspectiva que implicava questões demográficas e da patologização desse corpo,

se afirmam as especialidades médicas dedicadas exclusivamente às mulheres e à demarcação da diferença baseada no sexo. Com o desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia em meados do século XIX, delimitando-se ainda mais as fronteiras da normalidade no que se refere ao corpo e à sexualidade femininos (ROHDEN, 2001: 84)

Sobre a constituição das especializações em ginecologia e obstetrícia, Elizabeth Vieira afirma que, com o desenvolvimento da obstetrícia, “a medicalização se expande não apenas alicerçando as políticas públicas, sejam elas de saúde ou demográficas, mas principalmente sendo construída e reconstruída em sociedade, com suas promessas e

expectativas”. A autora também afirma que a medicalização ratifica através da ciência “o feminino no contexto do desenvolvimento tecnológico, que se constrói como estratégia de modernidade, excluindo modelos menos medicalizados que dão prioridade à saúde e aos direitos humanos” (VIEIRA, 2002: 72). Para a autora, a medicalização se inicia através da medicina no contexto de uma sociedade capitalista, na qual o cuidado médico passou a ser propagado como consumo individual. A ideia de ‘avanço’ e de ‘progresso’ estava, portanto, presente no discurso de desenvolvimento e consolidação de um novo campo da medicina, em uma nova sociedade.

A inserção de aparatos tecnológicos que escrutinavam o corpo feminino e demandavam treinamento específico para o uso dessas tecnologias, também colaboraram na mudança do parto vivido entre mulheres e amparado por parteiras para aquele fiscalizado pelo médico e hospitalizado, transformando-o em ato médico, no fim do século XIX e início do XX (VIEIRA, 2002).

Nesse processo de medicalização, o hospital possui um papel fundamental. Em seu texto *O nascimento do Hospital*, Foucault analisa a mudança na constituição do papel do médico e do hospital ao longo de séculos e as diferentes formas de medicalização que foram se transformando no decorrer deste percurso, no qual o médico e o hospital permaneceram separados até a metade do século XVIII. A partir de um processo de “anulação dos efeitos negativos do hospital”, com o primeiro objetivo de transformar essa instituição não em um instrumento de cura, mas “impedir que seja foco de desordem econômica ou médica”, a disciplinarização do espaço hospitalar começou a mudar a função desta instituição, gerando a formação de uma medicina hospitalar, que inclui a transformação das práticas médicas (Foucault, 1979: 103-107).

O hospital, no fim do XVIII, transformou sua estrutura espacial de intervenção sobre o doente, na qual o indivíduo passou a ser alvo do saber intervencionista da medicina ampliado a partir do desenvolvimento das tecnologias hospitalares, assim como do poder médico, com seu ritual de visita e sistematização das práticas documentadas no hospital, transformou esse espaço em lugar de cura, de registro e de formação (Foucault, 1979). No século XIX, as práticas científicas mudaram a configuração da medicina e a sua importância e inserção na sociedade ocidental. Entre elas pode-se destacar o desenvolvimento do método anatomoclínico e da fisiopatologia; a identificação de microrganismos e a sua relação de causalidade com determinadas doenças, que se desdobrou na possibilidade de controle de infecção e na vacinação

preventiva, sendo seus princípios incorporados na terapêutica, na cirurgia, na clínica e na higiene; descoberta da anestesia, raio-X etc (Rohden, 2001).

A roteirização das ações presumidas para esse espaço, com dinâmicas que respondem a necessidades estruturais, econômicas e de gestão de ordem diversas (recursos humanos, insumos, tempo, etc), personificam o espaço hospitalar como lugar para lidar com a doença, cenário no qual o processo do parto, evento fisiológico que não configura por si só patologia, passou a ser inserido nessa visão e enquadrado na dinâmica de controle. Assim, algumas práticas, inicialmente delimitadas como benéficas para a mulher, que abreviariam a dor e, diante de concepções específicas sobre o corpo feminino, “preveniriam” danos à mulher e ao concepto, passaram a ser contestadas por seus efeitos danosos à saúde do binômio mãe-bebê, em termos físicos, sexuais e psicológicos, considerando os impactos a curto, médio e longo prazo. Esses fatores, chamados de iatrogenia³ somavam-se às queixas já existentes sobre tratamento interpessoal.

A definição conceitual de violência obstétrica envolve questões como autonomia (tanto da pessoa grávida quanto dos profissionais em questão), direitos sexuais e reprodutivos, direito à informação e consentimento, incorporação de evidências científicas recentes sobre intervenções, além de respeito à individualidade e maior conhecimento pessoal sobre os próprios processos reprodutivos.

Nessa trajetória, a configuração e reconfiguração das ações de diversos profissionais envolvidos no parto criou um campo de disputas no campo das profissões de saúde e no que diz respeito ao debate sobre ciência (Latour, 2000), e medicalização da sociedade (FOUCAULT, 1975;1979). Abriu espaço, também, para novas narrativas e ressignificações sobre o corpo que gesta e que pari (e que não é só feminino), com a coexistência da retomada de uma ênfase a associação desse corpo em sua “potencialidade natural”, de forma ressignificada na compreensão de natureza, com o acionamento da legitimação das evidências científicas mais atualizadas e de mais alta qualidade que amparem as novas bases da assistência ao evento.

3 Iatrogenia (ou iatrogenose, iatrogênese) abrange os danos materiais (como uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias e mutilações) e psicológicos (o comportamento, as atitudes, a palavra) causados ao paciente não só pelo médico como também por sua equipe (enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais). TAVARES. Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 31 (2): 180 – 185; 2007

Para alcançar o objetivo aqui proposto, de compreender como se deu a transformação da compreensão sobre o parto e a delimitação do que se configura como violência obstétrica e como ela se transformou em problema de saúde pública, a presente análise foi construída em quatro capítulos: No primeiro capítulo, foi analisado o fenômeno da violência e suas diversas manifestações, considerando o processo de tematização pública do mesmo, o contexto político e social da emergência dessa discussão, focando na violência contra a mulher e sua especificidade quando manifestada no campo da saúde reprodutiva e sexual. O debate proposto se desenvolveu a partir da análise de pesquisadores de áreas como a filosofia, antropologia, história, ciências sociais e direito. O argumento central se pauta nas discussões em torno do enfrentamento à violência obstétrica, e sua delimitação, no Brasil, que estiveram ligadas ao contexto de mudanças sociais no campo dos direitos humanos, inseridas nas lutas das mulheres feministas, a partir de uma perspectiva de contestação quanto ao direito às decisões sobre o corpo feminino. O debate em questão foi analisado levando em consideração, também, as primeiras legislações sobre o tema e o contexto histórico nacional e internacional de luta das mulheres por direitos.

No segundo capítulo da tese em questão foi discutido o processo de medicalização do parto e sua hospitalização, considerando os saberes, práticas e tecnologias inseridas neste contexto, com o objetivo de compreender como a roteirização da assistência hospitalar influenciou na roteirização do parto e impactou na assistência ao mesmo. As concepções de medicalização, de biomedicalização e de risco foram abordadas através da produção bibliográfica sobre o tema em âmbito mais amplo, inseridas no contexto da biomedicalização da vida, e, especificamente, da assistência ao parto. A ressignificação desse processo de medicalização e a construção de uma assistência diferenciada da abordagem mecanicista tradicional, desenvolvida no âmbito do movimento de humanização, e a reconfiguração de algumas profissões e espaços possíveis de nascimento, foram, também, abordadas. Além desses pontos, foram analisadas questões referentes à atuação dos diversos profissionais no cenário do parto, como os médicos, enfermeiras obstétricas, parteiras e doulas, além do discurso feminista envolvido, que tematiza a questão do poder e da autonomia sobre o corpo feminino. Essas mudanças passam por resistências e disputas de cunho profissional e estrutural, e só foram possíveis a partir de uma reelaboração da concepção de ciência e medicina que incluiu a ciência feminista em suas contestações de paradigmas estabelecidos pela

ciência médica masculina tradicional. Foram analisados documentos governamentais que demonstram a trajetória política de construção e reconstrução da assistência ao parto, no Brasil, associando-os com as entrevistas de alguns profissionais envolvidos em processos como a elaboração de algumas dessas políticas.

O terceiro capítulo aborda a atuação das mulheres na contestação e enfrentamento à violência obstétrica, percorrendo a trajetória de denúncias e mobilizações em âmbito internacional e nacional, demonstrando que essas ações geraram novas perspectivas e ações políticas que modificaram, de fato, a cena da assistência ao parto no Brasil, sem desconsiderar os mecanismos de resistência e de adaptação dessa modificação. Neste capítulo foram abordadas algumas influências da área médica e antropológica, além da discussão da efervescência feminista sobre corpo e sexualidade, nessa reconfiguração da assistência, considerando, também, o papel da Medicina Baseada em Evidência no processo. Nesta etapa da pesquisa, também destacamos a importância da abordagem interseccional da temática, posto que questões de gênero, raça, classe, sexualidade, faixa etária e condições de deficiência, por exemplo, determinam níveis diferentes de opressões que se sobrepõem e que, por isso, necessitam de ações conjuntas e multidisciplinares em seu enfrentamento. As fontes analisadas em diálogo com a bibliografia pertinente ao capítulo, consistiram em algumas referências clássicas dos vários ideários de parto, assim como diferentes materiais de movimentos de mulheres e feministas, além das entrevistas realizadas.

No quarto e último capítulo retomamos e aprofundamos as definições de violência obstétrica, analisando o processo de identificação do problema, delimitação do termo e das ações circunscritas a ele. Os marcos referenciais da OMS e a sua incorporação no Brasil, assim como a readaptação do cenário das profissões ligadas ao parto e nascimento, no país, também foram analisados. Por fim, foi pautada a questão da judicialização da violência obstétrica, inserida no contexto mais amplo da judicialização da saúde. Esses processos são permeados por outros como a emergência do fenômeno do paciente informado e do ciberativismo, também pontuados na análise em questão, considerando, ainda a sua relação com a resistência de grande parte da categoria médica ao termo. Para este capítulo, foram utilizadas as fontes governamentais construídas para servirem de orientação à assistência, como os manuais e legislações, assim como alguns materiais elaborados por coletivos de mulheres e feministas sobre o tema específico da violência obstétrica, entendendo que estes tiveram um grande impacto na formulação

das legislações atuais, assim como as entrevistas realizadas com médicos, enfermeiras, doulas e parteiras, que tem participado ativamente da construção não só da delimitação através de um termo específico, mas do enfrentamento ao que vem se configurando como um problema de saúde pública na área da assistência ao parto, no Brasil - a violência obstétrica.

Capítulo 1

A mulher no centro do debate sobre a violência

Capítulo 1- A mulher no centro do debate sobre a violência

O conceito e as práticas associadas à noção atual de violência obstétrica no Brasil, considerando seu percurso histórico de mudanças e conformação no campo da saúde, estão associados à questão da violência, especificamente da violência contra a mulher.

A historicidade do conceito, portanto, perpassa as questões relacionadas ao tema *violência* em âmbito mais geral, que se configura como um fenômeno sócio-histórico e envolve processos econômicos e políticos. Esta temática vem sendo abordada do ponto de vista de análises teóricas que, em alguns casos, influenciam no questionamento de práticas efetivas no âmbito de políticas públicas. Desta forma, o contexto histórico que envolve a tematização pública da violência contra a mulher, antes relegada à esfera privada e, constantemente, ao núcleo familiar, apresenta repercussões no âmbito da saúde das mulheres e, juntamente, com aquelas produzidas contra elas no campo institucional, conformam o quadro de violações de direitos contestados por militantes de diversos grupos sociais de mulheres e feministas, assim como dos movimentos sociais na área da saúde.

Neste primeiro capítulo da tese, abordaremos algumas dessas questões, partindo de uma concepção determinada de violência para pensar sua tematização pública no contexto daquela cometida contra a mulher e, especificamente, no campo da assistência à saúde e aos nascimentos, no Brasil. Inserida em uma conjuntura de debates internacionais sobre o tema, as primeiras legislações sobre a temática, no que diz respeito à proteção da mulher quanto a práticas consideradas violentas, são construídas a partir da demanda de mulheres e da sua organização em diferentes movimentos sociais e outras frentes de mobilização, a partir da década de 1980. A violência institucional e a violência obstétrica chegam ao debate, oficialmente, cerca de duas décadas depois, com a utilização de termos variados para se referir à questão, expressando-se, no âmbito das políticas públicas, no ideário de humanização da assistência.

Este tipo específico de violência ampliou o debate já existente sobre questões referentes ao corpo, sexualidade e saúde reprodutiva, inseridas no espectro maior do debate sobre direitos.

E a violência, o que é?

A violência se apresenta como um conceito multidimensional e polissêmico, sendo, como todo conceito, historicamente construído, diretamente relacionado com o contexto social de seu local de produção e possuindo as características dinâmicas do lugar de fala dos atores que o constroem. A definição, ou as definições, como ressalta a maioria dos autores que abordam a discussão teórica sobre o tema, não pretendem encerrar um significado único para o fenômeno e, sim, compreender como ele é vivenciado e problematizado em alguns contextos específicos. Como afirma Koselleck, “sem conceitos comuns não pode haver uma sociedade e, sobretudo, não pode haver unidade de ação política” (KOSELLECK, 1992: 98). Da mesma forma, sem definir o que é violência e o que é violência contra a mulher, em suas mais diversas formas de manifestação, não há como traçar estratégias para o seu enfrentamento.

A análise do fenômeno da violência tem sido elaborada por alguns autores de diferentes áreas, principalmente das chamadas ciências humanas. O episódio, que afeta física e psicologicamente o indivíduo, possui consequências econômicas e sociais diversas, e está presente em praticamente todas as nações do mundo. Sua manifestação, suas causas e consequências apresentam-se de formas diferenciadas de acordo com o contexto cultural e político de cada uma delas.

Na área da análise filosófica, autores mais contemporâneos aprofundam a temática, dentre outras formas, associando-as às condições estruturais da conformação política e econômica. A filósofa brasileira Marilena Chaui, em seu texto *O mito da não violência brasileira*, apresentado em uma conferência em 2013, afirma que a violência é “toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural, isto é, de ausência de direitos” (CHAUI, 2017: 41). Ressalta, ainda, a importância de considerarmos não a violência física, mais aparente aos nossos olhos, mas a simbólica, expressa nos valores e normas da sociedade e que, segundo Chaui, se apresentam como “constituintes simbólicos” que estruturam as relações de violência no Brasil (CHAUI, 2017: 42).

A abordagem da filósofa nos remete à cultura médica e científica, assim como à estrutura simbólica social construída sobre o corpo da mulher, em suas potencialidades e limites, que são acionadas quando se trata de gravidez e parto. Estes “constituintes simbólicos”, presentes na assistência, são acionados também nas análises críticas a essa mesma assistência, inclusive quando se atribui a mesma um caráter tipificado como violento.

No campo da sociologia e, especificamente, pensando a relação entre violência e saúde, destacamos a obra da socióloga brasileira Maria Cecília Minayo, *Violência e Saúde* na qual ela define os eventos violentos como “conflitos de autoridade, lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens” (MINAYO, 2006: 13). A OMS define que “a saúde das mulheres é profundamente afetada pela forma como são tratadas e o *status* que lhes é conferido pela sociedade como um todo. Onde as mulheres continuam sendo discriminadas ou submetidas à violência, sua saúde é prejudicada” (OMS, 2009:14).

O caráter móvel e subjetivo do conceito é ressaltado por Minayo que atribui a dificuldade da definição à especificidade de ser este um “(...) fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (MINAYO, 2006: 14).

Ainda sobre a questão da subjetividade, a socióloga Heleieth Saffioti, por sua vez, se afasta da definição de violência como “ruptura de integridade: física, psicológica, sexual e moral”, criticando o caráter ontológico atribuído ao termo. A autora argumenta que

uma mulher pode sair feliz de um posto público de saúde, tendo esperado quatro horas na fila, estado dois minutos com o médico e ‘ganho’ a receita de um medicamento, que seu poder aquisitivo não lhe permite adquirir. Outra pode considerar este fenômeno uma verdadeira violência. Assim, o mesmo fato pode ser considerado normal por uma mulher e agressivo por outra. (SAFFIOTI, 2015: 50)

Saffioti afirma que, quando a violência se mantém nesse “limite tênue com a chamada normalidade”, prefere trabalhar com o conceito de *direitos humanos*, considerando que este apresenta um determinado “pequeno corpo de direitos universais que contribuem para que as mulheres possam ser defendidas de determinadas agressões (SAFFIOTI, 2015). Essa diferença de percepção sobre elementos semelhantes,

associados à violência, está presente na assistência à gestação e ao parto, indicando questões importantes a serem consideradas na análise sobre violência obstétrica como a naturalização de determinadas práticas, a autoridade científica conferida a profissionais da saúde mas, também, a questão de quem define o que é violência e como isso é trabalhado de diferentes formas tanto no percurso de escuta e participação das próprias mulheres na concepção sobre o tema, quanto no processo denominado de conscientização, sensibilização do público para essa questão.

Retomando a sistematização de Minayo sobre o tema, esta identifica três abordagens explicativas para a violência do ponto de vista filosófico e sociológico. Uma delas, a “considera como expressão de crises sociais que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente a sociedade ou ao Estado que não consegue lhe dar respostas adequadas”, e esteve presente no pensamento das décadas de 1960 e 1970. A outra abordagem, desenvolvida nas décadas de 1980 e 1990, indica um “caráter racional e instrumental da violência, que constituiria um meio para atingir fins específicos” e, segundo seus teóricos, a pessoa violenta é considerada “como um ser consciente que atua no campo de interações” com o objetivo de se manter “no palco do poder”. E a última, ressalta a articulação entre violência e cultura, articulada no mesmo período, sobre a qual, “na visão dos autores, os conflitos de interesse nas sociedades modernas passaram a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesse, pela identidade e pela busca do coletivo”, sendo um problema dessa abordagem, segundo Minayo, a “não inclusão de mediações políticas, sociais e subjetivas” (MINAYO, 2006: 17-19). Essa abordagem pode ser identificada no que diz respeito à emergência da tematização da violência contra a mulher, em um primeiro momento, que ocorre no mesmo período citado, assim como os primeiros questionamentos sobre a violência no parto, no Brasil.

Outra reflexão relevante sobre o tema é desenvolvida pelo sociólogo Michel Wieviorka em suas pesquisas sobre a violência quando o aborda no âmbito da globalização, com a apresentação das principais abordagens para a análise da violência como um fenômeno social e, também, de sua representação. O fim da Segunda Guerra Mundial, principalmente entre os anos 1950 e 1960, para o autor, apresenta duas frentes de análise para o tema: a ideia da violência ligada à noção de conflito, que atribuía à violência um caráter instrumental, e a violência como tradução das disfunções e carências sociais e suas consequências sobre os atores (WIEVIORKA, 1997). Na

análise sob o ponto de vista do sistema internacional, o autor cita as grandes mudanças ocorridas do ponto de vista geopolítico, como o fim da Segunda Guerra Mundial e a dissolução do império soviético e da bipolaridade Leste/Oeste, que explicitam um contexto no qual a violência que se mantinha no controle dessa bipolaridade, passa a ter espaço (ou visibilidade) no âmbito local (WIEVIORKA, 1997).

Sob o prisma da análise da atuação estatal, com base em Weber (1963) em sua afirmação de que a este sempre foi conferido o “monopólio da violência física legítima”, Wieviorka define que, a partir da mundialização, há um enfraquecimento do poder estatal e uma ampliação do processo de privatização da violência, assim como da economia. O autor infere que nas décadas de 1950 e 1960 acreditava-se que a violência estava relacionada ao nível de progresso de uma sociedade. Porém, a ideia acima não se sustentou, pois, os chamados “progressos econômicos e políticos” não garantiram, por si só, a diminuição da violência (WIEVIORKA, 1997), o que nos leva ao último nível de análise descrita pelo autor: o individualismo contemporâneo. Este nível analítico apresenta o que Wieviorka indica como duas facetas complementares, onde o indivíduo moderno deseja “participar da modernidade, do que ela oferece, do que ela promete, do que ela mostra através dos meios de comunicação e das solicitações de um consumo de massa” e, por outro lado, “quer ser reconhecido como sujeito, construir sua própria existência, não ser totalmente dependente de papéis e normas [...]” (WIEVIORKA, 1997: 23). Ainda seguindo as reflexões do autor, a violência se manifesta quando ocorra impossibilidade de expressão de uma dessas facetas, ou de ambas, posto que “é bem difícil ser, ao mesmo tempo, consumidor e produtor de sua existência” com a violência em um terreno favorável ao seu desenvolvimento (WIEVIORKA, 1997: 24).

Considerando que os estudos sobre a violência atravessam as questões em nível macro e micro e acrescentam o ponto de vista da construção do individualismo moderno, é importante considerá-los nesta pesquisa sobre violência contra a mulher no plano da assistência obstétrica. As relações de poder e de demandas político-econômicas estão presentes na formação profissional e na difusão de informações ao consumidor sobre produtos e serviços de saúde, por exemplo.

A inserção em uma lógica de mercado delimita as ações das instituições e dos profissionais, assim como a questão do consumo interfere no acesso aos serviços de saúde. Ambas as circunstâncias impactam na significação do que é entendido como violência. A negação do acesso a determinadas tecnologias, por exemplo, e, por outro

lado, o questionamento do seu uso, considerado abusivo ou desnecessário, descreve, também, um processo diferenciado e individualizado de compreensão de alguns usuários/pacientes de determinados serviços em um sistema que questiona os procedimentos convencionados em sua necessidade e eficácia.

É importante ressaltar que no cenário pós-Segunda Guerra Mundial a tematização da violência também se fez presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, os quais tornaram-se pauta de governos e discussões amplas sobre a garantia de direitos inalienáveis dos indivíduos. Reafirmados após o conflito citado, na realidade, tiveram sua origem no final do século XVIII, com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, produto da Revolução Francesa.

Direitos Humanos: lutas por direitos e seu contexto histórico

A trajetória histórica de reconhecimento e delimitação dos direitos humanos tem como marco principal a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, estabelecida na Revolução Francesa (1789), que se configurou como o evento de grande impacto no contexto mundial, influenciado pelo ideário iluminista europeu, que promoveu uma reforma intelectual e moral na época. O Iluminismo pode ser definido como “uma postura crítica perante a realidade, isto é, o questionamento do poder e dos mitos que estão a seu serviço” (ROUANET, 1987, *Apud* CAVALCANTI, 2004: 57). A influência do Iluminismo, na concepção de direitos do homem construída na Revolução Francesa, afirma Cavalcanti, ocorre a partir da formulação do preceito do homem como sujeito da história, explicando os acontecimentos como fruto das ações humanas, e não divinas. Assim, “a desigualdade, por exemplo, não é mais encarada simplesmente como um dado da natureza, mas como resultado de relações humanas historicamente constituídas” (CAVALCANTI, 2004: 58).

A relação entre as bases dos preceitos estabelecidos da Revolução Francesa e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), ainda regem, atualmente as relações mundiais na tentativa de estabelecer os “direitos naturais” do homem, como abordada por Tosi (2004) quando este ressalta as expressões “*liberdade, igualdade e*

fraternidade”, lema da Revolução Francesa, presentes no primeiro artigo da declaração de 1948⁴ (TOSI, 2004: 14).

A noção de direitos em sua concepção universalizante, se altera conjuntamente, pressupondo a ideia de cidadania e de pertencimento de um determinado grupo a um Estado organizado. Fleury e Ouverney (2012), tematizando a questão das políticas de saúde como políticas sociais, abordam o conceito de cidadania em seu processo histórico de construção, afirmando que

A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando de um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos (FLEURY E OUVERNEY, 2012: 26)

Esta cidadania, segundo os autores, foi desenvolvida no contexto de construção dos Estados Nacionais e da instauração do capitalismo, e estaria firmada em três elementos distintos, que se desenvolveram em épocas diferentes: os direitos civis, no século XVIII; os direitos políticos, no XIX; e os direitos sociais, no XX (Marshall, 1967, *apud* Fleury e Ouverney, 2012). A essa condição de cidadania, afirma Fleury e Ouverney, soma-se o vínculo político e jurídico, que requer a participação dos indivíduos na coisa pública.

Neste sentido, a democracia, segundo Marilena Chaui, é reconhecida como “o regime político que é também a forma social da existência coletiva” (CHAUI, 2017: 276). De acordo com a autora, uma sociedade é democrática quando

Além das eleições partidos políticos, divisão dos três poderes da república, respeito à vontade da maioria e da oposição, institui algo mais profundo, que é a condição do próprio regime político, ou seja, quando *institui direitos* e que essa instituição é uma criação social, de tal maneira que a atividade democrática social realiza-se como um poder social que determina, dirige, controla e modifica a ação estatal eo poder dos governantes (CHAUI, 2017: 276-grifos da autora)

4 “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotadas de razão e de consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. A versão aqui consultada é a referente à publicação da ONU-Brasil de 2009. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, art. 1. DUDH, ONU-Brasil, 2009, p. 4. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em novembro de 2018.

Para Chauí, a concepção de direito apresenta-se como o contrário de “privilégio, necessidades, carências e interesses” (referentes à esfera particular), representando o “geral e universal, válido para todos os indivíduos, grupos e classes sociais” (CHAUI, 2017: 276). Tais direitos se expressam nas Constituições e demais legislações dos Estados independentes, e muitos se baseiam em declarações e tratados internacionais que tiveram como objetivo garantir, ao menos em plano teórico, uma proteção mínima do ponto de vista de direitos fundamentais para a população mundial. A primeira no âmbito da proteção universal dos direitos e a mais significativa delas é a já citada Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Publicada originalmente em 1948, como desdobramento do fim do segundo conflito bélico de proporções mundiais que acarretou eventos de tortura, perseguição e morte de milhares de pessoas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, foi aprovada em Paris em assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU) em dezembro deste mesmo ano e assinada pelo Brasil na mesma ocasião. Elaborada por representantes de diferentes origens culturais e de todas as regiões do planeta foi proclamada como “uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações” (DUDH, 2009).

Em seu artigo quinto, a declaração estabelece que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (DUDH, art. V, 2009: 6) e que “todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação [...] e contra qualquer incitamento a tal discriminação” (DUDH, art. VII, 2009: 6). Baseado nestes princípios, a questão da discriminação e violência em instituições de assistência à saúde, por questões de raça, classe social e/ou gênero, já configuram como uma violação dos direitos humanos. No entanto, há abertura para pequenos avanços, como afirma Chauí, “a história das democracias tem mostrado que cada direito declarado abre campo para a declaração de outros, seja como complemento, seja como efeito, seja como recurso de legitimação” (CHAUI, 2017: 275).

Neste sentido, a DUDH compõe a Carta Internacional dos Direitos Humanos em conjunto com outros pactos: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966). Foram estabelecidos, também, diversos outros tratados internacionais e demais instrumentos que ampliaram “o corpo dos direitos institucionais dos direitos humanos”, como a

Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), que envolve particularmente o nosso objeto de estudo, e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).

A pesquisadora na área de saúde pública, Miriam Ventura, afirma que essas convenções expressam a “indivisibilidade das dimensões individual e social dos direitos humanos”, ratificando os princípios mais genéricos dos dois pactos citados, porém, especificando a aplicabilidade para o perfil dos sujeitos destacados nas convenções (Ventura, 2017: 88). Considerar as especificidades de gênero, faixa etária e de raça, permite expor esses diferentes enfoques que, em uma definição mais ampla, “universal”, não se faz explícita. De acordo com Ventura, essa especificação do sujeito permite construir um ideal de “igualdade que reconheça as diferenças” e de uma “diferença que não produza, alimente, ou reproduza as desigualdades” (VENTURA, 2017: 92).

No contexto nacional, após a promulgação da Constituição Federal Brasileira, destacam-se algumas ações importantes no âmbito da estrutura política de Estado para garantia dos direitos humanos, como a criação da Comissão de Direitos Humanos e Minorias na Câmara dos Deputados (1995), a criação da Comissão de Direitos Humanos no Senado Federal (2005), secretarias de direitos humanos (a partir de 1997), além do Ministério de Direitos Humanos (2010). Além disso, a realização de diversas Conferências Nacionais de Direitos Humanos, incluindo-se as de 1996, 2002 e 2008, nas quais foram debatidos os Programas Nacionais dos Direitos Humanos/ PNDH, criados em 1996, 2002, 2009, garantiram a participação democrática, com a presença de grupos da sociedade civil.

O I PNDH⁵ define *Direitos Humanos* como os “direitos fundamentais de todas as pessoas” abrangendo “as mulheres, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas portadoras de deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza”. O programa acrescenta, também, que

5 O Primeiro Programa Nacional de Direitos Humanos foi “elaborado a partir de ampla consulta à sociedade (...) e tem por objetivo estancar a banalização da morte, seja ela no trânsito, na fila do pronto socorro, dentro de presídios, em decorrência do uso indevido de armas ou das chacinas de crianças e trabalhadores rurais. Outras recomendações visam a obstar a perseguição e a discriminação contra os cidadãos”. I Programa Nacional de Direitos Humanos. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/i-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-1996.html>, acesso em 13 de maio de 2021.

todos, enquanto pessoas, devem ser respeitados e sua integridade física protegida e assegurada”. (IPNDH, 1996: 2).

Entre as propostas de ações governamentais destaca-se o apoio a “programas para prevenir a violência contra grupos em situação mais vulnerável, caso de crianças e adolescentes, idosos, mulheres, negros, indígenas, migrantes, trabalhadores sem-terra e homossexuais”, assim como a proposição de legislação que proíbe a discriminação com base em origem, raça, etnia, sexo, idade, credo religioso, convicção política ou orientação sexual, como expresso no IPNDH (1996: 5). Esse programa aponta como objetivo a implementação de propostas de proteção dos direitos da mulher contidas em documentos como a Declaração e Proposta de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos (1993), a Declaração sobre Eliminação da Violência Contra a Mulher (1993) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994).

No segundo PNDH⁶, publicado em 2002, foram incorporadas “ações específicas no campo da garantia do direito à educação, à saúde, à previdência e assistência social, ao trabalho, à moradia, a um meio ambiente saudável, à alimentação, à cultura e ao lazer”, além de “propostas voltadas para a educação e sensibilização de toda a sociedade brasileira com vistas à construção e consolidação de uma cultura de respeito aos direitos humanos”. Em relação às mulheres, o PNDH previa ações de apoio, estímulo e formulação de programas em diversos níveis como saúde, cultura, política e justiça, além da capacitação de profissionais em relação à igualdade de gênero, e implementação de ações de combate à violência e discriminação das mulheres. Na área de saúde da mulher, foram incluídas algumas prerrogativas como assegurar o cumprimento da Lei nº 9.029/95, que garante proteção às mulheres contra a discriminação em razão de gravidez, e apoiar a implementação e o fortalecimento do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Além dessas, foram contempladas outras questões como a importância da divulgação de conceitos de direitos reprodutivos, a prevenção da mortalidade materna e gravidez na adolescência, a implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (2000), e o debate do aborto como questão de saúde pública. Questões como saúde, segurança e garantia

6 II Programa Nacional de Direitos Humanos. 2002. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/ii-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-2002.html>, acesso em 13 de maio de 2021.

de direitos da população negra, indígena e GLTTB⁷, que refletem na assistência aos indivíduos que vivenciam a gestação e o parto/nascimento, também foram contempladas.

Na terceira e atual versão do PNDH⁸, a preocupação com ações de enfrentamento à discriminação e violência se ampliou e foram estabelecidas estratégias que envolviam o estímulo à pesquisa e o acompanhamento das condições das mulheres e demais grupos vulnerabilizados, como as pessoas com deficiência, idosos, indígenas, negros, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis e pessoas em situação de rua. Além disso, a divulgação dos instrumentos legais de proteção às mulheres existentes em âmbito nacional e internacional, foi incluída como um dos objetivos, através de publicações diversas e em formatos acessíveis como braile, CD de áudio e demais tecnologias assistivas, sinalizando uma preocupação com a informação da população sobre os seus direitos. A questão do aborto foi apontada na versão de 2009 em uma perspectiva diferenciada em relação ao programa anterior, prevendo o apoio ao projeto de lei que o descriminalizava e considerava a “autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos”. No entanto, o texto que aborda essa questão no programa foi alterado pelo decreto nº 7.177 de 2010, recolocando o aborto como “tema de saúde pública, com a garantia do acesso aos serviços de saúde” (III PNDH, 2009), retrocedendo em relação a descriminalização. Foram considerados, também, nessa legislação, os direitos da população privada de liberdade, observada a partir de objetivos como a garantia de repasses de recursos para a construção de estabelecimentos prisionais nos Estados e no Distrito Federal. Esta mudança visava atender a necessidade da “existência de alas específicas para presas grávidas e requisitos de acessibilidade”, além de colocar em pauta a aplicação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no contexto prisional, regulamentando a assistência pré-natal, a existência de celas específicas e período de permanência com seus filhos para aleitamento” (IIIPNDH, 2009).

7 Sigla utilizada na época para se referir à comunidade Gay, Lésbica, Transsexuais, Transgênero e Bissexuais. Hoje a sigla mais utilizada que acompanhou os estudos em relação a orientações sexuais e identidades de gênero é LGBTQIA+.

8 III Programa Nacional de Direitos Humanos, 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm, acesso em 13 de maio de 2021.

A participação da sociedade civil organizada na elaboração de programas e demais legislações é de significativa importância, na perspectiva de refletir as demandas baseadas nas mudanças culturais, científicas e políticas e as especificidades locais de violação de direitos que demandam ações de combate ao problema.

Os conceitos relacionados aos Direitos Humanos envolvem debates sobre os estudos decoloniais⁹ e a concepção crítica dos Direitos Humanos que questiona a pretensa universalidade do termo. Como destaca Thula Pires, pesquisadora da área de Teoria do Estado e Direito Constitucional, a concepção mais universal foi construída na tradição moderna que pressupunha uma determinada possibilidade de natureza humana que propiciou um padrão de “normalização da condição humana”. Essa normalização estava relacionada com “o modelo de sujeito de origem europeia, masculino, branco, cristão, heteronormativo, detentor dos meios de produção e sem deficiência” (Pires, 2020, p. 301). A partir de uma racionalidade europeia, a concepção universalista de direitos humanos foi, muitas vezes, utilizada como pretexto para naturalização de relações sociais de opressão e novas violações, negando aquilo que não lhe refletia, em uma perspectiva eurocêntrica de matriz “civilizatória” (PIRES, 2020).

Thula Pires apresenta o conceito de Herrera Flores, em uma perspectiva de análise crítica à universalidade dos direitos humanos, considerando sua historicidade. Na abordagem de Flores, o autor “conceitua os direitos humanos a partir do universo normativo de resistência”, afirmando a importância de entendê-los como “processos de afirmação da dignidade”, definindo-os como:

Produtos culturais que formam arte da tendência humana ancestral por construir e assegurar as condições sociais, políticas, econômicas e culturais que permitem aos seres humanos perseverar na luta pela dignidade, ou, o que é o mesmo, o impulso vital que, em termos spinozanos, lhes possibilitam manter-se na luta por seguir sendo o que são: seres dotados de capacidade e potência para atuar por si mesmos (FLORES, 2009. *Apud* PIRES, 2020: 304)

9 “Os estudos decoloniais representam um esforço importante para refundar as relações de poder nas Américas, a partir do questionamento das estruturas de dominação coloniais que moldaram essas sociedades” expondo, “a partir de um ponto de vista contra-hegemônico e de uma fazer decolonial” (...) a perspectiva dos povos que sofreram processos de colonização (Pires, Thula. 2016. In: Hollanda (Org), 2020: 307)

Nesse esforço em desconstruir uma pretensa visão universal, com o intuito de buscar a garantia da dignidade aos diferentes povos, “o desafio dos estudos decolonias”, como afirma Pires,

[...] é o redimensionar a trajetória de resistência dos povos ameríndios e americanos que, a despeito de tudo que lhes foi imposto pelo projeto moderno/colonial, experimentaram modelos alternativos de organização política, mativeram a duras penas e, por vezes debaixo de tortura e perseguição, seus saberes e cosmovisões, assim como produziram fissuras importantes no sistema-mundo e na dogmática dos direitos-humanos, notadamente nas últimas décadas (PIRES, 2020: 309)

Além da necessidade de ampliação da compreensão do escopo dos direitos humanos, desnaturalizando a universalidade do termo e historicizando-o, para a efetivação dos direitos humanos como legislação é necessário, como ressalta Ventura, a reconfiguração do papel do Estado e a “reformulação do papel da figura da lei, que passam a expressar não só os limites para a atuação do Estado, mas também as imposições de atuação e de realização”. Essas reformulações se expressam na criação Comissões, Cortes e Comitês Internacionais e Regionais de Direitos Humanos para monitoramento, admitindo denúncias individuais de cidadãos e de organizações contra o Estado (VENTURA, 2017: 89). No Brasil, podemos citar como exemplo o caso de Maria da Penha que recorreu à Corte Internacional após sofrer de violência doméstica perpetrada pelo marido e de seu caso não ter sido resolvido, satisfatoriamente, pela justiça brasileira.

No âmbito da saúde como direito universal, a DUDH define que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]” (DUDH, 2009, art. XXV: 13), sendo este direito reafirmado nos demais pactos, tratados e convenções específicas. A garantia de proteção à maternidade e à infância também se encontra especificada na DUDH, no mesmo artigo, que afirma que “a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social” (DUDH, 2009, art. XXV, inciso 2: 13).

A proteção à saúde, é definida por Ventura, como um direito social que encerra em si a dimensão individual e a dimensão social da saúde. A dimensão individual “visa garantir o direito de agir ou não agir sem constrangimento, exigindo que o Estado não

promova ações, leis ou políticas que invadam ou limitem de forma injustificada a autonomia pessoal [...] dispondo de mecanismos legais que coíbam seu descumprimento” (Ventura, 2017: 93). Já a dimensão social é definida como “aquela operacionalizada coletivamente e devem garantir as condições necessárias para o alcance da saúde e bem-estar geral de todos” (VENTURA, 2017: 93).

No âmbito da assistência à gravidez e ao parto, vemos presente também essas duas dimensões, entretanto, com um cenário de disputas e tensões. Por um lado, há ações efetivas por parte do Estado na elaboração de políticas públicas após pressões de grupos de mulheres como a lei que garante acompanhante no parto, de 2005, e a ação no âmbito da saúde suplementar, da ANS, que atua no intuito de disponibilizar as taxas de cesárea dos médicos de plano e promover um incentivo maior ao parto normal na rede privada de saúde do país, por exemplo. Por outro lado, ainda se mantêm embates que limitam a ação da parturiente em suas decisões individuais, principalmente no que diz respeito ao local de escolha para o nascimento, através da ação de coletivos representativos de categorias profissionais, como o embate constante entre médicos e médicos e enfermeiras obstétricas e obstetrites, contra iniciativas da assistência os partos domiciliares.

Ventura ressalta, ainda, que “a efetivação do direito à saúde está intimamente dependente da realização de outros direitos humanos, que abrangem outras dimensões da vida humana” (VENTURA, 2017: 91). A efetivação do direito a partir de políticas públicas de saúde configura-se, também, como interdependente de outras políticas em setores diversos da sociedade. A necessidade de se estabelecer um diálogo entre políticas públicas diferenciadas para atender, principalmente, as populações marginalizadas, foi trabalhada em estudos como o de Souza (2016) sobre políticas de enfrentamento à violência contra a mulher. Essa interdependência se expressa, por exemplo, na esfera das políticas de assistência à saúde da mulher, quando o acompanhamento não lhe é garantido em instituições de assistência local por questões de segurança pública não articuladas com as iniciativas de saúde e assistência (SOUZA, 2016).

Mesmo considerando tais dificuldades não podemos desconsiderar as iniciativas em âmbito internacional e nacional de estabelecer um parâmetro mínimo a ser respeitado no que diz respeito aos direitos humanos das mulheres, que serve não só de padrão para o estabelecimento de leis específicas, como também de legitimação para

ações no caso de denúncias de violência contra a mulher, no contexto geral e, conseqüentemente, na área da assistência à saúde.

A proteção à mulher é delimitada em âmbito mais específico pela Convenção Para Eliminar Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW-ONU). Essa convenção, promulgada em 1979, cujas prerrogativas o Brasil adotou em 1983, com algumas ressalvas (PIMENTEL, 2006), é reconhecida como a carta magna dos direitos das mulheres, baseada na Declaração Universal dos Direitos Humanos. As prerrogativas da CEDAW-ONU constituem-se como o “parâmetro mínimo das ações estatais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão às suas violações, tanto no âmbito público como no privado” (PIMENTEL, 2006: 15).

O relatório incorpora medidas a serem tomadas na esfera da garantia de direitos das mulheres em todas as instâncias da vida, o que incluía a saúde das mesmas, destacando, também, a importância da garantia de proteção à maternidade, a supressão do tráfico e da prostituição de mulheres, e a promoção da igualdade nas relações familiares e no casamento (CEDAW, 1979).

Embora esteja garantido em leis, ratificadas em campo internacional, essas ações, por si só, não garantem uma modificação explícita na questão da segurança da mulher em suas mais diferentes relações, incluindo aquelas estabelecidas em ambiente familiar e com instituições de acesso a serviços públicos, nas quais se encontram as de assistência ao parto.

Segundo Saffioti, no que diz respeito à mulher, são “tênuos os limites entre quebra de integridade e obrigação de suportar o destino de gênero”, ressaltando, ainda, que “a mera existência desta tenuidade representa violência” (SAFFIOTI, 2015: 79-80). A autora afirma, ainda, que prefere trabalhar com o conceito de Direitos Humanos, ao invés de violência, porque entende ser individual o critério de avaliação sobre a violência. No contexto dos debates sobre Direitos Humanos, portanto, esta violência, segundo Saffioti, “seria todo agenciamento capaz de violá-los”, ressaltando a necessidade de uma releitura dos direitos humanos, considerando as especificidades de sua criação, assim como a compreensão da inserção da mulher neste processo em que “tudo ou quase tudo, ainda é feito sob medida para o homem” (SAFFIOTI, 2015: 80- 81).

Essas considerações de Saffioti nos levam à análise de condições específicas, inclusive, da própria elaboração da ciência, onde as pesquisas médicas e farmacêuticas desconsideram aspectos do corpo feminino, considerando padrão e universal a medida

do homem para testes e desenvolvimento de técnicas, o que é bem presente em diferentes ramos da indústria e, além disso, também ajuda a compreender a necessidade de leis específicas sobre os direitos das mulheres, não apenas inseridas na perspectiva totalizante da população, posto que as diferenças de gênero produzidas socialmente situam as mulheres em posição diferenciada de vulnerabilidade em nossa sociedade.

Violência contra a mulher: tematização pública e legislação específica

A tematização pública da violência contra a mulher, no Brasil, é analisada por diversas pesquisadoras como Almeida (1998), Diniz (2006) e Lage (2012), que apontam as décadas de 1970 e 1980 como marco inicial, quando casos de violência contra mulheres de camadas médias foram divulgados na mídia, gerando manifestações de grupos feministas e de mulheres (LAGE & NADER, 2012). Neste momento, afirmamos autoras, surgiu o slogan “quem ama não mata” reconhecido nas lutas feministas atuais.

A desigualdade de gênero na relação conjugal era legitimada na legislação no final do século XIX até a década de 1970. A violência contra a mulher, por exemplo, principalmente aquela cometida por parceiro íntimo, não só não era tematizado publicamente como um problema social, como era tolerada até a primeira década do século XX. A diferença das medidas em lei, presentes no Código Criminal do Império, de 1830, por exemplo, define para os mesmos crimes, como o de adultério, punições diferentes para a mulher (prisão com trabalho de 1 a 3 anos), e para o homem, que somente seria punido da mesma forma se estivesse mantendo financeiramente uma outra mulher, além das diferenciações de penalidades quanto à violência sexual contra mulheres honestas e prostitutas, de 1830¹⁰. Ainda referente à questão do adultério, o Código Civil de 1916¹¹, apesar de nesses casos ampliar o divórcio para ambas as partes, manteve a submissão da mulher ao marido, autorizando o trabalho fora do ambiente

10Art. 250. A mulher casada, que cometer adultério, será punida com a pena de prisão com trabalho por um a três anos. A mesma pena se imporá neste caso ao adultero. Art. 251. O homem casado, que tiver concubina, teúda, e manteúda, será punido com as penas do artigo antecedente. Art. 222. Ter copula carnal por meio de violência, ou ameaças, com qualquer mulher honesta: Penas - de prisão por três a doze anos, e de dotar a ofendida. Se a violentada for prostituta: Penas - de prisão por um mês a dois anos. Código Criminal do Império do Brasil. Art. 251. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 11 jan. 2016.

11 Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. [Revogada pela Lei nº 10.406, de 2002](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071impressao.htm). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071impressao.htm. Acesso em: 11 jan. 2016.

doméstico somente com a sua permissão. Até 1962 a mulher era considerada “relativamente incapaz” para certos atos e não tinha direito sobre os filhos. Quanto ao divórcio, até 1977¹², a mulher só poderia requerê-lo no caso de adultério por parte do parceiro. Como possível atenuador de sentenças, era utilizada a justificativa de “legítima honra” por parte do homem, associada à ideia de crime passional.

A delimitação do termo feminicídio, atualmente reconhecido em termos legais como feminicídio, apresentada pela socióloga Suely Souza de Almeida, com base em outros autores, é utilizada para designar “o caráter sexista dos crimes conjugais, desmascarando a aparente neutralidade dos termos homicídio e assassinato”, sustentando-se na afirmativa de que “este fenômeno integra uma política sexual de apropriação das mulheres” (Almeida, 1998, p. 1). A lei atual do feminicídio, definido como “circunstância qualificadora do crime homicídio”, incluindo-se entre os crimes¹³, além Lei Maria da Penha (2006) e demais leis e iniciativas políticas e sociais de melhoria das condições das mulheres, configuram-se como resultado das lutas dos movimentos de mulheres e feministas. Também resultam dessas lutas a criação de Organizações Não Governamentais (ONGs), dos Conselhos Estaduais da Condição Feminina e da Delegacia de Defesa da Mulher, na década de 1980 (BLAY, 2003), e dos Centros de Referência de Mulheres, da década de 1990, e da Casa da Mulher Brasileira em 2015.

As diferentes formas de violências cometidas contra as mulheres apresentam-se a partir de definições específicas como *violência contra a mulher*, *violência conjugal*, *violência de gênero*, *violência familiar*, *violência doméstica* e *violência institucional*, assim como, também, a *violência obstétrica*.

12 Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4121/1962), Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4121-27-agosto-1962-353846-norma-pl.html#>, acesso em 20 de fevereiro de 2022; Lei do Divórcio (Lei nº 6.515/77), Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6515.htm, acesso em 20 de fevereiro de 2022, que alterou o Código Civil de 1916. Porém, as condições específicas impostas ao divórcio, como o período de separação de corpos, por exemplo, foram suprimidas no país somente em 2010, com a Emenda Constitucional nº 66, Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc66.htm, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

13 [Lei nº 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. As palavras feminicídio e feminicídio apresentam-se como sinônimos.

No Brasil, ao termo *violência contra a mulher* é atribuída origem nos movimentos feministas, na década de 1980, configurando-se como um termo no qual se inseriam as discussões em torno da opressão sofrida pela mulher no âmbito da sociedade patriarcal (DEBERT E GREGORI, 2008). Sua origem também se relaciona com a atuação das instituições intituladas como SOS-Mulher¹⁴, formadas na mesma década, que foram criadas para atender às demandas do movimento de mulheres e cujas profissionais atuavam de forma voluntária, oferecendo apoio psicológico e jurídico as mulheres vítimas de violência. A *violência conjugal*, por sua vez, se refere àquela cometida relação no âmbito de laços matrimoniais, e a *violência doméstica*, que ganhou visibilidade nos anos 1990 no Brasil, segundo Dias, está situada na década de 1970 em um estudo americano sobre mulheres maltratadas (DIAS, 2004), e se constitui como aquela cometida por qualquer membro que partilhe o espaço domiciliar com a mulher. A expressão *violência familiar* ganhou notoriedade a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, mas foi criada em período anterior, considerando-se o termo como referente àquela violência cometida contra a mulher por algum membro da família, que resida ou não no mesmo domicílio, considerando “família” como “o grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência” (Brasil, 2003: 13).

De acordo com Gomes, Minayo e Silva (2005), o Relatório Mundial da OMS de 2002 indica uma tipificação para a violência, apresentando-a como: autoinfligida, interpessoal, coletiva e estrutural. A violência dirigida contra si mesmo – autoinfligida – seria expressa em “comportamentos suicidas e auto abusos”; a interpessoal, classificada em intrafamiliar e comunitária, sendo a intrafamiliar “a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” e a comunitária como “aquela que acontece no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos”. A violência coletiva é compreendida como a expressão de “atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupo e do Estado”, e a estrutural como a que diz respeito a “processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e

14 A historiadora Rachel Soihet identifica a origem do SOS Mulher a partir de uma cisão do Coletivo de Mulheres em 1981, que, por sua vez, foi fruto de uma divisão anteriormente ocorrida no Centro da Mulher Brasileira (CMB), em 1979. O SOS Mulher se diferenciava por privilegiar questões específicas sobre a violência contra a mulher (Soihet, 2015. In: Parente & Miranda, 2015). O CMB, que surgiu em 1975, segundo a autora, foi a primeira entidade feminista organizada no Rio de Janeiro e tinha como principais eixos de debate e áreas de atuação a saúde, o trabalho e a educação, ligados às pautas da esquerda brasileira.

cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes” (BRASIL, 2005: 23-24).

A *violência de gênero*, conceito importante na análise do objeto em questão, refere-se a “um padrão específico de violência, que ‘visa à preservação da organização social de gênero, fundamentada na hierarquia e desigualdade de lugares sociais sexuados que subalternizam o gênero feminino’; e ‘amplia-se e reatualiza-se na proporção direta em que o poder masculino é ameaçado’” (SAFFIOTTI & ALMEIDA, 1995, *Apud* ALMEIDA, 1998: 18)¹⁵. De acordo com Gomes, Minayo e Silva, a violência de gênero “abrange a que é praticada por homens contra mulheres, por mulheres contra homens, entre homens e entre mulheres” (BRASIL, 2005: 118), sendo, entretanto, as mulheres, as maiores vítimas. Cassab ressalta que não se deve esquecer, entretanto, que este tipo de violência “inclui a perpetrada contra homens que exercem masculinidades não hegemônicas” (CASSAB, 2015: 378), definidas como condutas que não são consideradas padrão para o gênero masculino, construídas socialmente, no contexto no qual ele está inserido.

Desta forma, observadas pelo prisma da violência de gênero, as condutas que se distanciam do modelo estabelecido numa sociedade patriarcal, referentes aos papéis masculinos e femininos, se apresentam como possíveis alvos de violência ou discriminação de gênero.

Para a análise aqui estabelecida, é essencial considerar, também, a definição de *violência institucional* que pode ser compreendida como “a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma”, conforme delimitada no Dossiê Violência Obstétrica, elaborado pela rede Parto do Princípio. (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 51).

Os diferentes tipos de violência apresentados nos auxiliam a pensar as especificidades dos contextos nos quais foram produzidas determinadas ações consideradas violentas, ampliando, modificando ou reiterando suas bases conforme os termos circulam, como verificado na concepção construída sobre a violência obstétrica.

15 Nesta expressão, o termo gênero, como categoria de análise, é compreendido na definição estabelecida por Scott como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, configurando-se como “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (Scott, 1995, p. 86).

Esses e alguns outros termos estão presentes nesta análise, na qual a figura de quem executa a violência, muitas vezes, se desloca do parceiro íntimo, do familiar, para o/a profissional da assistência à gravidez e ao parto e é perpetrada sobre o corpo da mulher, visto, muitas vezes, como um corpo a ser “consertado”, “controlado” pela ciência.

Violência contra a mulher: políticas públicas de enfrentamento

Os vários termos supracitados apresentam um contexto de delimitação de práticas consideradas violentas no âmbito de relações privadas, com o objetivo de produzir conscientização social sobre o problema e, também, legislar sobre o assunto. O que antes era considerado questão privada, a ser resolvida (ou não) em esfera familiar, passou a ser tematizado publicamente e a virar alvo de debates que influenciaram a elaboração de políticas públicas de enfrentamento ao problema da violência contra a mulher.

Como resultado da pressão exercida pelos movimentos de mulheres e de feministas sobre o Estado brasileiro, o país desenvolveu, principalmente a partir da década de 1980, algumas políticas de enfrentamento à violência no campo da judicialização da mesma e, também, da saúde e assistência às mulheres.

Em resposta às orientações da CEDAW sobre a importância da promoção de políticas para o enfrentamento à violência contra a mulher nos países signatário, foi criado, no Brasil, em 1985, o Conselho Nacional de Direitos da Mulher que tinha como objetivo “promover, em âmbito nacional, políticas que visem a eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país”, e atuar através da formulação de diretrizes e promoção de políticas em diversos âmbitos, com o objetivo de eliminação da discriminação da mulher¹⁶.

A Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, que tinha entre suas propostas a configuração de um sistema único de saúde, incorporou algumas das prerrogativas citadas que visavam à igualdade de homens e mulheres perante a lei, a partir da pressão exercida pelo movimento de mulheres que demandavam participar da

¹⁶ Lei nº7.353, de 29 de agosto de 1985, Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7353-29-agosto-1985-356957-normaatualizada-pl.pdf>, Acesso em: 11 fev. 2016.

construção do texto constitucional em questão para o qual redigiram a Carta das Mulheres à Constituinte. Esse documento expressava reivindicações específicas sobre a temática da violência, estabelecendo a

Criminalização de quaisquer atos que envolvam agressões físicas, psicológicas ou sexuais à mulher, fora e dentro do lar; consideração do crime sexual como ‘crime contra a pessoa’ e não ‘crime contra os costumes’ [...]; considerar como estupro qualquer ato ou relação sexual forçada, independentemente da relação do agressor com a vítima, de ser esta última virgem ou não e do local em que ocorra [...]; será garantida pelo Estado a assistência médica, jurídica, social e psicológica a todas as vítimas de violência [...]; será retirado da lei o crime de adultério [...]; a mulher terá plena autonomia para registrar queixas, independentemente da autorização do marido (CARTA DA MULHER BRASILEIRA AOS CONSTITUINTES, 1986: 5).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no Brasil em 1986, se configurou como importante marco para a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e atuou também na consolidação do PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) ampliando o acesso à saúde das mulheres. Em 1988, com a promulgação da atual Constituição, o lema “saúde como direito de todos e dever do Estado”, construído no movimento da reforma sanitária e consolidado na 8ª Conferência, foi incorporado.

O debate em torno dos direitos das mulheres se fortaleceu ao longo da década de 1990, com a ocorrência de vários eventos internacionais, influenciando as discussões e as ações desenvolvidas no Brasil. Entre esses eventos destacam-se a “Conferência Mundial sobre Direitos Humanos”, de 1993, que elaborou a “Declaração e Programa de Ação de Viena”, primeiro instrumento a utilizar a expressão “direitos humanos da mulher”¹⁷ e a “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará”, que ocorreu em 1994, ratificada pelo Estado Brasileiro em 1995.

Esta Convenção definiu “violência contra a mulher” como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 1996: art.1), sendo considerada violação dos direitos humanos. O documento que expressa as

17 Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993, Artigo 18. Disponível em: <http://styx.nied.unicamp.br/todosnos/documentos-internacionais/doc-declaracao-e-programa-de-acao-de-viena-1993/view>. Acesso em: 19 mar. 2015.

orientações da Convenção ressalta a importância da elaboração de políticas públicas nessa área, além do desenvolvimento de ações de promoção de informações sobre direitos, treinamento de profissionais e programas de conscientização, incentivo à pesquisa para avaliação, formulação e reformulação de iniciativas na esfera política. Ressalta, ainda, a importância das questões de raça, etnia, situação de migração, entre outras variáveis, para a compreensão da situação da mulher em situação de vulnerabilidade. Além disso, sinaliza a questão da violência contra gestantes, deficientes, menores de idade, idosas, mulheres em situação econômica desfavorável, em situação de conflito e em privação de liberdade (BRASIL, 1996). Essas diferenças socioculturais das mulheres definem, ainda, questões como o acesso à informação e a defesa de seus direitos.

É importante ressaltar, também, a inclusão de algumas ações no plano das políticas públicas brasileiras de assistência às mulheres que são significativas no contexto do enfrentamento à violência. Destacamos aqui o Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, implementado em 2004 no âmbito da atuação da recém-criada Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003, a Lei Maria da Penha em 2006¹⁸, e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, em 2011.

A Lei Maria da Penha foi promulgada em 2006 e é definida como

Um esforço coletivo dos movimentos de mulheres e poderes públicos no enfrentamento à violência doméstica e familiar e ao alto índice de morte de mulheres no País. Além disso, configura-se como resposta efetiva do Estado brasileiro às recomendações da Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher) e da Convenção da ONU sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), das quais o Brasil é signatário (SPM, 2006: 9).

Entretanto, apesar da elaboração de políticas públicas de assistência às mulheres em situação de violência no Brasil, ainda são significativas as questões relacionadas à violência de gênero e violência contra a mulher no nosso país, influenciadas pela visão patriarcal sobre a mulher, relacionadas aos papéis de gênero e sobre o direito ao corpo. Como reconhecimento dessa permanência, a ONU destaca a “discriminação social ou

18 Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Disponível em: <http://www.spm.salvador.ba.gov.br/images/pdf/LeiMaria.pdf>, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

cultural de gênero” como uma das causas de morte violenta e infanticídio feminino (WHO, 2009).

Como exemplo dessa influência das desigualdades de gênero permanentes na nossa sociedade, o trabalho do Centro de Referência de Mulheres da Maré, RJ, enfrenta uma limitação em sua atuação que, segundo profissionais da instituição, é imposto pelos limites das políticas públicas de saúde e à ênfase na judicialização do problema da violência que seriam desenvolvidas sem a devida associação com outras políticas públicas, como, por exemplo, a de educação e segurança (Souza, 2016). A situação se assemelha ao que diz respeito à violência obstétrica onde podemos observar a manutenção de estereótipos de gênero e, mesmo preconceitos, na construção histórica da relação de assistência à mulher em gestação, no parto/nascimento e puerpério, além de outras questões de âmbito social e cultural inseridas no processo em questão.

Violência Obstétrica: apresentação do termo

A violência obstétrica que se insere no campo das diferentes violências cometidas contra as mulheres na área da saúde, vem sendo mais divulgada recentemente e possui sua expressão, também, através de outros conceitos como *violência no parto*, *assistência desumana*, *violência institucional de gênero no parto e aborto*, entre outros (DINIZ et al., 2015). Apesar de ser compreendido, também, como um tipo de violência institucional e violência contra a mulher, já estabelecido em tratados e descritas acima, no Brasil, a violência obstétrica não possui tipificação em lei a nível federal.

Trazer o tema para o debate entre os profissionais da saúde significa enfrentar resistência à própria palavra “violência”, principalmente frente a procedimentos circunscritos a uma medicina tradicional, que passou por um processo de resignificação através de alguns movimentos de mulheres, e pela revisão da prática médica promovida por grupos de mulheres e profissionais situados no ideário de humanização. Esse processo foi impulsionado por demandas sociais contra casos crescentes de violência, e pelas novas discussões inseridas no contexto da Medicina Baseada em Evidência. Por isso, como afirma Simone Diniz, uma das pesquisadoras de referência sobre a temática no Brasil, a utilização do conceito de humanização

É também uma estratégia: uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar de violência de gênero e demais violações de direitos praticados pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais da saúde (DINIZ, 2005: 633)

Diniz afirma, ainda, que apesar de tratar-se de um tema aparentemente novo, o sofrimento das mulheres com a assistência no ciclo gravídico-puerperal aparece em diferentes momentos históricos, com impactos relevantes nas alterações das práticas na assistência à mulher nessa etapa específica da vida (DINIZ et al., 2015: 2). A autora identifica, como exemplo, a contestação da assistência obstétrica em maternidades dos Estados Unidos, com ações consideradas violentas, denunciadas em uma revista feminina da década de 1950, a *Ladies Home Journal*, cujo título da matéria era “Crueldade nas Maternidades”. Tal matéria denunciava a prática a que eram submetidas as parturientes como o sono crepuscular, com sedação profunda e agitação psicomotora que, por sua vez, levava os médicos a amarrarem as mulheres nas camas, gerando hematomas e lesões frequentes, além de lesões por uso de fórceps de rotina em mulheres desacordadas (DINIZ et al., 2015: 2). Esse movimento resultou, de acordo com Diniz, na criação da Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia.

No Reino Unido, como resultado das denúncias de maus tratos nos hospitais, com críticas ao tratamento e as rotinas, foi criada em 1958, a Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas. Na América Latina, também como resultado desse tipo de denúncia, foi fundado, em 1998, o Centro Latino-americano dos Direitos da Mulher, com a publicação do relatório *Silencio y Cumplicidad: Violencia contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud* no Peru, com uma documentação relatando as violações dos direitos humanos da mulher no parto (DINIZ ET AL., 2015: 2).

Neste documento é apresentada a realidade do Peru no final da década de 1990, com resultados de um trabalho iniciado em 1996 pelo CLADEM e pelo Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, do Peru, com análise de documentação de casos de mulheres, além de entrevistas tanto com mulheres quanto com profissionais de saúde. O objetivo desta análise era tornar visível as práticas que violavam os direitos humanos na assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, no país (CLADEM, 1998).

O relatório apresenta o impacto da aplicação de leis e políticas, e da ausência delas, na assistência às mulheres, expresso nos relatos pessoais. Em sua conclusão, apresenta a “falta de compromisso do Estado peruano em promover e proteger os direitos humanos das mulheres” diante do compromisso estabelecido com a assinatura

de acordos e tratados nacionais e internacionais (CLADEM, 1998: 9). Aponta, ainda, como práticas frequentes na época, as violências física, psicológica e sexual contra as mulheres nos serviços de saúde a que tinham acesso. As violações eram suportadas pelas mulheres diante das condições socioeconômicas enfrentadas por elas (em geral, jovens, em situação de pobreza, pertencentes à zona rural ou às áreas marginalizadas da zona urbana), que acabavam por naturalizar tais condutas, adotando uma postura de aceitação devido à falta de opção de uma assistência diferenciada (CLADEM, 1998). Além disso, outras questões, como a necessidade de pagamento de taxa para realização do parto em serviços públicos, também se configuravam como complicadoras do acesso dessas mulheres aos serviços de saúde locais. Essas experiências violentas, segundo o relatório, não só afastavam as mulheres vítimas de abusos, como incidiam sobre a percepção de toda a população local sobre a qualidade dos serviços públicos prestados (CLADEM, 1998). O relatório indica, também, a necessidade de elaboração de uma abordagem jurídica sobre “o direito a decisão livre e informada em matéria de saúde”, e afirma que, no Peru, “os profissionais de saúde continuavam atribuindo a si o poder de decidir as intervenções sobre o corpo das mulheres na atenção de sua saúde reprodutiva” (CLADEM, 1998: 12).

A importância da questão jurídica é apresentada por autores como Cristiane Kondo e Lara Werner que introduzem a discussão em torno da violência obstétrica, neste âmbito, situando o início das discussões neste contexto em 2001 “quando chegou ao Comitê da América Latina e Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM) e no Instituto de Gênero, Direito e Desenvolvimento (Insgenar) o relato de maus-tratos recebidos por uma jovem em um serviço de saúde reprodutiva da cidade de Rosário, na Argentina” (KONDO & WERNER, 2016). Para elas, este fato teria dado início a um estudo sobre o tema com declarações de pacientes em hospitais públicos, que teve como resultado uma investigação que teria dado origem ao Observatório de Saúde, Gênero e Direitos Humanos (KONDO & WERNER, 2016).

No Brasil, o início das discussões em torno do tema é situado por Diniz na década de 1980, sendo o debate concebido por grupos feministas dentro e fora do espaço acadêmico, citando o impacto de trabalhos desenvolvidos como, por exemplo, do grupo Ceres – *Espelho de Vênus* – que descreve, a partir de uma etnografia, a situação do parto institucionalizado como violento, e a pesquisa-ação realizada pela Prefeitura de São Paulo – *Violência: um olhar sobre a cidade* – que demonstrou como o

atendimento era percebido pelas mulheres, com identificação do aspecto violento em questão, principalmente na conduta de atendimento.

A partir de 1993, o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade e o Departamento de Medicina Preventiva da USP promoveram cursos de capacitação para o atendimento a mulheres vítimas de violência, no qual a violência obstétrica estava envolvida (DINIZ et al., 2015, p. 2). Neste mesmo ano, foi fundada a Rede de Humanização do Parto e Nascimento, ReHuNa¹⁹, como uma organização da sociedade civil que se configura em um espaço de mobilização política com importante participação nos debates sobre políticas públicas e iniciativas de apoio ao movimento. A rede define como seu objetivo “a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas”, que “apoia, promove e reivindica a prática do atendimento humanizado ao parto/nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe/Bebê e da medicina baseada em evidências científicas” (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO DE NASCIMENTO, 2016).

No âmbito da Rehuna, a inquietação com a forma como as mulheres eram assistidas estava presente desde a sua carta de fundação, e a mudança deste cenário constituiu-se como objetivo balizador do Movimento de Humanização do Parto e Nascimento, no Brasil. Em entrevista, Daphne Rattner cita 1º Seminário sobre Nascimento e Parto no Estado de São Paulo, em 1996, no qual destaca um relato de experiência de uma profissional de saúde em seu local de trabalho, o Centro de Saúde Escola do Butantã de São Paulo. Na narrativa da profissional, as mulheres, ao serem questionadas sobre violência sexual e doméstica, não queriam falar da violência em casa, mas sim da violência que sofriam no hospital na assistência ao parto. Após esse primeiro contato, em 1999, que denunciava a insatisfação dessas mulheres, foi proposto o estabelecimento de um canal de queixas de violência na atenção obstétrica que, porém, foi reavaliado por ter sido considerado, segundo Rattner, ainda prematuro, devido a estrutura ainda incipiente do grupo (GENP²⁰) para acatar as denúncias que

19 A ReHuNa colaborou com formulação das leis nº 11.108/2005 e 11.634/2007, sendo a primeira sobre a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e a segunda sobre a garantia de atendimento desde o início do pré-natal, e a PL nº 7633/2014, em trâmite no Congresso, que torna o parto humanizado um direito de todas as mulheres e propõe dispositivos coercitivos da violência obstétrica, além da realização de campanhas de incentivo ao parto humanizado.

20 Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Instituto de Saúde de São Paulo, criado em 1994 e que divulgava a ideia dos cuidados baseado em argumentação científica (RATTNER, 2020)

certamente surgiriam e não teriam uma garantia de solução efetiva, enfatizando, então, que o foco deveria ser o caminho para a humanização.

O tema da violência foi aprofundado na 3^o Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e Nascimento (2010) quando questão da violência se tornou mais visível, sendo delimitada, à época, como violência institucional na atenção obstétrica. Esse evento contou com a presença de uma deputada da Venezuela que assessorou a Lei sobre Violência Obstétrica naquele país, além de alguns deputados brasileiros para o debate. Nesse momento, a Lei Maria da Penha já havia sido promulgada, fato destacado por Daphne como um ponto positivo, pois sua promulgação teria sensibilizado as mulheres sobre o tema da violência, momento aproveitado para inserir a discussão sobre o tema na atenção obstétrica. De acordo com a médica, a partir da ampliação desse debate as mulheres reconheciam fatos que haviam vivenciado, e a referência à violência na assistência começou a ser pautada com esse nome, e não apenas como maus tratos ou desrespeito, por exemplo, havendo uma ampla apropriação do termo.

A realidade latino-americana, a partir de fins da década de 1980, nos remete a situação denunciada por um dossiê brasileiro sobre violência obstétrica, formulado cerca de 30 anos depois, com semelhantes queixas de ofensas testemunhadas pelas mulheres, como o descumprimento de leis, como a lei do acompanhante. O documento, elaborado pela Rede Parto do Princípio, foi apresentado na Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre violência contra a mulher, ocorrida em 2012, com dados incorporados ao relatório final desta comissão, em 2013, com a expressão “violência no parto” (REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2016).

Cristiane Kondo, uma de suas autoras, relata que o material foi solicitado a partir de uma reunião realizada no Espírito Santo da Comissão da CPMI da Violência contra a Mulher com os movimentos sociais, na qual foi apresentada a questão da violência obstétrica e, demandado ao grupo Parto do Princípio um material que apresentasse o problema de forma sistematizada (KONDO, 2020), originando assim o Dossiê *Violência Obstétrica. Parirás com dor*.

Violência Obstétrica “Parirás com dor”

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio
para a CPMI da Violência Contra as Mulheres

2012

Figura 1: Capa do Dossiê Violência Obstétrica.
“Parirás com Dor”. Rede Parto do Princípio
Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

No dossiê, as integrantes da Rede apresentam um diagnóstico da assistência ao parto, no Brasil, apontando seus altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, altas taxas de cesárea, complicações do aborto como uma das principais causas de mortalidade materna e violências na assistência como um todo. Nesse contexto inserem a discussão sobre humanização do parto, ressaltando os diversos sentidos do termo, além de analisarem, também, o impacto da visão obstétrica tradicional que se apresenta como ‘resgatadora’ do sofrimento, oferecendo destaque para a discussão teórica de diversos autores sobre a temática.

Assim como no relatório peruano, o dossiê brasileiro também propõe algumas ações de enfrentamento à violência contra mulher no âmbito da assistência ao parto, ressaltando a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde, de mecanismos de fiscalização do cumprimento de leis e de instrumentos de denúncia dos casos de violência (Parto do Princípio, 2012). O relatório da CPMI conclui que

As ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo não tem 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 aceitarem procedimentos que firam o direito a um procedimento médico adequado e não invasivo. (RELATÓRIO FINAL CPMI, 2013: 64).

O referido dossiê, de 2012, constitui-se como importante documento para problematizar a violência obstétrica e apresenta as legislações da Argentina e

Venezuela, países que tipificaram, entre 2007 e 2009, este padrão de violência em lei. No Brasil, atualmente, não há representação desta categoria de violência como legislação específica a nível federal, embora as discussões se façam presentes nas políticas de humanização e em grupos de mulheres ativistas. Esses grupos impulsionaram a contestação da assistência à saúde da mulher e a luta por seus direitos reprodutivos e seus debates e demais atuações têm sido instrumentos de transformação na visão sobre o parto e nas práticas de assistência a esse evento singular na saúde reprodutiva de algumas mulheres.

Para a compreensão do papel dos movimentos sociais, assumimos a definição da socióloga Maria da Glória Gohn, entendendo o conceito em referência como “ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas” (GOHN, 2011:13). Essa atuação resultou em mobilizações, por políticas públicas e atividades efetivas de caráter informativo e formativo no que diz respeito à saúde e direitos das mulheres. Tais movimentos, em sua maioria, têm acionado a questão da autonomia da mulher sobre a escolha informada quanto ao tipo de parto que deseja realizar e à assistência que quer receber, temática complexa e que é construída em seus significados constantemente no interior desses diferentes grupos de mulheres.

Essa questão referente à autonomia da mulher envolve a análise do que vem a ser pensado como definição para este termo. Partindo da definição do grego de sujeito *autônomo*, considerado como aquele que “é capaz de dar a si mesmo as regras e normas de sua ação”, Chaui ressalta que “o simples fato da escolha de uma ação não a define como ação livre, pois se a escolha foi causada por pressões externas ou por medo de punições, não será livre nem ética”, e que “há um conflito entre a autonomia do agente ético e a heteronomia dos valores morais de sua sociedade: com efeito, esses valores constituem uma tábua de deveres e fins que, do exterior, obrigam o agente a agir segundo algo que não foi determinado por ele mesmo” (CHAUI, 2003: 252, *Apud* CHAUI, 2017).

As pressões externas de diversas origens sobre a chamada “escolha da via de parto” e, até mesmo, de quem deve ser essa escolha, é um tema que circunda a questão, no Brasil, e que incide sobre a concepção de violência obstétrica em questão. Esse tema se insere, entretanto, em outros debates de divergências quanto à autoridade médica científica sobre o evento, considerado por alguns como “ato médico” e, por outros,

como “uma questão fisiológica”, com a interferência do profissional de medicina sendo acionada somente em determinados casos julgados como “necessários”.

No entanto, importa ressaltar, neste momento, o que Chauí caracteriza como violência em relação à violação da autonomia do sujeito e à ética, através da afirmação de que

A violência se opõe à ética porque trata de seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade, como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo como não como humano e sim como coisa [...]” (CHAUI, 2003: 254, *Apud* CHAUI, 2017- grifos nossos).

As expressões destacadas no texto da filósofa são as mesmas encontradas nas narrativas sobre violência obstétrica presente na bibliografia que analisamos. A percepção do médico sobre a mulher, identificando-a, na maioria das vezes, como ser “inerte” e “passivo” à conduta médica que a requer “muda” para não atrapalhar o procedimento ou que a puni através de frases como “quando fez não sentiu dor”, insensibiliza a experiência dessa mulher, assim como deixa o profissional que a atende, em muitos casos, insensível à sua dor e às suas escolhas. Esses atos desconsideram a possibilidade de escolha racional da parturiente, a sua vontade e liberdade diante do evento e, conseqüentemente, a sua responsabilidade pelas próprias escolhas.

Diante do cenário apresentado acima sobre o processo histórico de lutas no qual se desenvolvem as noções de violência obstétrica, há um esforço no sentido de uma tipificação oficial e em termos jurídicos, além da delimitação das ações consideradas violentas na assistência ao nascimento, no intuito de promover um enfrentamento e uma determinada mudança destes atos.

Articulado ao conceito de “violência institucional”, o termo “violênciaobstétrica” vem sendo utilizado para fazer referência à violência sofrida pela mulher no período da gravidez, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. A Rede Parto do Princípio

- Mulheres pela maternidade ativa²¹, em seu site institucional, define este tipo de violência como aquela

Cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas. Como outras formas de violência contra a mulher, a violência obstétrica é fortemente condicionada por preconceitos de gênero (PARTO DO PRINCÍPIO, 2018)

De acordo com o a definição apresentada no Dossiê de 2012, essa mesma Rede distingue os atos que configuram a violência obstétrica como

Aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, manifestando-se com um caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material ou midiático” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 60-61).

Esta definição amplia o espectro dos sujeitos perpetradores da violência para além dos profissionais da saúde. Esse documento se inclui entre outras referências de estudo sobre o tema (DINIZ, 2015), que destacam as legislações venezuelana e argentina sobre a violência obstétrica como referenciais para a discussão deste tipo de violência.

Na Argentina, a Lei Nacional nº 26.485 (2009), de Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos âmbitos em que se desenvolvem suas relações interpessoais, tipifica violência obstétrica como uma das modalidades de violência contra a mulher, definindo-a como aquela exercida pelo profissional de saúde sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa como um “trato desumanizador e abuso de medicalização e patologização dos processos naturais” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 36).

Na Venezuela, a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, vigente desde 2007, define este tipo de violência contra a mulher como

21 A Rede se autodefine como “uma rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente. Atua na articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais”, atuando em diversas frentes como a produção de material informativo e “com gestores e formuladores de políticas para que incorporem as evidências científicas a seu planejamento, entre outras ações”. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 12 ago. 2018.

A apropriação do corpo e de processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador, em um abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (artigo 15 da Lei Orgânica) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 32-33).

Na esfera jurídica, no Brasil, Cristiane Kondo e Lara Werner (2016) definem a violência obstétrica, para efeito de estudo, como “aquela cometida contra a mulher durante a assistência pré-natal, parto, cesárea, pós-parto ou aborto e, assim como outras, é fortemente condicionada por preconceitos de gênero, de raça ou etnia, de classe socioeconômica, de geração ou de orientação sexual” (KONDO & WERNER, 2016:139).

A violência obstétrica, expressa em dados, materializou-se, no Brasil, a partir de pesquisas, entre as quais destacamos a “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, publicada em 2014, com a participação de diversos pesquisadores de diferentes instituições do país. Tal pesquisa apresentou como objetivo

Conhecer os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas desnecessárias; descrever a motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto; as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal; bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação dos recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos. (NAS CER NO BRASIL. SUMÁRIOEXECUTIVO TEMÁTICO DA PESQUISA, 2014: 2).

Realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, a pesquisa entrevistou 23.894 mulheres de 266 hospitais, localizados em 191 municípios do Brasil, apresentando-se como o primeiro estudo de panorama nacional sobre o tema. Os resultados da pesquisa indicaram o trabalho de parto como cenário mais propício à vulnerabilidade da mulher para sofrer violência obstétrica. Como hipótese para tal cenário destacamos a ideia de penalidade ao parto fisiológico por meio de alguns profissionais da assistência, seja por questões de formação tradicional e um padrão de visão tecnocrática da saúde, ou por preconceitos de gênero, raça e classe social. No sumário executivo da pesquisa, destaca-se, por exemplo, como recomendação a Universidades e Instituições de Pesquisa, a formação dos profissionais de saúde nos “aspectos fisiológicos da gestação e parto e uso apropriado das tecnologias baseadas em

evidências científicas”, além do investimento “na formação de profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar e em equipe, aumentando a parceria e a colaboração”, entre outras orientações (NASCER NO BRASIL. SUMÁRIO EXECUTIVO TEMÁTICO DA PESQUISA, 2014: 7).

Às famílias, às mulheres e aos movimentos sociais, as recomendações pautaram-se no incentivo ao protagonismo da mulher no trabalho de parto, participação das instâncias de controle social do SUS, fortalecimento da divulgação de informações e exigência do cumprimento das leis já existentes. À sociedade como um todo, destacou-se a necessidade de ampliação do debate sobre parto e nascimento em diversas instâncias, como na educação, Ministério Público, entre outros, além da promoção ao “respeito à equidade de gênero” e a redução das desigualdades regionais e sociais, com maiores investimentos nas áreas de populações menos favorecidas. Incluía, também, a importância da luta pelo Sistema Único de Saúde e a defesa de sua universalidade, equidade e integralidade (NASCER NO BRASIL. SUMÁRIO EXECUTIVO TEMÁTICO DA PESQUISA, 2014: 7).

O debate em torno do questionamento às práticas consideradas como violência obstétrica, portanto, se insere em um contexto de maior politização de determinadas classes sociais que se mobilizam por direitos. Além disso reflete o panorama internacional de ampliação de garantia de direitos universais do ser humano e de direitos específicos que atendam às demandas de grupos historicamente marginalizados dos processos de tomada de decisão e da constituição de si como sujeito de direitos.

Essas questões, que envolvem o debate, também estão relacionadas com aspectos sociais característicos do sistema produtivo capitalista e de um contexto de individualidade e consumo que circunscreve este mesmo processo. Dito isto, devemos considerar as especificidades, principalmente no que diz respeito a diferentes compreensões sobre o que é violência obstétrica, que se expressa na multiplicidade da categoria *mulher*, com suas variações de percepção de mundo de acordo com a classe social, gênero, raça e faixa etária. Essas especificidades também influenciam a compreensão de técnicas e metodologias que balizam a assistência ao parto de forma institucionalizada e, principalmente, hospitalizada, e a experiência desses diferentes corpos submetidos às práticas roteirizadas e padronizadas das diferentes instituições. Assim, é importante a compreensão do processo de hospitalização e medicalização do

evento, além da historicidade da contestação de determinadas práticas ali desenvolvidas e que passaram a ser compreendidas como violência obstétrica.

Capítulo 2

**MODELOS E ESPAÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL:
medicalização e institucionalização do nascimento**

2 - Modelos e espaços de assistência ao parto no Brasil: medicalização e institucionalização do nascimento

Pensar a temática da violência obstétrica no Brasil envolve abordar, entre outras questões, a relação entre espaço físico e institucional da prática de determinada assistência, considerando a importância dessa relação, que se estabelece reciprocamente, correspondendo a um padrão de sociedade vigente em um determinado espaço histórico e geográfico.

O parto, como um evento fisiológico, sofreu impactos historicamente situados, como o processo de hospitalização relacionado à constituição da ginecologia e obstetrícia, como especialidades médicas, e as transformações no entendimento sobre o corpo feminino, está relacionado a demandas sociopolíticas. Esse evento, em seu controle externo, sofrido a partir da medicina, se insere em um campo maior que envolve questões sociais de medicalização da vida.

De acordo com Zorzaneli *et al.* (2014), o conceito de medicalização, baseado na definição de Conrad (1992), se constitui no “deslocamento de comportamentos outrora não pertinentes ao campo de intervenção médica para essa jurisdição” (ZORZANELLI *et al.*, 2014: 1860), e apresenta múltiplos significados disputados por diversos autores de diferentes áreas. Entre os diferentes sentidos, que não são autoexcluentes, se destacam a medicalização como práticas massivas de intervenção sobre o espaço público, a transformação de comportamentos transgressivos e desviantes em transtornos médicos, o controle social e imperialismo médico, assim como um processo irregular que envolve agentes externos à profissão médica (ZORZANELLI *et al.*, 2014). Sobre os debates em torno do conceito, alguns autores afirmam haver centralidade menos na questão da “definição da doença, e mais daquela de *phatos* – de um estado cujas características passam a ser reconhecidas pela medicina, pelos pacientes e pela cultura como alvo legítimo de intervenção médica, terapêutica, profilática ou restauradora” (ZORZANELLI *et al.*, 2014: 1866). Sendo a medicina uma estratégia biopolítica, como defende Foucault (FOUCAULT, 1979), a medicalização pode ser compreendida como o processo social que está inserido, por sua vez, na lógica do biopoder que, na atualidade, dialoga com a noção de risco e com a inserção das novas biotecnologias (ZORZANELLI e CRUZ, 2018).

Nessa configuração do biopoder, marcada pela política de risco, as variedades de formas para identificar, tratar e administrar indivíduos, grupos ou localidades, onde o risco é visto como alto, direcionam as ações de saúde, inserindo nas estratégias de administração de fatores de risco as noções de “normal” e “patológico” (CANGUILHEM, 2002). Neste contexto, o parto como evento medicalizado passa a ser encarado como *phatos* e inserido na política de risco.

Parto e Nascimento no Brasil: medicalização, hospitalização e risco

O processo de hospitalização do parto contou com uma roteirização de práticas que, no Brasil, se desenvolveu a partir da década de 1930. Nesse momento, o nascimento, em seu enquadramento no domínio hospitalar, foi inserido na dinâmica das práticas de cuidado com a doença, ainda que não se configurasse como uma enfermidade.

Essa questão foi analisada por Silva, Nucci, Nakano e Teixeira (2019) em pesquisa sobre o tema, no qual foram avaliados artigos publicados nos anais brasileiros de Ginecologia e na Revista de Ginecologia e d' Obstetrícia, ambos periódicos de grande circulação entre os médicos, sendo consideradas as revistas médicas mais importantes do período. Nessa análise, foram abordadas as ideias da época em torno da natureza do parto e da consolidação da figura do médico como profissional mais habilitado para esse tipo de assistência.

De acordo com os autores, o parto era, por si só, compreendido como um risco por esses médicos, considerando as complicações que poderiam existir. Em sua atuação no início do século XX, os médicos demonstravam uma preocupação em suavizar a dor e tornar o nascimento mais rápido e menos incômodo. Sob essa perspectiva, afirmam, a ação dos obstetras “seria vigiar a natureza do parto, antecipando e corrigindo possíveis problemas”, e evitar os partos cirúrgicos (SILVA *et al.*, 2019: 175). As discussões médicas, expostas nos artigos das revistas citadas, expressam um período de reformulação na assistência ao parto com a necessidade de revisão e criação de novas classificações. Nessas novas classificações, o nível de intervenção e a defesa de ações diferenciadas sobre o parto recebeu denominações diferenciadas em fins da década de 1930 e na década de 1940: parto médico, parto dirigido, parto conduzido ou parto auxiliado (SILVA *et al.*, 2019).

Os estudos de Schickelé e Kreis, inseridos na linha de pensamento da Escola de Estrasburgo, desenvolveram a orientação do ‘parto médico’, no qual se definia os limites entre normal e patológico no parto, e o médico era considerado o profissional responsável por ‘corrigir a rota’, estabelecendo uma “terapêutica sistemática” para todos os partos, como uma roteirização padronizada do processo de parturição (SILVA *et al.*, 2019: 178). Já o ‘parto dirigido’ tratava-se de uma adaptação do método anterior pelos médicos franceses Voron e Pigeaud, adeptos da ideia de um “roteiro adaptável” e não sistemático. O parto conduzido (ou corrigido), por sua vez, sistematizado pelo obstetra argentino Josué Beiruti, apresenta o corpo feminino como um navio que precisa de comandante, sendo esse o obstetra, com a ideia de condução ligada a um perfil de “partoideal”, o qual ocorre em “ótimas condições de assepsia”, de forma “rápida” e “fácil”, “sem gasto inútil de energia” e com “o mínimo sofrimento num lapso razoavelmente breve e com um resultado imediato e ulterior de perfeita saúde para a mãe e do filho” (BERUTI, 1941: 143, apud SILVA *et al.*, 2019: 180).

A padronização tanto do que seria considerado natural quanto do patológico delimitou a atuação e formação médica em sua visão intervencionista sobre o parto normal. Outros processos de classificação continuaram surgindo, como demonstrado no artigo de Silva *et al.* (2019) ao abordarem a classificação de Iwan Figueiredo e Léo Gouvêa, que defendiam a divisão dos tipos de partos em três: ‘partos espontâneos’, ‘partos operatórios extrativos’ e os ‘partos auxiliados’. Essas distinções e classificações ocorrem em um período no qual as práticas estavam sendo revistas e a obstetrícia brasileira se constituindo, admitindo-se por parte dos próprios médicos uma ausência de saberes científicos sobre a fisiologia do parto e sua assistência devido à prioridade que se deu ao aperfeiçoamento de técnicas operatórias em detrimento do parto natural (ADEODATO FILHO *et al.*, 1963, apud SILVA *et al.*, 2019). A construção da especialidade acabou por produzir um saber institucionalizado sobre o corpo da mulher, legitimado, entre outras formas, através da produção de artigos como os apresentados pelos autores em sua análise, publicado em revistas de grande importância, estabelecendo a figura dos médicos como “‘homens de ciência’ e protagonistas na condução ou direção do parto” (SILVA *et al.*, 2019: 182).

Entender esse processo de estabelecimento de medidas normalizadoras e a roteirização da assistência, afirmam Silva *et al.* (2019), é importante para a compreensão da roteirização atual do parto hospitalar, com sua “cascata de

intervenção” e “obstetrícia de linha de montagem” (DINIZ & CHACHAM, 2006). Essa atuação padronizada perdurou, sem muitas contestações, até a década de 1950 e, no Brasil, fez com que muitas mulheres se deparassem com a escolha entre um parto normal com diversas intervenções dolorosas e uma cesárea como meios de assistência. Essa realidade se configura como um dos motivos do Brasil apresentar um alto índice de cesáreas e de experiências insatisfatórias com o parto, sendo essa padronização ‘em linha de montagem’ contestada pelos grupos de mulheres e feministas na luta pela construção de uma abordagem diferenciada de assistência, a partir da década de 1980.

O conceito de risco atua como balizador das ações em saúde, da medicalização dos corpos e da assistência em saúde. Este conceito, construído socialmente, se tornou uma “noção estruturante do modo de vida contemporâneo” (RABELO, 2011), e também está presente no caso da assistência ao parto. Alguns autores que pesquisam a temática do risco, como Luís Castiel e José Ayres, por exemplo, discutem a pluralidade de significados atribuídos ao termo e a necessidade de se considerar uma análise crítica de sua utilização.

De acordo com Castiel, em entrevista à Cláudia Lopes Rabelo (2011), o uso acrítico do termo pode gerar um processo de estigmatização das pessoas que pertencem aos chamados “grupos de risco” (RABELO, 2011). Além disso, o autor afirma, também, que o discurso de risco na biopolítica atual constitui-se em uma hiperprevenção na qual “o ambiente de antecipação cataclísmica pode facilmente derivar para a proliferação social de medo/paranoia e entrar em ressonância com a premência preventiva de busca de segurança” (CASTIEL, 2010:167), carregando em si uma ideia de controle. Este controle/coerção dos indivíduos através da vigilância dos hábitos e responsabilização pessoal pela saúde, é ofuscado, segundo Nikolas Rose, pela retórica da biomedicina e biotecnologia da noção de “bem-estar” (ROSE, 2001).

De acordo com Ilana Löwy, em entrevista concedida à revista Estudos Feministas, essa noção inclui o “ultratramento dos riscos” por conta do medo (REA e MINELLA, 2015: 491), que pode ser observado no pré-natal onde o conceito de risco permeia todo acompanhamento desde o desejo da gravidez, a gestação, o parto e o puerpério, períodos em que hábitos, genética, condições sociais e outras variáveis são monitoradas.

No âmbito da produção técnica sobre o tema, os documentos oficiais²² que estabelecem as medidas técnicas para a assistência ao pré-natal consideram a dificuldade de se trabalhar com o conceito de risco, afirmando que este

Está associado ao de probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicitado. Os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e experiência dos seus autores e só recentemente têm sido submetidos a análises, persistindo, ainda, dúvidas sobre sua efetividade como discriminadores. [...] a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco (BRASIL, 2005: 20).

A categoria de risco implica na necessidade de se evitar generalizações, conforme afirma Ayres, considerando a associação direta da ideia de risco com valores culturais. O autor sugere que, em saúde, a melhor forma de administrar a noção de risco seria na análise ‘caso a caso’, e que uma “decisão coletiva, argumentada, dialogada e, se possível, de consenso, é melhor que qualquer decisão unilateral ou vinda de imposição autoritária” (RABELO, 2011:16).

Para o Ministério da Saúde, essa análise ‘caso a caso’ é considerada, no que tange a determinação da via de nascimento, por exemplo, e é destacado como fundamental “o esclarecimento da gestante e sua família, com informações completas e de uma maneira que lhes seja compreensível culturalmente, quanto às opções presentes os riscos a elas inerentes, sendo que deve ser garantida a sua participação no processo decisório”. O ministério ressalta, ainda, a importância de os profissionais não determinarem qual a via de parto no atendimento durante a gestação, posto que esta decisão depende “não só da história preexistente, como também da situação da mulher na admissão à unidade que conduzirá o parto” (BRASIL, 2012: 15).

O manual técnico de gestação de alto risco²³, publicado pelo Ministério da Saúde, analisa as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis da mulher, a história reprodutiva anterior e as condições clínicas pré-

22 BRASIL, Ministério da Saúde. PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA MANUAL TÉCNICO Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. 2005. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

23 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ª edição. Gestação de Alto Risco. Manual Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf, acesso em 20 de fevereiro do 2022.

existentes como marcadores e fatores de riscos na gravidez. Além disso, enumera também algumas condições que podem surgir no decorrer da gestação e transformá-la em uma gestação de alto risco, como a exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos²⁴, doença obstétrica na gravidez em questão e demais intercorrências clínicas (BRASIL, 2012: 12-13).

Em uma sociedade moldada em função do risco, as mulheres são diretamente responsabilizadas tanto pela sua segurança quanto pela do feto durante a gravidez, sendo monitoradas no seu “estilo de vida”, visando diminuir riscos ao feto pela conduta materna (CASTIEL, 2010). Considerando a ideia de ‘poder pastoral’ de Foucault (2006), retomada por Rose (2007) para pensar a circunstância moderna, Castiel cita que os especialistas do século XXI têm a função de convencer o indivíduo da responsabilidade com os cuidados consigo mesmo, sob a legitimidade da ideia de infalibilidade da ciência (CASTIEL, 2010).

O manejo do risco mediado pela tecnologia, realidade presente em diversos âmbitos da medicina, assume um caráter particular no que diz respeito ao acompanhamento da gestação com a utilização da ultrassonografia fetal, conforme demonstra a antropóloga Lilian Chazan, em estudo sobre o tema. A autora argumenta que o ultrassom, a partir da década de 1950, ampliou o monitoramento e a vigilância, operando em uma via de mão dupla, na qual “sua produção decorre das condições culturais e sócio-históricas nas quais a medicina está inserida, ao mesmo tempo que a visualização propiciada pela tecnologia produz novos significados, que passam a informar a cultura médica leiga”, inserida em uma demanda “vinculada à construção cultural do prazer de ver o interior do corpo” (CHAZAN, 2007: 37).

A difusão do uso dessa tecnologia ocorreu na década de 1980, e construiu uma positivação da vigilância e intervenção médica, calcadas no ‘prazer de ver’ as imagens, reforçadas por teorias que destacavam os benefícios dessa tecnologia no reforço do vínculo afetivo da mulher com o feto, ressaltando possíveis benefícios psicológicos que incidiriam, também, em um papel normativo relacionado aos cuidados com hábitos durante a gravidez (CHAZAN, 2007). Contudo, Chazan ressalta os efeitos do uso dessa tecnologia, inseridos na dimensão psicológica, como a geração de ansiedade durante a

24 Qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência, que estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz alteração na estrutura ou função da descendência. Como exemplos podem ser destacados alguns medicamentos, exposição excessiva à radiação, algumas substâncias químicas como chumbo e mercúrio. Definição disponível em: <https://siat.ufba.br/agentes-teratog%C3%AAnicos>, 5 de dezembro de 2018.

gravidez diante da possibilidade constante de encontrar algum problema no exame, contribuindo no processo de iatrogenia. Além disso, a produção de imagens ultrassonográficas, que depende da mediação do médico para a sua interpretação, é usada para justificar intervenções que nem sempre são consensuais em seu uso, como indicação de cesariana por circular de cordão, questionamento que aparece em depoimento de um médico ultra-sonografista na pesquisa da autora (CHAZAN, 2007).

A antropóloga menciona que há um sistema de produção de verdades pelo uso do ultrassom obstétrico, calcada na naturalização do poder médico, que são as ‘verdades médicas’ referentes à saúde materna e fetal; as verdades ‘não médicas’, relacionadas à construção da pessoa fetal, em um contexto de produção de subjetividade do feto em parceria entre médico e gestante; a relação com as verdades médicas problemáticas; e, por fim, a questão do impacto do mito da objetividade da imagem em seu efeito deletério para gestantes e feto (CHAZAN, 2007: 116-117).

Nesse contexto, a vigilância e o controle da gravidez e do nascimento são sustentados por uma

Ideia da gravidez como um processo perigoso, potencialmente patológico e, da ciência e da tecnologia como capazes de proteger os sujeitos dos ‘perigos da natureza’. Ao mesmo tempo cristaliza-se entre público leigo uma noção - em grande parte estimulada e sustentada pela mídia - de que, apoiada pela tecnologia, a biomedicina é capaz de prever e prevenir todo e qualquer tipo de problema (CHAZAN, 2007: 124)

A hipótese de proteção conferida pelo uso da tecnologia, considerando a gravidez como um evento de risco, foi reforçada em artigos de revistas destinadas ao público leigo, como a revista *Cláudia*. Em um artigo de fins da década de 1980, intitulado *Gravidez de alto risco. Aspectos preventivos*, de autoria do Prof. Dr. Francisco Mauad Filho, era defendida a ideia de risco-gravídico como “a oportunidade a agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e seu feto”, reforçando que “gravidezes normais, no decurso da gestação e do parto, podem transformar-se em alto risco, decorrentes dos fatores de risco em relação à paciente, ao médico, à instituição hospitalar e à sociedade” (MAUAD FILHO, Revista Claudia, março de 1988). O autor afirma que “com o advento da monitorização fetal eletrônica, ficou constatado que as mortes fetais podem diminuir significativamente” (MAUAD FILHO, Revista Claudia, março de 1988). Esse artigo se caracterizava como um informe publicitário médico, que apresenta a imagem de uma mulher com o aparelho de monitoramento fetal e com um endereço de uma empresa que o produzia, reforçando o

aspecto de consumo de tecnologias médicas. A ampla circulação da revista entre as mulheres das camadas média e alta brasileiras expressa a importância da mídia nesse processo de construção da ideia no público leigo de que a biomedicina é sempre capaz de prever e prevenir complicações através da tecnologia, como ressalta Chazan.

A ampliação do uso da tecnologia favorece a produção de conhecimento apresentado como confiável, reforçando a ideia do manejo do risco e incorporando à assistência obstétrica, cada vez mais, uma dimensão de controle e monitoramento que se retroalimenta. A produção desse conhecimento apresenta um alcance múltiplo, o que pode ser percebido, no caso da ultrassonografia, pela “apropriação, por assim dizer, lúdica, do exame e a atribuição de significados insólitos partindo dessa tecnologia de imagem e mesmo das verdades médicas resultam em uma instigação ao consumo da ultrassonografia”, o que, segundo a autora, gera, conseqüentemente, “um reforço da medicalização que nela se encontra intrínseca” (CHAZAN, 2007: 140).

Nesse processo de reforço da medicalização, o conceito de risco é incorporado de diversas formas no âmbito da assistência obstétrica. No que diz respeito ao alto índice de cesáreas²⁵ no Brasil, por exemplo, a ideia de segurança de um evento cirúrgico e controlado, minimamente previsível, atrai não só médicos em busca de uma praticidade maior para sua atuação, como também mulheres interessadas nessa mesma possibilidade de controle e segurança. Tal questão envolve aspectos econômicos, que assumem o risco como estratégia de mercado que se desenvolve pela atração à sensação de controle (RABELO, 2011). Além deste fato, segundo Löwy, devemos considerar a forte cultura cirúrgica que existe atualmente no Brasil, principalmente das cirurgias plásticas, posto que “a partir dessa cultura de cirurgia, é mais fácil introduzir o parto cirúrgico, como no caso da cesariana, em que tudo é planejado para a hora marcada, higienizado, sem contato com o sangue” (REA e MINELLA, 2015: 491). A ideia de “previsibilidade” e segurança contida no evento cirúrgico, portanto, também influencia na escolha ou na aceitação de cesarianas, muitas vezes, previamente agendadas.

Sobre o tema, em artigo sobre a normalização da cesárea no Brasil, Nakano, Bonan e Teixeira (2016) demonstram como esta mesma ideia de risco estava, também, delineada em muitos manuais construídos por médicos obstetras, como no livro

25 Dados da OMS apontam uma taxa de 55% de cesáreas, no Brasil. O país ocupa o segundo lugar no ranking de países com maior número de cesáreas no mundo. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

Obstetrícia de Jorge Resende, no qual o mesmo afirmava que a cesárea deveria se tornar “o novo modo ‘normal’ de parir e nascer”, defendendo a ideia de “técnica perfeita” e de “ato cirúrgico perfeito”, em um cenário onde a indicação da cirurgia passou de indicação específica à universalização (NAKANO *et. al.*, 2016:162). A importância desses manuais de formação no exercício da prática médica é abordada por pesquisadores da área da assistência ao parto, como Nakano (2015) e Nicida (2018), na análise de sua função como instrumento pedagógico. A historiadora Lúcia Nicida destaca a importância dos estudos dessas fontes como análise da difusão “dos saberes e práticas relativos ao parto que têm sido sistematizados e validados pela ciência obstétrica” (NICIDA, 2018: 1153).

Essa formação médica vem sendo ressaltada em análises sobre os discursos do risco na ampliação do número de cesáreas, no qual os médicos, em sua maioria, discordam da noção de risco apresentada em pesquisas epidemiológicas que apresentam as altas taxas de cesárea e consideram a sua prática diária como evidência suficiente de validade do uso da técnica em larga escala (NAKANO *et al.*, 2017; DIAS & DESLANDES, 2004). Analisando as representações médicas sobre o risco da operação cesariana que influenciam nas decisões sobre o seu uso, Dias e Deslandes destacam, entre outras questões já mencionadas sobre o uso da cesárea, a argumentação médica da utilização da cirurgia como “profilaxia das complicações”, considerando um possível envolvimento ético e jurídico em maus desfechos em partos vaginais. Esse medo, no entanto, de acordo com análise dos autores, deriva da própria trajetória de formação a qual vem perdendo saberes do manejo do parto vaginal à medida que os profissionais que dominavam essas técnicas atuam e ensinam cada vez menos, não transmitindo o conhecimento para as gerações seguintes. Citando Hotimsky *et al.* (2002), os autores identificam o uso cada vez maior de equipamentos sofisticados “em detrimento da adoção de tecnologias apropriadas à assistência perinatal” na formação médica obstétrica, demonstrando uma “prevalência na noção de risco em relação aos eventos fisiológicos da gestação e do parto” (DIAS e DESLANDES, 2004: 114). Além disso, a fragmentação da atenção obstétrica, com acompanhamento do pós-operatório realizado, muitas vezes, por outro médico que não aquele que fez a cirurgia, cria um contexto no qual os profissionais não acompanham a finalização da intervenção realizada (DIAS e DESLANDES, 2004), resultando em uma falsa ideia de conhecimento e controle de todos os riscos.

Em estudo semelhante ao de Dias e Deslandes, com entrevistas a profissionais médicos, Nakano *et.al.*; (2017), com o consenso de que um obstetra se faz na prática, os entrevistados dividiram a obstetrícia em dois momentos, a “clássica” e a “moderna/ nova obstetrícia”, sendo a primeira ligada ao *obstare* (estar junto), acompanhando e intervindo apenas quando e onde fosse necessário para o bom desfecho do parto, e a segunda, ligada ao agir antecipadamente. Assim, afirmam os autores, na obstetrícia clássica “o momento fazia o obstetra; no modelo da nova obstetrícia, o obstetra faz o momento: a solução cirúrgica está disponível para todos os partos, é o agir cirúrgico que se torna ‘medular’” (NAKANO *et al.*, 2017: 421). A cesárea, afirmam os autores, é vista por esses médicos como o seu local privilegiado de atuação, já que o parto normal pode ocorrer sem necessariamente a presença médica e, além disso, a técnica é signo de avanço da obstetrícia, principalmente quando citam a versão brasileira, aliada a “boa estética” do resultado final, uma cicatriz “bonita” comparada à cicatriz “feia” da episiotomia²⁶, exemplificando o mesmo cenário de “opções”, não apenas em relação à estética, mas a dor e possíveis problemas sexuais posteriores, resultados da assistência baseada no “corte por cima” ou no “corte por baixo”²⁷.

A ideia de risco, portanto, é administrada, também, de acordo com diversas questões relacionadas à formação e garantia do campo de atuação médica e, somente com o advento da Medicina Baseada em Evidência passará a ser acionada para questionar as intervenções tecnológicas consideradas excessivas na gravidez. Este questionamento está presente na defesa da assistência humanizada, proferido por profissionais de saúde e por mulheres pertencentes a movimentos sociais, sendo parcialmente incorporado em diretrizes governamentais. A defesa da humanização do parto constrói a ideia de assistência ao parto baseada em evidências científicas, elencando os diversos fatores de risco que intervenções desnecessárias representam para a mulher e para o bebê, defendendo a priorização de “tecnologia apropriada, a qualidade de interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa”, através do questionamento da utilização de procedimentos sem base científica de comprovação de sua eficácia (DINIZ, 2005: 629). No entanto, há uma resistência a

26 Incisão efetuada no períneo entre a vagina e o ânus, tradicionalmente utilizada com a justificativa de ampliar o canal de parto.

27 Expressões utilizadas por Diniz e Chachan em seu artigo O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo, publicado na revista *Questões de Saúde Reprodutiva*, em 2006. O corte por cima refere-se à cesárea, e o corte por baixo à episiotomia.

mudanças nas práticas obstétricas, principalmente quando a elas é conferida a denominação de violência ou a responsabilização por iatrogenia, por exemplo.

Na experiência de alteração da posição do parto realizada pelo médico brasileiro Moisés Parcionik²⁸, o mesmo descreve a resistência de seus pares, a qual tinha que responder com evidências da segurança da nova prática para a mulher e para o bebê. Em sua crítica à posição litotômica²⁹, por exemplo, Parcionik conta como ela começou a ser adotada e como correspondia a uma necessidade médica de não conseguir se abaixar para a assistência nas cadeiras de parto, introduzidas, por sua vez, segundo ele, por conta dos hábitos de vida das mulheres europeias que não conseguiam se abaixar, fosse pelo peso ou pelas roupas volumosas e, com o tempo, a posição litotômica se popularizou (PARCIONIK, 1997). De acordo com o médico, a introdução dessa posição “foi uma consequência, que por sua vez, trouxe outras consequências, transformando-se, talvez, no maior fator de iatrogenia da história da medicina. Atingiu a mãe, atingiu o feto, o médico, e, por fim, a própria obstetrícia” (PARCIONIK, 1997: 19).

Nessa contestação tiveram relevância, também, os questionamentos advindos dos movimentos sociais protagonizados por mulheres e feministas por uma maior atuação da mulher nas decisões sobre seu próprio corpo. Além destes, destacamos um segmento específico de movimentos sociais que atuou no sentido de recuperar a ideia de parto como um evento fisiológico, questionando a eficácia científica de muitas intervenções realizadas sem evidências concretas e que acarretariam risco à saúde do feto e da mulher e/ou, diminuiriam sua participação como sujeito da ação.

Nessa disputa de discursos sobre o risco, concordamos com Gomes *et al.*, em sua afirmação de que “as estimativas epidemiológicas de risco transcendem aspectos de sua construção metodológica, sendo, portanto, importante levar em conta as dimensões moral, política e cultural a elas relacionadas” (GOMES *et al.*, 2001: 63). A utilização das diferentes noções de risco por grupos diversos torna evidente a necessidade de considerá-la de acordo com o seu contexto de produção e suas interações científicas, políticas e econômicas.

28 Moisés Goldstein Paciornik (1914–2008) foi médico ginecologista que, em 1959, fundou o Centro Paranaense de Pesquisas Médicas, dedicado à prevenção do câncer ginecológico, e estendeu os serviços às reservas indígenas no sul do Brasil, época em que teve contato com os benefícios do parto de cócoras. Disponível em: <https://www.jws.com.br/2020/06/o-medico-moisés-paciornik-defendia-o-parto-de-cocoras/>, acesso em 03 de março de 2021.

29 Posição deitada na cama de parto, com as pernas elevadas, como em exames ginecológicos.

Na gravidez, a noção de risco permanente, assinalada por Nicolas Rose (2001), pode ser verificada, posto que esta é apresentada como um evento passível de mudanças inesperadas. A gestação e, principalmente, o parto, contraditoriamente à noção de controle disseminada pela ideia de administração de riscos, são apresentados ora como eventos imprevisíveis, devendo ser monitorados por médicos e com a utilização da tecnologia, ora como eventos naturais, fisiológicos, para o qual a mulher está preparada para atuar como protagonista. Neste último caso, a ideia de risco é atribuída às intervenções desnecessárias. As muitas narrativas sobre o tema deixam a questão ainda mais complexa para a mulher grávida, que se depara tanto com o discurso do “poder de escolha” sobre o seu parto, sobre o seu corpo, quanto com a cobrança de uma confiança na “verdade científica” tradicional que afirma os riscos de um evento como este ser vivido, por exemplo, em um espaço não hospitalar e sem a presença de médicos. Ambas as concepções, de certa forma, apresentam, segundo Rose, a ilusão de certeza diante da promessa de controle de risco (ROSE, 2001).

A utilização de várias tecnologias e intervenções na assistência à gravidez, parto e nascimento está, também, de alguma forma, associada à questão do risco, além de responder a uma demanda por individualização e consumo de bens de saúde e a ideia de comodidade e controle do evento, questões que envolvem, por exemplo, a “escolha” pela cesárea.

Na contramão desse processo, em resposta ao que têm sido consideradas como excessos de intervenção no parto, altas taxas de cesárea e índice de insatisfação das mulheres com a sua experiência, em uma busca de assistência individualizada e que considere aspectos da integridade do sujeito, está o movimento de humanização do parto que vem demonstrando crescimento no Brasil.

Humanização do Parto e Nascimento: desconstrução e reconstrução de caminhos

O termo *humanização*, apresentado como polissêmico, com seus significados associados a diferentes contextos históricos, configura-se como uma proposta de atendimento que abrange diversos sentidos, entre os quais a legitimidade da assistência baseada na evidência científica, assim como a legitimidade política da reivindicação e a defesa dos direitos das mulheres e de suas famílias na assistência ao nascimento que promova um parto seguro e não violento (DINIZ, 2005).

A perspectiva da assistência à gestação e ao parto, baseada no princípio da humanização, tem gerado vários debates, tanto no que se refere ao espaço físico da assistência, quanto as relações interpessoais entre os atores envolvidos na experiência do parto. Mesmo sendo um termo polissêmico cuja interpretação gera, muitas vezes, crítica e/ou estranhamento, a assistência a ele relacionada possui características que demarcaram, no Brasil, um cenário diferenciado a partir, sobretudo, da década de 1990.

Para compreender o termo *humanização* em sua configuração como um paradigma de assistência, é importante considerar a descrição apresentada pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (2001) sobre os três paradigmas de cuidados com a saúde – o modelo tecnocrático, o modelo humanístico e o modelo holístico – considerando, principalmente, a relação entre corpo e mente nesses paradigmas que, segundo a antropóloga, influenciam a assistência aos nascimentos na atualidade, principalmente no ocidente (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo de medicina tecnocrático, de acordo com Davis-Floyd, é baseado nos valores das sociedades ocidentais, orientadas pela ciência e pela alta tecnologia onde o sistema médico reflete valores centrais no qual “o sucesso é fundamentado na ciência, efetuada pela tecnologia, e realizada através de grandes instituições governadas pela ideologia patriarcal em um contexto econômico com fins lucrativos” (DAVIS-FLOYD, 2001: s5-s6). A autora destaca como aspectos fundamentais desse modelo como a separação entre corpo e mente, no qual o corpo é interpretado como uma máquina e o paciente como um objeto, e a relação entre médico e paciente que se configura como uma relação de alienação, com diagnóstico imposto de fora para dentro. Para ela, há ainda, nessa assistência, uma relação hierárquica e cuidados estandardizados, com a autoridade e a responsabilidade atribuídas inteiramente ao médico. A ciência é supervalorizada, assim como a tecnologia, e as intervenções com ênfase em resultados a curto prazo. A morte, para esse modelo, é encarada como uma derrota em um sistema que possui fins lucrativos e há intolerância com outras modalidades de cuidado, tendo como princípio básico a separação como a estabelecida entre corpo e mente e mesmo entre médico e paciente (DAVIS-FLOYD, 2001: s21).

O modelo humanístico de medicina é observado por Davis-Floyd como reação aos excessos do uso da tecnologia que começaram a ser contestados por médicos e enfermeiras que trabalhavam na área, em uma tentativa de “reformular por dentro”. Para ela, os idealizadores desse modelo desejavam humanizar a tecno medicina, “para torná-

la relacional, orientada, responsiva individualmente e compassiva” (DAVIS-FLOYD, 2001). Como características principais desse modelo destaca a conexão entre mente e corpo, considerando este último como um organismo, sendo o paciente um sujeito relacional, existindo uma conexão entre médico e paciente. O diagnóstico e o tratamento são realizados de fora para dentro e de dentro para fora, numa relação entre médico e paciente que busca um equilíbrio entre as necessidades da instituição e do indivíduo. A informação, a tomada de decisão e a responsabilidade são partilhadas entre médico e paciente e a ciência e a tecnologia contrabalanceadas com o humanismo. O foco está na prevenção da doença, e a morte é encarada como um resultado aceitável, sendo os cuidados geridos pela compaixão. O pensamento neste tipo de abordagem está aberto a outras modalidades de cuidado, e os princípios básicos são o equilíbrio e a conexão (DAVIS-FLOYD, 200: S21).

Davis-Floyd apresenta, ainda, o modelo holístico de medicina que, em comparação à hegemonia do modelo tecnocrático, seria considerado “a heresia final”. De acordo com Davis-Floyd, o termo *holismo* foi adotado pelos pioneiros do movimento para “expressar a inclusão da mente, corpo, emoções, espírito e ambiente no processo de cura do paciente” (DAVIS-FLOYD, 2001: S16). Neste modelo, pressupõe-se a unidade entre corpo, mente e espírito e o corpo é “um sistema de energia interligado a outros sistemas de energia”. A perspectiva de cura é integral e relacionada com o contexto de vida e há uma unidade entre médico e paciente. O diagnóstico e a cura são de dentro para fora e o cuidado pensado através de uma organização de facilitação da individualização do cuidado. A autoridade e a responsabilidade são inerentes ao indivíduo e a ciência e tecnologia, colocada a serviço do indivíduo. O foco é estabelecido a longo prazo para criar e manter a saúde e o bem-estar do indivíduo, e a morte é encarada como um passo do processo (DAVIS-FLOYD, 2001: S21). Na opinião da autora, o cenário ideal para a assistência obstétrica seria a junção de elementos de cada paradigma para “criar um sistema de cuidado mais efetivo que já se projetou neste planeta” (DAVIS-FLOYD, 2001: S21).

Em um contexto de tentativa de construção de outra forma de assistência ao nascimento, a concepção do parto humanizado está relacionada ao movimento de mulheres, e foi tema de análise de vários estudos como o da antropóloga Rosamaria Carneiro, dedicada ao tema. Em estudo onde analisa a questão do ponto de vista de alguns grupos de mulheres adeptas ao parto humanizado, a autora afirma que este movimento teve importante expressão na luta pela humanização do nascimento em sua

concepção mais atual. Além disso, esse movimento teve importância na luta pela saúde da mulher diante das suas especificidades, com demandas políticas que mobilizavam também as mulheres feministas e resultaram em políticas como o Programa de Assistência Integrada a Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980 (CARNEIRO, 2015:273).

Sobre o movimento pela humanização do parto, Carmem Diniz dedicou-se a uma análise na qual afirmou que este movimento foi impulsionado por experiências iniciadas na década de 1970, apresenta como premissa atual “priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade de interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa” e questiona a persistência dos métodos de assistência utilizados sem base científica de comprovação de sua eficácia (DINIZ, 2005:629).

Na mesma linha de pensamento, a antropóloga Rosamaria Carneiro define como parto humanizado

Aquele com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possível ou, então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor, e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado. Dessa forma, pode tratar-se do parto que ocorre em casa, com parteiras urbanas, no hospital, com o médico, na água, na vertical, na horizontal ou de cócoras, desde que a mulher tenha solicitado ou concordado com a execução de determinadas práticas médicas (CARNEIRO, 2015: 27).

Carmem Diniz indica que, na década de 1990, os direitos reprodutivos e sexuais, assim como os direitos humanos, passaram a ser premissa para a assistência ao parto na demanda das feministas (DINIZ, 2005). Esse tipo de assistência, segundo a autora, teria sido influenciado pela abordagem psicosssexual do parto desenvolvida pela antropóloga Sheila Kitzinger (KITZINGER, 1985), pela redescritção da fisiologia do parto formulada pelo obstetra Michel Odent (ODENT, 2000) e pela proposta de parto ativo elaborada por Janet Balaskas (BALASKAS, 1996), entre outras.

Na década de 1990, desenvolvem-se variadas ações de grupos e instituições em relação ao debate sobre a construção do modelo de assistência que se baseia na humanização, que se desdobrou em legislação específica sobre o tema, na qual se destacam o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Essas iniciativas são fruto, também, de outra visão

sobre o corpo, a sexualidade e a autonomia da mulher, a ser destacada na forma como as mulheres são consideradas em seu processo de gravidez, parto e pós-parto, em diferentes espaços de assistência.

Sexualidade e reprodução: a disputa pelo domínio do corpo

O tema do corpo em relação a sua sexualidade e potencialidade reprodutiva é recorrente na argumentação em defesa de um parto natural, que o considera um evento fisiológico e pertencente à sexualidade do indivíduo. O corpo e seus significados, construídos socialmente, são ancorados nas representações, aplicando-se a eles, conforme afirma o antropólogo José Carlos Rodrigues, “crenças e sentimentos que estão na base da nossa vida social e que ao mesmo tempo não estão subordinados diretamente ao corpo” (RODRIGUES, 2006: 49). E essas crenças são mutáveis, configurando-se, ao mesmo tempo, como agentes e objetos de transformações conforme os indivíduos se identificam com determinadas representações e à medida que essas identificações têm espaços para serem apresentadas como demandas na construção da assistência à saúde, por exemplo. Assim vem sendo com o parto que, para além de uma vertente de grupos que acionam a ligação do mesmo com a ideia de “natureza” e “potencialidade feminina”, há, também, uma ressignificação da dimensão sexual do mesmo desde a influência do ideário psicosssexual da antropóloga Sheila Kitissinger, em fins da década de 1970.

A temática da sexualidade aliada aos processos de entendimento sobre a dimensão do corpo na sociedade é abordada por diversos autores, a partir de referenciais clássicos sobre o assunto (FOUCAULT, 1988; TURNER, 1984; LAQUEUR, 1990; etc.). Acerca do assunto, o sociólogo Jeffrey Weeks (2000) situa a relação entre corpo e comportamento, que se configuram como objetos da religião e da filosofia moral até o século XIX, passando a ser importante para a medicina após este marco, caracterizando-se como uma questão crítica e política, para além do âmbito individual. O sentido atribuído à sexualidade pelas pessoas é modelado em situações sociais concretas, influenciando a compreensão dos indivíduos sobre o corpo, o sexo e a sexualidade. Os comportamentos sexuais seriam, portanto, moldados no interior das diferentes relações de poder (WEEKS, 2000).

Foucault, em sua obra *História da Sexualidade. A vontade de saber* (1988), assinala que as práticas sexuais eram redigidas até o fim do século XVIII pelo direito canônico, a pastoral cristã e o direito civil. Inserido entre as questões referentes ao exercício do poder, em um contexto no qual havia uma necessidade de “regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição”, essa regulação foi estabelecida através de toda uma estrutura pedagógica disseminada por médicos e professores nessa tarefa de controle social. (FOUCAULT, 1988: 27). No século XIX, o sexo estaria inserido em dois registros: “na biologia da reprodução, desenvolvida continuamente segundo uma normatividade científica geral, e uma medicina do sexo obediente a regras de origens inteiramente diversas” (FOUCAULT, 1988: 54). Para aquele contexto, a sexualidade seria definida como sendo,

‘Por natureza’, um domínio penetrável por processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a decifrar; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; um foco de relações causais infinitas, uma palavra obscura que é preciso, ao mesmo tempo, desencavar e escutar (FOUCAULT, 1988: 66)

A história da sexualidade, que se estabeleceu até o fim do século XIX como verdade específica, afirma Foucault, deve ser elaborada pelo ponto de vista da história dos discursos, a fim de “definir as estratégias de poder imanentes a essa vontade de saber” (FOUCAULT, 1988: 70). Admitindo a sexualidade como um dispositivo histórico, como afirma Foucault (1993), diversos outros autores se afastam da visão essencialista da sexualidade, explorando áreas como a história do gênero e do corpo (WEEKS, 1989; TURNER, 1984; LAQUEUR, 1990). Segundo Weeks, com a “emergência de uma nova política acerca da sexualidade - exemplificada pelo feminismo, políticas gay e lésbica e outros movimentos sexuais radicais”, houve um questionamento das tradições sexuais e a construção de novas compreensões sobre as formas de “poder e dominação que modelam nossas vidas sexuais” (WEEKS, 2000: 43).

Essa nova forma de abordagem do tema na contemporaneidade, desenvolvida a partir de estudos de áreas como a antropologia, sociologia e história, se desenvolveu, segundo o antropólogo Richard Parker (2000), a partir da década de 1980, em um contexto de mudanças nas normas sociais além da influência dos movimentos políticos específicos supracitados e do impacto da pandemia do HIV/Aids (PARKER, 2000).

Nesse contexto, o autor ressalta as análises antropológicas baseadas na teoria da construção social da vida sexual, que parte da premissa de que a sexualidade tem uma história e “é construída de forma diferente através das culturas e do tempo” (PARKER, 2000: 126).

Essa abordagem contrapõe-se ao essencialismo sexual, definido como um “ponto de vista que explica as propriedades de um todo complexo por referência a uma suposta verdade ou essência interior [...]” que “procura explicar os indivíduos como produtos automáticos de impulsos internos” (WEEKS, 2000: 40). Toda essa discussão vem sendo retomada nas análises relativas ao parto e a sua dimensão sexual, sendo a compreensão desse tema essencial para a análise do contexto da produção de um discurso que, inclusive, aciona a dimensão de violência sexual a algumas práticas envolvidas na assistência ao parto. Apesar de compreender essa dimensão histórica e cultural na construção dos significados sobre a nossa sexualidade, o autor chama a atenção, citando estudo da antropóloga Carole Vance (1984), para a importância de não se descartar a dimensão do corpo, posto que a diferença entre corpos femininos e masculinos, por exemplo, dá lugar a experiências diferentes, como o parto (WEEKS, 2000: 44). Esse corpo, disciplinado a partir das influências das forças sociais vigentes, são modelados de forma diferenciada de acordo com a classe, raça e o gênero (WEEKS, 2000), estabelecendo uma nuance ainda mais complexa e essencial na compreensão da sexualidade.

Os estudos feministas são identificados como a origem do impulso pela teoria da construção social da sexualidade (VANCE, 1995, apud PARKER, 2000), cuja contribuição à teoria são várias e concentram-se, de modo geral, na contestação no determinismo biológico, e na atenção à variabilidade cultural dos papéis de gênero. Essa, segundo Parker, “alimentada pela luta por direitos reprodutivos, inspirou uma reconfiguração analítica das categorias de sexualidade e gênero” (PARKER, 2000: 127), com destaque para a questão da interseccionalidade entre classe, raça e gênero para pensar a sexualidade. O movimento negro impulsionou essa questão da interseccionalidade, que oferece uma nova dimensão à pesquisa sobre o tema, admitindo a ligação irrefutável entre sexualidade e poder (PARKER, 2000, 136).

No campo da sexualidade feminina associada ao parto, aquela é descolada do ato da parturição no momento do desenvolvimento da obstetrícia (MARTINS, 2004; ROHDEN, 2006), e é definida a partir das demandas da sexualidade masculina,

expressando as relações de poder entre homens e mulheres. Neste sentido, como afirma Weeks (2000), a relação entre médicos e parteiras é permeada pelos interesses específicos da Igreja e do Estado na regulação da sexualidade do indivíduo e na utilização de diversos profissionais e instituições nesse objetivo.

A cultura ocidental, como afirma a historiadora Londa Schibinger, “confiou enormes recursos à ciência da mulher estudando o caráter físico, moral e intelectual de ‘o sexo’, como as mulheres já foram chamadas”, em estudos que não necessariamente visavam contribuir para a sua saúde, mas, sobretudo, para definição do papel social adequado atribuído às mulheres na sociedade e nas profissões (SCHIBINGER, 2001: 207). O interesse pelo corpo da mulher pela ciência já ocorria antes do desenvolvimento da obstetrícia, desde o século XIV quando foi amplamente analisado, dissecado em estudos dos quais partiram os primeiros desenhos representando seus órgãos reprodutivos. No entanto, a dissecação dos corpos e a contemplação visível das diferenças entre o corpo masculino e feminino não estabelecia, para os especialistas da época, a existência de dois sexos diferentes, com as alteridades identificadas apenas como exteriores.

A preocupação com a diferença dos sexos, de acordo com o historiador Thomas Laqueur (2001), se desenvolveu no final do século XVIII. Antes disso, predominava o modelo de explicação dos sexos dos gregos que entendiam a existência de apenas um sexo biológico, apresentado em dois gêneros: masculino e feminino. Acreditava-se que as mulheres e os homens tinham a mesma genitália, sendo a das mulheres interna e dos homens externa. A explicação para isso, segundo Galeno (século II d. C) se baseava na concepção de ausência de calor vital suficiente nas mulheres para externar suas genitálias, como nos homens, o que conferia uma ideia de imperfeição do corpo feminino (LAQUEUR, 2001).

Laqueur, em discussão sobre a função da linguagem na delimitação da diferença sexual, ressalta que durante dois milênios o ovário não tinha um nome específico, e um termo para vagina só surgiu no século XVIII nos vernáculos europeus. A necessidade de determinação de uma diferença entre os sexos se acentuou como preocupação de vários escritores no final do século XVIII através de um “dimorfismo radical, de divergência biológica” e, no final do XIX, a nova diferença podia ser demonstrada também em seu aspecto microscópico (LAQUEUR, 2001: 17). O esforço dessa definição da diferença

estava relacionado, também, com as atribuições dos papéis sociais dos indivíduos. De acordo com o historiador,

A visão dominante desde o século XVIII, embora de forma alguma universal, era que há dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos, e que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, seus papéis no gênero, são de certa forma baseados nesses ‘fatos’. A biologia- o corpo estável, não- histórico e sexuado, é compreendida como o fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social” (LAQUEUR, 2001: 18)

A regulação do corpo de acordo com os interesses políticos e sociais do Estado para os indivíduos permanece, de formas diversas, em diferentes momentos históricos. A definição de fronteiras e de explicações que conformassem o lugar do homem e da mulher no mundo sempre esteve como premissa desse processo, respondendo a demandas específicas de cada época, sendo que o “sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional, é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder” (LAQUEUR, 2001: 23).

As dimensões de compreensão de sexo e gênero no campo feminista, segundo Laqueur, oscilaram entre alguns tipos de tensões como entre linguagem e realidade extralinguística, natureza e cultura, sexo biológico e marcos de diferença social e política. A tendência para um dos polos dessas dualidades esteve presente nas discussões sobre a temática onde existiram aqueles que “eliminariam o gênero, argumentando que as chamadas diferenças culturais são verdadeiramente naturais”, assim como, também, uma tendência entre as feministas de “esvaziar o sexo do seu conteúdo argumentando, ao contrário, que as diferenças naturais são verdadeiramente culturais” (LAQUEUR, 2001: 23).

A importância do corpo, em sua materialidade, ou as representações sobre ele, permeia os vários discursos apresentados em vários momentos históricos tanto no início da diferenciação entre os sexos, no século XVIII, quanto pelos movimentos feministas e outros movimentos sociais do século XX, principalmente após a década de 1980, como, também, nos discursos atuais sobre temas como identidade de gênero, orientação sexual, sexualidade e parto, etc. Tal questão expressa a complexa rede de estruturas de gênero e poder que se atualiza de acordo com as demandas históricas e sociais de inserção dos corpos.

Sobre esse contexto de identificação das estruturas de gênero e poder, a filósofa Judith Butler (1993), analisando o caráter normativo da categoria sexo e os limites discursivos da mesma³⁰, afirma que a diferença sexual é marcada por práticas discursivas, sendo parte de uma prática regulatória “que produz corpos que governam [...] em uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir, demarcar, fazer, circular, diferenciar os corpos que ela controla” (BUTLER, 1993. IN: LOURO, 2000: 146). Essa conformação, entretanto, não é completa, existindo “instabilidades, rematerialização dentro deste processo, gerando rearticulações” que questionam a forma hegemônica regulatória (BUTLER, 1993 IN: LOURO, 2000: 147). Essa regulação não é exercida sem resistência, a qual é representada, principalmente, por grupos de mulheres e feministas e de “reforma sexual de vários tipos, os quais resistem às diversas prescrições e definições” (WEEKS, 2000: 40).

No que se referem ao parto, as questões sobre a normalização do corpo e do nascimento em si estão bem presentes, permitindo a compreensão dos processos sobre as chaves analíticas apresentadas acima. Há uma prática social comum, inserida na lógica da biomedicalização, que se baseia na ideia de controle que parte de profissionais de saúde, mas também, da perspectiva da mulher inserida nesse contexto social medicalizado. O corpo, quando encarado como algo imprevisível, encontra na dinâmica hospitalar de controle e sistematização de procedimentos as ferramentas necessárias para essa lógica, baseada no gerenciamento dos riscos. Porém, esse entendimento vem sendo questionado por algumas mulheres e profissionais da saúde relacionados à perspectiva de incentivo ao parto, entre outras questões, como evento fisiológico e natural.

Nesse sentido, a instabilidade e a rearticulação percebidas encontram-se na aplicação de argumentos científicos na contestação da posição médica, sendo acionado, por exemplo, o próprio argumento do risco para questionar a utilização de determinadas intervenções e, até mesmo, o próprio parto hospitalar. A noção de natureza, aqui, parte para um contexto não de perigo por conta da imprevisibilidade, mas de um ponto de vista positivado, mas que, de certa forma, apresenta uma visão essencialista do corpo da mulher. Sobre a natureza, Butler ressalta que é importante considerar que ela “tem uma história (e não meramente uma história social), mas também, que o sexo está

30 BUTLER, Judith. *Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do 'sexo'*. Tradução do capítulo introdutório do livro de Judith Butler, *Bodies that matter*, Routledge, Nova York e Londres, 1993.

posicionado de forma ambígua em relação àquele conceito e à sua história” (BUTLER, 1993 IN: LOURO, 2000: 150) e, assim como o sexo, também o parto. O esforço em delimitar a diferença dos corpos masculino e feminino, de definir padrões de nomeação, estabelecendo fronteiras e inculcando uma norma (BUTLER, 1993 IN: LOURO, 2000), muitas vezes gera um afastamento entre o sujeito e a experiência com o seu próprio corpo. Essa relação entre o sujeito e o corpo é aquela que está no foco principal do discurso desses movimentos de mulheres e feministas que buscam o “retorno” ao parto natural. Neste “retorno”, estaria presente uma visão sobre uma potência feminina “natural” reivindicada também na experiência sexual no ato do parto, como a possibilidade de um parto orgásmico, defendido por alguns desses grupos.

Na análise de alguns estudos e fontes sobre esse “retorno” ao parto natural, percebe-se a força criadora desse discurso, sobre o qual as contribuições de Butler nos ajudam a interpretá-lo, por exemplo, quando expressa que

Afirmar que o discurso é formativo não significa afirmar que ele origina, causa ou exaustivamente compõe aquilo que ele admite; em vez disso, significa afirmar que não existe nenhuma referência a um corpo puro que não seja, ao mesmo tempo, uma formação adicional daquele corpo (BUTLER, 1993: IN: LOURO, 2000: 155).

A ausência de uma essência original do que se compreenda como “corpo” e, assim como, “natureza” para fora de sua construção histórica, que insere as análises científicas, não significa que não exista materialidade no corpo, mas que essa vai ser encarada e interpretada, e varia de acordo com a intenção e o projeto que se quer para esse corpo, seja do ponto de vista da compreensão hegemônica vigente, ou sobre o ponto de vista contra hegemônico sobre ele. Esses discursos sobre o corpo são fundamentais para compreender os impactos de tal processo na conformação da leitura sobre os corpos, principalmente, daqueles que geram outros corpos.

Os discursos sobre o parto não “revelam”, nem “retomam”, algo em sua essência que tenha se perdido, mas constroem as ações e são reconstruídos por elas, na inter-relação com indivíduos envolvidos, que estão situados em contextos político, econômico, social, racial e de gênero, determinados. A dimensão da violência aparece no processo de distinção e definição sobre o corpo e sobre a forma de parir desse corpo, e de interdição das escolhas sobre ele. Para além das ações abordadas neste trabalho, consideramos também a visão de uma violência intrínseca ao próprio percurso de

definição e distinção do corpo que, segundo Butler, “terá alguma força normativa e, de fato, alguma violência, pois ele pode construir apenas através do apagamento; ele pode limitar uma coisa apenas através da imposição de um critério, de um princípio de seletividade” (BUTLER, 1993. IN: LOURO, 2000: 156). Esta seletividade está baseada em questões culturais que acionam percepções afetivas, científicas e sociais sobre o corpo e o processo gravídico-puerperal, e são influenciadas por estruturas de poder, onde o conceito de risco perpassa todas elas.

Compreender o momento da criação da ideia de sexo biológico e dos discursos que o envolvem em sua dimensão com o corpo e com os papéis sociais atribuídos em sua relação com o gênero, raça, classe e outras interseções, é essencial para a análise do processo de patologização do corpo feminino no contexto de controle dos corpos, considerando a medicalização. Como afirma Laqueur, “o fato de a dor e a injustiça terem gênero e corresponderem aos sinais corpóreos do sexo é precisamente o que dá importância a um discurso sobre a criação do sexo” (LAQUEUR, 2001: 27).

A medicalização dos corpos masculino e feminino, afirma Rohden, ocorreu de forma assimétrica. Quanto à sexualidade, o corpo do homem passou a ser medicalizado em relação a uma doença que vem de fora ou decorrente do excesso sexual, sinalizando uma anormalidade, como no caso da sífilis, no Brasil, na passagem para o século XXI até a década de 1940, onde essa doença era associada à degeneração e enfraquecimento da raça (ROHDEN, 2001: 50). Já no caso da mulher, através da especialidade da ginecologia, “estuda-se e trata-se a normalidade feminina, que é, por natureza, potencialmente patológica” (ROHDEN, 2001: 52). Como destaca a autora, a medicalização do comportamento feminino no final do século XIX, passou a classificar aqueles considerados transgressores do padrão feminino como doença, atribuindo definições como a de *ninfomania* ou *histeria* a esses comportamentos (ROHDEN, 2001). Criaram-se, então, estatutos de anomalias potenciais em relação ao sexo feminino para assegurar que a mulher cumprisse o papel social designado a ela (VIEIRA, 2002). Nesse papel, estava inserida a obrigação de dar prazer ao homem, relacionada às expectativas específicas sobre a constituição física e a disponibilidade ao prazer alheio. No caso do parto, narrativas recentes exemplificam a manutenção dessa expectativa de se manter intacta ao prazer masculino, sendo esse um dos receios das mulheres em relação à via vaginal. Em entrevista, Simone Diniz afirma haver certa “cultura sexual” de que a mulher vai “ficar larga”, sendo essas “fantasias” ainda muito

recorrentes na obstetrícia médica cirúrgica (DINIZ, 2021). A pesquisadora destaca, neste sentido, a importância de se “trabalhar o parto como uma experiência sexual. A reprodução está incluída na experiência sexual. É a experiência sexual que engloba tudo isso” (DINIZ, 2021: 15). Essas “fantasias” a que se refere Diniz estão associadas ao desconhecimento da própria fisiologia do parto e à ideia de que o prazer, masculino, associado à penetração, tem que ser preservado, além da dissociação da perspectiva sexual do evento, posto que o momento da reprodução sempre esteve relacionado ao reforço do papel social da maternidade, e não da dimensão também sexual que permaneceu no corpo em gestação, parto/nascimento.

Nos séculos XIX e XX, a medicina teve um importante papel na construção da diferença entre os sexos, incluindo, nesse processo, um insistente esforço na vinculação da mulher com a maternidade a partir de um discurso médico de caráter higienista (ROHDEN, 2001; VIEIRA, 2002). A separação da mulher do seu papel social na reprodução é vista como ameaça, tanto no plano individual, quanto no social, sendo as tentativas de autonomia feminina quanto aos seus corpos, como controle da natalidade e dos fenômenos relacionados à emancipação feminina, encarados pela medicina da época como perturbações que remetem a desordens no organismo da mulher e desordens sociais (ROHDEN, 2001). A ciência da mulher, portanto, afirma Rohden, “se constitui não apenas como o desprezioso estudo e tratamento das doenças, mas como a ciência da feminilidade, da diferença sexual e das desordens sociais relacionadas com as ameaças à delimitação dessa diferença” (ROHDEN, 2001: 109).

O poder do médico aumenta e o discurso médico, como afirma Vieira, “traz a necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre o seu próprio corpo” (VIEIRA, 2002: 30). A ideia de ‘natureza feminina’ é aqui acionada como argumento para a realização de intervenções médicas, sendo tal argumento utilizado para explicar a loucura, a criminalidade, a degeneração moral, associada à perspectiva de incapacidade da autonomia feminina (VIEIRA, 2002).

Do fim do século XIX até metade do século XX, a questão da medicalização crescente sobre o corpo feminino se desenvolveu atrelada às condições e demandas sociais relacionadas à demografia, higienismo e eugenia que focavam a mulher como uma personagem essencial na manutenção, geração e criação do ‘cidadão ideal’. No âmbito do parto, o deslocamento deste evento do *locus* familiar e doméstico para o

espaço hospital e para o domínio dos médicos se acentuou, no Brasil, a partir da segunda metade do século XX. O controle reprodutivo feminino desde as primeiras consultas ginecológicas de preparação para a concepção, passando pela monitoração frequente da gravidez em curso e do controle e roteirização do parto e nascimento, reafirmam a ideia de controle e patologização do processo reprodutivo feminino, legitimado pelo crescente uso de tecnologias de diagnóstico e tratamento adotados na gravidez e parto.

As questões da sexualidade no parto, da autonomia dos corpos femininos, assim como do direito ao acesso à informação sobre procedimentos utilizados, começam a ser pautadas no interior de movimentos de mulheres e feministas, nos quais algumas profissionais de saúde se inseriam. No caso brasileiro, a partir da década de 1980, as demandas da chamada *segunda onda* feminista que pautavam, além de direitos civis e sociais, questões relacionadas à sexualidade, como o controle sobre o próprio processo reprodutivo, foram absorvidas (PEDRO, 2012). Essa delimitação de fase do feminismo, questionada por alguns autores, teve suas especificações ao chegar ao Brasil, onde a ditadura militar estava em curso. O movimento de mulheres e a militância feminista estavam inseridos nos grupos, com viés de esquerda, de oposição ao governo e as demandas das mulheres no mundo do trabalho foram priorizadas nesse momento. As questões relacionadas à sexualidade, ao corpo e à violência contra a mulher foram, na década de 1980, inseridas no contexto de luta (PEDRO, 2012).

As informações sobre o corpo e o prazer sexual começam a chegar aos chamados grupos de consciência ou reflexão, no Brasil, formados por mulheres intelectualizadas, de classe média, com influências de publicações francesas e estadunidenses sobre o tema, iniciando a mudança de uma realidade na qual, durante muito tempo, “acreditou-se que a ‘mulher distinta’, ‘respeitável’, não sentia desejo, nem prazer, pois todo o seu ser deveria destinar-se à maternidade” (PEDRO, 2012: 242).

A década de 1960 também foi marcada pela inserção da pílula anticoncepcional, ferramenta através da qual foi possível a separação definitiva entre sexualidade e reprodução (DINIZ, 2012). A antropóloga Débora Diniz ressalta, ainda, o fato de que houve um uso político da pílula em um contexto de interesse no controle da natalidade, mais do que na promoção de direitos reprodutivos, conceito que só passaria a fazer parte

do cenário político internacional nos anos 1990, a partir da Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento³¹ (DINIZ, 2012). Esse processo foi acompanhado, também, pelas tecnologias reprodutivas, que se somaram ao uso da pílula e aos outros métodos contraceptivos na possibilidade de separação entre a sexualidade e a reprodução, promovendo um controle sobre a reprodução e a ampliação da possibilidade de parentalidade para outros arranjos familiares que não o heterossexual (DINIZ, 2012).

A questão do aborto inserido na história da saúde reprodutiva das mulheres, afirma Diniz, já estava incluído nos debates sobre os métodos contraceptivos no movimento feminista internacional. No Brasil, entretanto, essa continua sendo uma questão complexa, sendo o aborto permitido apenas em casos específicos. No que diz respeito à permissão para o procedimento em caso de estupro e em caso de a gestação oferecer risco à vida da mulher, este foi previsto desde o Código Penal de 1940. Em 2004 foi encaminhada pela organização feminista (ANIS)³² e pela Confederação Nacional dos Trabalhadores de Saúde uma ação ao Supremo Tribunal Federal, para que se autorizasse as mulheres a realizarem aborto de fetos anencéfalos (DINIZ, 2012), que só foi concluído em 2012 com decisão favorável às mulheres.

Considerando o processo descrito acima sobre a trajetória do controle da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a historiadora Joana Pedro ressalta que talvez a maior conquista das feministas nas décadas de 1970 e 1980 seja “o reconhecimento da existência de outras maneiras de ser uma mulher, para além das funções idealizadas de esposa, mãe e dona de casa” e, caso haja o desejo de ser mãe, abriu-se a possibilidade, para muitas, de escolher quando e como o ser (PEDRO, 2012: 256).

31 “A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD) foi realizada no Cairo, Egito, de 5 a 13 de setembro de 1994 e reuniu 179 países. A CIPD é considerada um marco histórico, sendo o primeiro encontro global no qual todos os aspectos da vida humana foram abordados de forma abrangente. O resultado da Conferência foi um Plano de Ação, uma agenda de compromissos comuns para melhorar a vida de todas as pessoas por meio da promoção dos direitos humanos e da dignidade, apoio ao planejamento familiar, saúde sexual e reprodutiva e direitos, promoção da igualdade de gênero, promoção da igualdade de acesso à educação para as meninas, eliminação da violência contra as mulheres, além de questões relativas à população e proteção do meio ambiente”. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%Aancia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%Aancia-do> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

32 “Fundada em 1999, Anis é a primeira organização não-governamental, sem fins lucrativos, voltada para a pesquisa, assessoramento e capacitação em bioética na América Latina. Com sede em Brasília, a Anis desenvolve suas atividades com uma equipe multidisciplinar de profissionais com larga experiência em pesquisa social, incidência política, litígio estratégico e projetos de comunicação sobre violações e defesa de direitos, em campos como direitos sexuais, direitos reprodutivos, deficiência, saúde mental, violências e sistemas penal e socioeducativo”. Disponível em: <https://anis.org.br/> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

Para as pessoas que vivem a realidade da gestação e do nascimento, a sexualidade é compreendida de diferentes formas. A visão tecnocrática de assistência, apresentada por Davis-Floyd, retira do parto tanto a integralidade do sujeito como a dimensão do corpo, que passa a ser repensada a partir dos movimentos de redefinição da assistência ao evento, inseridos na perspectiva da humanização. Nesse sentido, citamos os trabalhos do obstetra Michel Odent que, acionando o argumento de recuperação do “instinto” na hora do parto, afirma ser o nascimento uma experiência sexual, com a ideia de “introduzir *eros*³³ na sala de parto” (ODENT, 1979: 53, apud Salem, 2007: 64), comparando o momento da saída do bebê ao “êxtase sexual” (ODENT, 1984: 14, apud SALEM, 2007: 64).

A ideia de retomada de consciência do corpo, envolvendo questões de saúde reprodutiva e de nascimento, associada ao contexto de maior circulação de informação sobre direitos sociais, em um momento posterior à Constituição de 1988 que integrava a saúde como um direito, criou uma demanda de assistência diferenciada para o parto. A oferta quase exclusiva do ambiente hospitalar para o parto às populações urbanas começou a ser revista e novos espaços e possibilidades de nascimento foram criados com base na concepção de uma assistência humanizada, em oposição àquela expressa como tecnocrática.

Propostas contra hegemônicas para o parto: assistência nos centros de Parto Normal (CPNs) e parto domiciliar

Na esfera das discussões sobre a humanização do parto no Brasil, na década de 1990, foram pensados novos ambientes e abordagens de assistência que fossem diferenciados da ambiência hospitalar (institucionalizada e hegemônica) com uso ampliado desde a segunda metade do século XX. Essas iniciativas se constituíram como uma proposta de assistência, pensada para as mulheres com gestação enquadrada na classificação de risco habitual, configurando-se como uma alternativa às práticas hospitalares roteirizadas e pré-estabelecidas, que inserem as mulheres numa dinâmica padronizada de assistência.

Antes desses espaços serem idealizados como política pública existiam ações semelhantes as “Casas de Parto”, por exemplo, como a experiência de Galba Araújo, em

33 Personagem da mitologia grega, conhecido como o deus do amor e erotismo, desejo sexual.

1975, em Fortaleza, como apoio a comunidades distantes de centros hospitalares. A partir de um programa piloto destinado ao treinamento de parteiras tradicionais, desenvolvido pelo Hospital Maternidade Assis Chateaubriand, pertencente à Universidade Federal do Ceará, ocorreu a construção de quatro unidades obstétricas em comunidades rurais ao redor da capital. Em artigo sobre a experiência do programa, Araújo demonstra como as parteiras foram treinadas para identificarem os casos necessários de transferência para o hospital, e os bons resultados maternos e neonatais das unidades obstétricas. Ressaltou, também, as práticas já tradicionalmente adotadas por elas e hoje asseguradas como “Boas Práticas”, como manter a mulher sentada ou agachada durante o expulsivo (hoje compreendida em sua importância como liberdade de movimento e de escolha da posição para o parto) e levar o bebê ao colo da mãe imediatamente após o nascimento, antes mesmo do corte do cordão umbilical (ARAÚJO et al, 1984). A atuação do médico Galba de Araújo no incentivo ao parto normal, no reconhecimento do trabalho das parteiras e respeito à cultura local, rendeu a ele projeção na área da humanização do parto e, em 1999, a criação de um prêmio como seu nome que era conferido às “unidades de saúde integradas à rede SUS que desenvolvem e se destacam na humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido, estimulam o parto normal e o aleitamento materno” (BRASIL, 2001).

A partir da década de 1980, outras experiências pontuais³⁴ também já ocorriam pelo país, tanto na esfera da assistência pública quanto daquela oferecida no âmbito privado. A efetivação dessas novas propostas de assistência ocorreu com a formulação de políticas públicas, a partir do final da década de 1990, como a criação dos centros de parto normal intra-hospitalar e peri-hospitalar (Casas de Parto), espaços fora dos hospitais ou anexos a eles que oferecem atenção humanizada para mulheres em gestação de risco habitual e assistência aos seus partos, fugindo a dinâmica roteirizada padrão hospitalar, com maiores possibilidades de escolhas para as mulheres. No caso das casas de parto, por exemplo, a estrutura se assemelha a uma casa, com uma proposta de ambiente mais familiar e acolhedor. Essas estruturas possuem seus próprios protocolos que são bem rígidos no que diz respeito à admissão das mulheres que podem ali ser

34 Iniciativas em hospitais e universidades com modelos de assistência obstétrica condizentes com casas de parto, como o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte – MG; o Grupo de Parto Ativo, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP SP); e a Casa de parto de Ceres, vinculada ao Hospital Pio X em Goiás; iniciativas privadas como a Casa de Parto Nove Luas, Niterói- RJ.

atendidas e estão interligadas com toda uma rede de referência e de apoio, caso o evento não se desenvolva da forma esperada.

Além dessas opções, encontra-se o parto domiciliar, incluído nas políticas públicas, em particular no SUS, a partir da inserção das parteiras tradicionais em localidades onde são consideradas necessárias, não desencorajando essa opção como escolha de outras mulheres (BRASIL, 2017). Apesar disso, essa possibilidade de assistência ao parto domiciliar planejado como um serviço oferecido pelo Estado, não se traduziu em política pública, não se configurando como um serviço oferecido pelo SUS de forma mais ampliada.

Os centros de parto normal que foram criados a partir da necessidade de um novo ambiente para o nascimento influenciaram um movimento pela criação de espaços alternativos ao hospital para a vivência do parto sem distócias³⁵, tornando-se, no Brasil, espaços de resistência.

A historiadora das ciências Ilana Lowy identifica o início do movimento pela criação das casas de parto na Califórnia, em 1970, tendo este se difundido por outras cidades e países (LOWY, 2018). O movimento visava a reprodução do ideal de nascimento domiciliar através “da criação de um ambiente semelhante a uma casa, com o mínimo de vigilância e intervenções durante o parto, e o encorajamento da presença de membros da família e amigos durante o parto” (LOWY, 2018: 1162).

Rattner et al (2010), em estudo sobre a rede de humanização do parto no Brasil, situam o início deste tipo de instituição no fim da década de 1990, especificamente no ano de 1998. O médico David Capistrano da Costa Filho, à época coordenador do Projeto Qualidade Integral da Saúde (Qualis)³⁶, após conhecer o trabalho de uma casa de parto fundada por uma parteira alemã na favela Monte Azul, em São Paulo, criou a Casa de Partos de Sopopemba, na região sudeste da capital paulista. Essa foi a primeira

35 O termo distócia refere-se a “qualquer perturbação no bom andamento do parto em que estejam implicadas alterações em um dos três fatores fundamentais que participam do parto: Força motriz ou contratilidade uterina – caracteriza a distócia funcional; Objeto – caracteriza a distócia fetal; Trajeto (bacia e partes moles) – caracteriza a distócia do trajeto. Esses termos são desde a década de 1940. (Distócias, Febrasgo, 2017). Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

36 “Projeto Qualidade Integral em Saúde – Projeto Qualis (designação dada ao Programa de Saúde da Família- PSF, do Ministério da Saúde), no Município de São Paulo, zona leste, no período de abril de 1999 a junho de 1999, a primeira experiência do PSF em área densamente povoada”. Disponível em https://repositorio.usp.br/single.php?id=001220497&locale=pt_BR, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

casa de parto isolada do hospital e com uma equipe composta em sua totalidade por enfermeiras obstétricas, impulsionando a implantação, posteriormente, dos Centros de Parto Normal no Ministério da Saúde (CPN) (RATTNER *et al.*, 2010). Hoje existem dezenas de Centros de Parto Normal intra e peri-hospitalares espalhados em vários estados da federação, e algumas poucas Casas de Parto com configuração semelhante às do Rio de Janeiro e de São Paulo.

O perfil desses tipos de instituições foi definido no campo jurídico, no Brasil, através de uma portaria³⁷, em 1999, que delimita a criação da modalidade de assistência institucional Centro de Parto Normal, considerando “a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS e a necessidade de melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis”. Essa legislação define Centro de Parto Normal como “a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias”³⁸, ou seja, sem complicações prévias. A Casa de Parto se inseria na modalidade de centro de parto normal autônomo- unidade isolada, sendo a outra possibilidade, os estabelecimentos intra-hospitalares, integrados a um estabelecimento de assistência hospitalar de saúde. A criação dessas instituições enfrentou forte resistência configurando-se, como ressaltava Fernandes “como um *locus* privilegiado de disputas por espaço no mercado de trabalho, hegemonia e privilégios entre médicos e enfermeiros” (FERNANDES, 2004: 100), percebido, inclusive, como assinala a autora, na resistência à institucionalização do Programa de Humanização do pré-natal e nascimento do SUS (Portaria 569/00).

Em 2002, criou-se o grupo de trabalho para acompanhamento da implantação da Casa de Parto³⁹ no Rio de Janeiro e um outro grupo para a elaboração de normas e

37Portaria N°985/GM. DO 150-E, de 6/8/99. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P985_99obst.doc Acesso em 02 de novembro de 2016.

38Portaria N°985/GM. DO 150-E, de 6/8/99. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-29-1999-08-05-985> Acesso em 15 de maio de 2020.

39 Formado pelo seguintes profissionais: Alice de Carvalho Azevedo Vinhaes (Coordenador II, da S/CRH/DRH, Antônio Carlos de Freitas Cavaliere D’Oro (Diretor III, do S/CAP3.III/HMAF), Louise Mara Santos da Silva (Assistente I, da S/SSC/CPS), Luciene Ardente de Almeida da Rocha (Assistente I, matrícula 11/117 569-4), Herbert Teixeira Cavalcanti (Coordenador I, da S/CIN), Katia Maria Netto Ratto (Coordenador II, da S/SSC/CPS), Marcos Augusto Bastos Dias (Gerente II, da S/SSC/CPS/GPM), Márcia Reis da Silva (Assessor III, da S/CRH/PRH), Maria Cristina Boaretto (Superintendente, da S/SSC), Maria Luiza de Oliveira Castro (Coordenador II, da S/SSS/CAP-5.I), Martha Andrade Vilela e Silva (Gerente II, da S/SSC/CPS/GPM), Maysa Ludovice Gomes (Professora Assistente Chefe do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro), Rosa

rotinas (FERNANDES, 2004). De acordo com a narrativa da enfermeira Maysa Ludovice, à época professora da faculdade de enfermagem da UERJ com experiência no trabalho de implantação de maternidades e formação de enfermeiras, e que participou dos dois grupos citados, ela e sua equipe foram designadas para a formulação da Casa de Parto no Rio e, nesse processo, visitaram a Casa de Parto de São Paulo para compreender o trabalho de assistência daquela instituição. Nessa visita, afirma Ludovice, observaram que as mulheres recebidas na Casa de Parto de São Paulo vinham da rede básica de saúde a partir de 36 semanas para ter o bebê naquele local. Neste ponto, Maysa destaca que a proposta que pensavam para a Casa de Parto do Rio era diferente, posto que pensavam

Em um modelo que não tivesse essa vinculação, que não dependesse de uma indicação, mas que ela abrisse do pré-natal ao pós-parto, que ela fosse de um cuidado integral: recebesse a mulher na gestação, acompanhasse a gestação e trabalhasse com ela o processo gestacional para de fato ela poder chegar ao parto e depois ao pós-parto (LUDUVICE, 2020).

As enfermeiras que atuavam na Casa de Parto eram egressas da maternidade Fernando Magalhães, Herculano Pinheiro e Leila Diniz, instituições que já trabalhavam com enfermeiras na assistência, constituindo o núcleo de trabalho da Casa de Parto que surgiu como um modelo que “pudesse acompanhar todo o processo de partos fisiológicos de baixo risco e aí todo um protocolo de baixo risco foi acordado e todo um modo de funcionamento” (LUDUVICE, 2020).

O protocolo rígido de restrições como a necessidade da parturiente não ter sido submetida a uma cesárea previamente, a impossibilidade de parto gemelar (mais de um feto por gestação), assim como a presença de doenças pré-existentes como hipertensão e diabetes, são justificadas pela necessidade de proteção da gestante e do trabalho do espaço, constantemente ‘vigiado’ pelo Conselho Regional de Medicina, como destaca a antropóloga Olívia Hirsch (2019), que analisou a experiência de mulheres que foram assistidas na Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDC/RJ). Além disso, a autora também ressalta a exigência de que o pré-natal seja executado na instituição para a admissão e realização do parto. A justificativa se constrói em torno da necessidade apresentada de que a mulher e a família conheçam bem o ideário e a forma de atuação

Maria Soares Madeira Domingues (Assessor-Chefe, da S/SSC/AVP), Sidney Beltrão de Souza Diniz (Superintendente, da S/SSS). Cf. Resolução SMS n.º 921/02 (Apud. Fernandes, 2004:106).

da Casa de Parto, já que, por não ter médico, por não se parecer com um hospital, e por atuar com práticas diferenciadas que demandam a ação efetiva e o envolvimento da mulher e sua família, podem causar algum estranhamento e a não compreensão de processos que podem gerar algum impacto na experiência e desfecho de parto dessa mulher.

A disputa de poder e de hegemonia profissional dos médicos obstetras frente as enfermeiras configura-se como um tema presente na bibliografia sobre as Casas de Parto. Adriana Pereira (2007) destaca que durante os anos de existência, a CPDC enfrentou embates jurídicos tanto com o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, dada a ausência de médicos na instituição, quanto com a Agência de Vigilância Sanitária, no que se refere à Casa por esta não se apresentar como uma estrutura hospitalar tradicional, não correspondendo a ideia de “segurança” presente neste tipo de instituição.

A questão da regulamentação do ato médico expressou-se no embate supracitado e foi tema apresentado por alguns autores, dentre os quais, Fernandes (2004), Guimarães e Rego (2005), e Aciole (2006) que situam as suas pesquisas na análise do contexto no qual emergiu a demanda pela regulamentação do ato médico, a sua relação com a autonomia profissional de outras categorias (FERNANDES, 2004; GUIMARAES e REGO, 2005; ACIOLE, 2006) e sua repercussão no ensino médico (ACIOLE, 2006).

De acordo com Guimarães e Rego, o ato profissional é “uma ação que a legislação regulamentadora de uma profissão atribui aos agentes de uma categoria profissional, seja ele exclusivo ou compartilhado com outras profissões e que deva ser realizado por pessoa habilitada, no exercício legal de sua profissão”, cuja definição contribui na consolidação da identidade profissional, socialmente construída cujos elementos constitutivos se incluem na consciência social (GUIMARAES e REGO, 2005: 11).

Todos os autores citados destacam a importância da regulamentação profissional, sendo essa uma ação presente em diversas outras categorias e que faz parte do processo de estabelecimento de uma classe profissional. O que estava em questão era a forma como o debate do ato médico e a polêmica da sua redação em projeto de lei em 2002 interferiam na autonomia de outros profissionais e em demandas do sistema de saúde brasileiro que pressupunha ação interdisciplinar em alguns níveis da assistência.

O início do debate em torno da construção de uma delimitação para o ato médico data de 1998, com iniciativas legais, criações de comissões, elaboração e defesa de projeto (FERNANDES, 2004), com uma definição de ato médico como “a ação desenvolvida visando à prevenção, ao diagnóstico, tratamento e à reabilitação das alterações que possam comprometer a saúde física e psíquica do ser humano” (CREMERJ, 1998, apud GUIMARAES e REGO, 2005). A nova redação do projeto de 2002 preservou o monopólio nas mãos do médico quando define a questão como todo o procedimento técnico e profissional praticado por médico habilitado e dirigido para a prevenção primária, secundária e terciária⁴⁰. Um dos problemas nessa redação, destacado por Aciole, é que “nos níveis primário e terciário é possível, desejável e exigível a prática interdisciplinar e a participação da população” (ACIOLE, 2006: 49).

Além dessa crítica, soma-se ao debate a questão da autonomia profissional de outros grupos da área da saúde, que se reuniram, em 2004, num movimento nacional para contestar a proposta de regulamentação do ato médico (FERNANDES, 2004), compreendendo a questão da autonomia como aquela que “define o grau de subordinação entre profissões, ou seja, quanto menor o grau de autonomia, maior a subordinação seja à administração ou a outras profissões” (FERNANDES, 2004: 128).

Aciole pondera, ainda, que essa disputa pela reserva de mercado e afirmação da categoria médica não é recente e

Só o que muda são os excluídos: na década de 1920, os ‘charlatões, curandeiros e homeopatas’. Na modernidade do século 21, a defesa se volta ante as demais profissões do campo da saúde, exatamente quando o desdobramento social e cultura da condição pós-moderna aponta, cada vez mais, para a construção de práticas interdisciplinares, a interlocução de saberes e a construção coletiva como elementos paradigmáticos da construção de práticas e profissões, numa perspectiva de integração tanto da fragmentação e especialização de saberes, quanto do reconhecimento da vastidão e complexidade que o conhecimento científico e técnico tem atingido em todas as áreas (ACIOLE, 2006: 50).

A disputa pelo monopólio da prática, no entanto, ficou mais evidente com a divisão do trabalho nas sociedades modernas e o surgimento de novas profissões no campo da saúde, sendo a preocupação com o ato médico, no Brasil, só surge na década

40 Projeto de Lei 25/2002 Disponível em <https://legis.senado.leg.br/diarios/ver/1255?sequencia=86>, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

de 1990, com o que Guimaraes e Rego identificaram como uma “crise refletida em vários âmbitos do trabalho e da formação médica” (GUIMARAES e REGO, 2005).

Sobre esse contexto, Aciole destaca as profundas transformações nos procedimentos médicos a partir da incorporação de ferramentas tecnológicas que atingem a medicina como saber e prática “chegando até a desestruturação do frágil equilíbrio do controle de mercado pela força de trabalho, pelo deslocamento do financiamento para outras mãos que não a corporação e nem o consumidor direto”. Como exemplo, Aciole cita o caso de hospitais e centros tecnológicos de produção de procedimentos, que deslocaram o consultório “do seu lugar efetivo da relação intersubjetiva e de explicação do saber fazer clínico”, diferentemente da condição de exercício liberal da profissão que imperou até a década de 1970 (ACIOLE, 2006: 51). Esta mudança se acentua mais após a ampliação do conceito de saúde em fins da década de 1980 (FERNANDES, 2004), baseada não apenas na ausência de doença, mas na expectativa de uma série de condições relacionadas à alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (ANAIS DA 8º CNS, 1986). Assim, a disputa de mercado se apresenta como fundamental na questão da delimitação do ato médico.

A versão do projeto de Lei⁴¹ de 2002 que circunscreve o ato médico, com texto aprovado pela CCJ em 2012⁴², foi contestada, por exemplo, em carta aberta de organizações de enfermagem. Nesse percurso, os artigos questionados por outras áreas da saúde permaneceram como atos privativos dos médicos, somente sendo vetados ou redigidos de forma diferenciada na versão publicada em forma de lei⁴³, em 2013. Nessa versão, foi retirada a exclusividade de procedimentos e ações já realizados por outros

41 Projeto de Lei 268/2002 que dispõe sobre o exercício da medicina. Disponível em: <http://www.crefito5.org.br/wp-content/uploads/2010/06/pl-268-2002.pdf> Acesso em 26 de novembro de 2020. Aprovado no senado em 2006 pelo Projeto de Lei 7.703/2006 que define a área de atuação, as atividades privativas e os cargos privativos de “médico” resguardadas as competências próprias das diversas profissões ligadas à área de saúde. Projeto chamado de "Ato Médico". Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=339409> Acesso em 26 de novembro de 2020; com substitutivo aprovado na câmara em 2009, Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/134905-plenario-aprova-projeto-sobre-prerrogativa-dos-medicos/> Acesso em 26 de novembro de 2020.

42 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/comissao-de-constituicao-e-justia-do-senado-aprova-projeto-do-ato-medico_8646.html, acesso em 26 de novembro de 2020.

43 Lei 12.842/2013 que dispõe sobre o exercício da medicina. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm Acesso em 26 de novembro de 2020.

profissionais da área da saúde⁴⁴, inclusive ao já estabelecido no âmbito de projetos governamentais, como a Rede Cegonha. No entanto, a redação da lei afirma ainda ser privativo do médico “a indicação e execução da intervenção cirúrgica e prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatório”⁴⁵. A manutenção desses tópicos na redação da lei gerou discordância de órgãos de outras categorias, discordância essa manifestada em carta aberta publicada em conjunto pelo Cofen, Aben e FNE onde afirmam que tais restrições trazem “sérios prejuízos ao trabalho dos enfermeiros obstétricos, no âmbito da Rede Cegonha, e das Casas de Parto”⁴⁶. Essas restrições interferem nas atividades descritas como relativos ao exercício da enfermagem de acordo com o decreto que regulamenta a profissão que afirma que entre as atividades do enfermeiro está a prestação de assistência à parturiente e ao parto normal, a identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico, além da realização da episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária⁴⁷.

O ato médico ainda é uma questão conflituosa entre os profissionais da saúde, com debates, alinhamentos e divergências entre eles. No âmbito da Casa de Parto, especificamente no Rio de Janeiro, os embates ocorrem desde sua idealização como política pública e permanecem até hoje, refletindo um determinado contexto, definido pela enfermeira e atual vice-presidente da ABENFO, Maysa Ludovice, como “um contexto político, técnico e de gênero”, que exhibe uma complexidade envolvendo “várias forças, de autoridade, de poder” (LUDUVICE, 2020).

Desde 1998, através de uma portaria⁴⁸ do Ministério da Saúde, que regulamentou a realização de parto sem distócia por enfermeira obstetra, a atuação desse profissional na assistência ao parto, sem presumir a presença obrigatória de um médico em partos sem complicações, já era legitimada. A partir da criação dos CPNs,

44 São eles: diagnóstico nosológico e prescrição terapêutica; invasão da epiderme e derme com o uso de produtos químicos ou abrasivos; invasão da pele atingindo tecido subcutâneo para injeção, punção, insuflação, drenagem, instilação ou enxertial, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos; intubação traqueal; emissão de laudos de exames endoscópicos e de imagem, dos procedimentos diagnósticos invasivos e dos exames anatomopatológicos (entrando na redação da lei de atos exclusivos aos médicos como “excetuados os exames laboratoriais de análises clínicas, toxicológicas, genética e de biologia molecular”).

45 Inciso II do artigo 4º da Lei 12842/2013.

46 Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/ato-medico-carta-aberta_1205.html Acesso em: 16 de maio de 2020.

47 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html Acesso em 16 de maio de 2020.

48 PORTARIA N.º 163, DE 22 DE SETEMBRO DE 1998. DO 183, de 24/9/98. Disponível em: <http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf> Acesso em 15 de maio de 2020.

foi delimitado um local diferenciado para o atendimento aos partos sem distócias, configurando-se como uma opção de assistência à gestante e um local específico de atuação da enfermeira (o) obstetra. No entanto, antes disso, a assistência ao parto por enfermeira obstetra já se constituía como uma prática informal nas maternidades públicas (HIRSCH, 2019: 109).

No município do Rio de Janeiro, a resolução da SMS 1041/2004 institucionalizou as casas de Parto⁴⁹, que passaram a “integrar um sistema de saúde que presta assistência às gestantes com gravidez de baixo risco, devendo atuar obrigatoriamente em parceria com as unidades de Saúde da área programática a que pertence” (Apud: Fernandes, 2004, p. 109). Em 2015, a portaria 11/2015 do MS redefiniu as diretrizes para implantação dos CPNs, em conformidade com o componenteparto e Nascimento da Rede Cegonha, cuja primeira versão havia sido publicada em portaria no ano de 2013. Na versão redefinida de 2015, a tipologia dos CPNs dividia-se em intra-hospitalar 1, localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar possuindo ambientes exclusivos e alguns ambientes compartilhados; intra- hospitalar 2, localizado nas dependências internas com ambientes compartilhados com o restante da maternidade; e o centro de parto normal peri-hospitalar, onde se insere a Casa de Parto. Nesta definição, o centro de parto normal peri-hospitalar deve

Estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas; garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana; ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado e garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015, art 6º, inciso III)⁵⁰.

Em ambas as portarias, a atuação dos CPNs está inserida no sistema de saúde local, vinculada às Unidades Básicas de Saúde de sua abrangência, compondo a rede de assistência do SUS ao parto. O contexto de criação e implementação da Casa de Parto acaba expondo publicamente os embates com os médicos, principalmente pela sua

49 Disponível em: <https://smsdc-casaparto.blogspot.com/p/quem-somos.html>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

50 Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html Acesso em 15 de maio de 2020.

composição básica de profissionais. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) pleiteou na justiça o impedimento da inauguração da instituição (2003), mas, diante do apoio de organizações de mulheres e profissionais em prol da Casa de Parto como Rehuna, Abenfo, ANDO, e Rede Feminista de Saúde, o Ministério Público decidiu pela sua abertura. No entanto, as tensões permaneceram, como ficou explícito no episódio de fechamento da casa, em 2009, com a alegação de que não poderia funcionar sem médicos, o que contou com a reação de entidades vinculadas à enfermagem (COREN e Sindicato dos Enfermeiros do Rio de Janeiro) e movimento de mulheres em atos, passeatas e uma audiência pública⁵¹ pela reabertura da instituição. A justiça determinou a abertura da Casa de Parto no dia 11 de junho de 2009⁵².

Tanto Maysa Ludovice (2020), que esteve, inclusive, na audiência pública supracitada, quanto Marcos Dias (2020), médico que também participou da fundação da Casa de Parto do Rio de Janeiro e que, à época, era gerente de programas de saúde da mulher na cidade, afirmam que o projeto inicial previa 10 casas de parto no município sofrendo, entretanto, resistência, salientando ser esta uma disputa de campo e de poder entre médicos, enfermeiras e enfermeiras obstétricas (DIAS, 2020).

A experiência da assistência realizada nas Casas de Parto é, em geral, analisada por profissionais da enfermagem obstétrica com um viés de produção de sentido e afirmação de sua prática profissional, assim como a sua relação com a humanização em saúde. Entre os estudos que se inserem nesta perspectiva, destacam-se alguns artigos que defendem esse tipo de instituição como representativa do ideal de trabalho humanizado, como o de Martins *et al.* (2005), que considera este tipo de instituição como a opção adequada à assistência humanizada para a parturiente e seus familiares, constituindo-se como meio de promoção e concretização de mudança da postura do profissional de saúde frente ao parto.

De acordo com Olivia Hirsch,

A CP aparentemente representa uma tentativa de reproduzir, no espaço público, um ambiente que evoca o espaço doméstico. Isso

51 Ata da Audiência Pública realizada no dia 18 de junho de 2009. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/compcom.nsf/e36c0566701326d503256810007413ca/4be28d23f8f5d86483257639006665e1> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

52 <https://extra.globo.com/noticias/rio/justica-garante-reabertura-da-casa-de-parto-298729.html> Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/rio/justica-garante-reabertura-da-casa-de-parto-298729.html> Acesso em 08 de dezembro de 2020.

significa uma ruptura com o próprio entendimento do parto e o significado que comumente lhe é atribuído em nossa sociedade, na medida em que este deixa de ser encarado como um evento de risco, que deve ser circunscrito ao ambiente hospitalar, para ser tratado como um evento de saúde que, em princípio, não requer uma intervenção hospitalar (HIRSCH, 2019: 98).

No entanto, ressaltamos que a dimensão do risco não é abandonada na assistência prestada pelas Casas de Parto, mas sim, ressignificada e reorientada, na medida em que existe um perfil específico de mulheres que podem ser atendidas nesse espaço, consideradas de “risco habitual”, e que comorbidades como hipertensão e condições como gestação gemelar, que não são condições de indicação de parto cirúrgico isoladamente, não são admitidas nas Casas de Parto por oferecerem um identificado “risco em potencial”.

Em sua análise sobre a percepção de mulheres de diferentes classes sociais sobre o parto humanizado, um grupo da classe média que fazia parte de um curso de preparação para o parto, e um grupo de camadas populares que eram atendidas na CP, Hirsch pôde observar que as mulheres de ambos os grupos manifestavam algum tipo de insatisfação com a assistência obstétrica nos serviços aos quais tinham acesso, mas a origem dessa insatisfação era diferente. As mulheres pertencentes às camadas populares reclamavam da despersonalização do atendimento e do fato de se sentirem abandonadas. Já as mulheres das camadas médias temiam mais as questões relacionadas à medicalização do parto em si, posto que esse grupo costuma ter mais acesso a essa medicalização em relação às mulheres das camadas populares, como por exemplo, o acesso à anestesia.

A utilização de procedimentos médicos interpretados como invasivos pelas mulheres das camadas médias era, muitas vezes, compreendida como ajuda pelas mulheres das camadas populares, o que reflete um acesso desigual à assistência médica (HIRSCH, 2019). Há, também, diferenças no acesso à informação, na experiência de cada indivíduo com a ideia de saúde, corpo, autonomia, e sobre o que seria ou não violência. Sobre este último aspecto, Hirsch chama a atenção para a possibilidade de reflexão sobre “como os significados são atribuídos à violência podem variar e depender da classe social do sujeito-bem como outros marcadores sociais da diferença” (HIRSCH, 2019: 358).

Além do espaço dos CPNs, e da assistência hospitalar, o parto domiciliar também se apresenta como opção de determinados grupos, passando por uma ressignificação da forma de nascer que é tradicional em diversas localidades do país. O parto domiciliar responde a arranjos culturais de uma determinada comunidade, além de configurar-se como única opção em algumas localidades de difícil acesso ou mesmo pela ausência de serviços de saúde locais que respondam à necessidade daquela comunidade, nos quais os partos são atendidos pelas chamadas parteiras tradicionais. Outra versão do parto domiciliar é o planejado que ocorre no ambiente urbano, enquanto alternativa ao ambiente hospitalar, estratégia que vem sendo adotada por muitas mulheres que têm optado por uma assistência mais individualizada e menos intervencionista que, além disso, podem pagar por ela.

A relação do trabalho de parteiras com diversas comunidades passou a ser mediada pelo Estado brasileiro desde a segunda metade do século XIX, quando foram implantados os cursos de formação de parteiras nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, a partir de 1832 (MOTT, 2002), perdurando até metade do século XX. Essa mediação que tinha entre seus objetivos o controle das parteiras, do ponto de vista profissional e hierárquico, além da melhoria de algumas condições de higiene específicas relacionadas à mortalidade materna e neonatal, foi utilizada em algumas ocasiões como, por exemplo, nas ações iniciais do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP- 1942-1960), em 1940. As chamadas visitadoras sanitárias eram responsáveis por fiscalizar o trabalho, ministrar cursos às parteiras que atuavam em comunidades no interior da Amazônia, e prestar assistência aos partos domiciliares. Essa relação de apropriação de diferentes saberes conviveu com as práticas já reconhecidas pela população local de assistência ao parto, e se deu diante de embates e possíveis ressignificações culturais.

A antropóloga Carmen Susana Tornquist (2005) destaca que a relação do Estado com as parteiras é retomada diante do reconhecimento de sua importância a partir da segunda metade da década de 1980, quando a OMS inicia uma postura crítica à excessiva medicalização do parto. No entanto, essa postura ainda incorporava uma visão das parteiras como “despreparadas”, justificando a ideia de necessidade de treinamento e impondo um “deslocamento do seu tradicional lugar de poder e prestígio” (TORNQUIST, 2005: 66). Essa perspectiva, afirma a autora, começa a mudar no contexto das políticas nacionais de humanização, especificamente no âmbito do

Programa Nacional de Capacitação de Parteiras Tradicionais (1996), com certa “valorização das parteiras, para além de sua mera instrumentalização” (TORNQUIST, 2005: 68).

Anterior ao referido programa, as Diretrizes Básicas para Assistência ao Parto Domiciliar realizado por Parteiras Tradicionais, publicada em 1994, tinham como objetivo nortear os gestores e profissionais para o desenvolvimento de ações locais (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002). No ano 2000, foi instituído o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), como expressão de uma parceria entre a área Técnica de Saúde da Mulher (MS) e o Grupo Curumim - Gestação e Parto, produzindo as publicações *Livro da Parteira* e o manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, como materiais educativos (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002).

O *Livro das parteiras* foi reeditado em 2012, no âmbito do Programa *Rede Cegonha*, lançado em 2011. O material contém informações sobre temas como corpo e sexualidade, aspectos fisiológicos do parto, complicações de gravidez e abortamento, exames, acompanhamento de pós-parto, posições para o parto, além de um capítulo específico sobre plantas medicinais. Além disso, há a sinalização de uma ideia de incorporação dos saberes tradicionais neste tipo de assistência, o que é informado no texto de apresentação do livro onde dedica-se um espaço complementar para que a parteira apresente os seus saberes, aspecto esse que merece, certamente, uma apreciação mais aprofundada, tendo em vista a conjuntura histórica de embates entre saberes tradicionais e saberes formais na história brasileira. No capítulo referente à ambientação da casa para a viabilização para o nascimento, há uma lista de itens a serem providenciados: o quarto deve estar bem limpo; fraldas, panos e roupas do bebê lavadas e passadas; água fervida; comida; pessoas queridas de apoio; transporte, no caso de uma emergência; nomes e telefones importantes à mão; durante o parto, os animais devem ficar fora da casa. E uma lista de materiais de assistência ao parto domiciliar que deve estar no kit de assistência da parteira, como luvas, estetoscópio adulto e infantil, álcool 70%, tesoura em inox, linha ou barbante esterilizado, etc. Todas as informações são ilustradas para efeitos de comunicação com as parteiras que ainda não tivessem aprendido a ler, como afirmado na apresentação do material. O capítulo sobre plantas medicinais possui um pequeno texto que aborda a importância de seu uso com cuidado,

uma fotografia de uma parteira com as suas plantas medicinais e um espaço reservado para a parteira desenhar ou colar as ervas que utiliza (BRASIL, 2012).

A iniciativa governamental de incorporação das parteiras ao SUS a partir dos anos 2000, com a implantação do PTPT e a produção de materiais como o descrito acima, no entanto, não garante por si só a real valorização e apoio a esse ofício. Como afirma Paula Viana no dossiê de humanização do Parto da Rede Nacional Feminista de Saúde, em 2002, “com a proposta de descentralização do sistema de saúde, só o comprometimento dos profissionais e gestores dos municípios pode garantir a atenção e o apoio que este modelo de assistência exige” (VIANA, Paula. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2002:30). A efetivação das estratégias e os sentidos da atuação das parteiras têm sido acompanhados e debatidos a partir de trabalhos acadêmicos de diversas áreas (BORGES *et al.*, 2007; DIAS, 2007; BARROSO, 2009; FLEISCHER, 2008; GUSMAN, 2017; etc).

O trabalho das parteiras em áreas rurais, populações ribeirinhas e indígenas permanece, mesmo com o aumento do número de partos hospitalares ao longo do tempo e o constante questionamento da segurança efetiva de um parto domiciliar. Paralelamente ocorre a implementação de estratégias a nível federal e local para o acompanhamento deste tipo de assistência onde ela se faz necessária. A preferência por esse tipo de assistência por parte das mulheres, em alguns lugares, como o Vale do Jequitinhonha (MG), localidade estudada por Carmen Tornquist, baseia-se, segundo a percepção da autora, entre outras questões, pelo ambiente de violência e incertezas a que são submetidas as mulheres e as parteiras nessas localidades. Na pesquisa de campo de Tornquist, essa violência é constatada em diversas manifestações, como as identificadas na afirmação de que as mulheres passavam por

Verdadeiros périplos em busca de transporte, peregrinações atrás de uma maternidade disposta a atender o parto, médicos não localizados na hora de seus plantões, maus-tratos e violência dos profissionais de saúde para com parturientes e parteiras compõem um repertório dramático de histórias de partos locais que convidam a relativizar noções modernas de perigo, de risco e de dificuldade em geral associadas aos partos em domicílio, e presentes na concepção do PCPT (Plano de Capacitação de Parteiras) (TORNQUIST, 2005: 72).

Esse cenário de violência estrutural na assistência institucionalizada, afirma Tornquist, nos permite compreender a manutenção de certo prestígio local das parteiras

nestes contextos, posto que elas apresentam um contraponto à opção da assistência considerada violenta (TORNQUIST, 2005).

A opção pelo parto domiciliar não se restringe, no entanto, a lugares interioranos e longínquos, onde há dificuldade em acessar a assistência hospitalar ou onde a cultura da assistência com parteira se mantém na sociabilidade das mulheres locais, na qual a rede de saberes das mulheres é reconhecida e mantida. Mulheres urbanas e movimentos de parteiras urbanas, recentemente, têm atuado na construção da possibilidade do chamado parto domiciliar planejado como uma alternativa ao parto hospitalar e à assistência, muitas vezes considerada desrespeitosa e até violenta.

Em um estudo de revisão integrativa realizado pelas pesquisadoras da área de psicologia Thaís Cursino e Miria Benincasa (2020), foram destacados e categorizados cerca de 18 artigos científicos sobre o parto domiciliar planejado no Brasil, contemplando o período entre 2008 e 2018. Nesse estudo, foram identificados alguns temas recorrentes dos trabalhos produzidos em diferentes áreas de estudo, principalmente os desfechos neonatais e maternos e procedimentos obstétricos. Os artigos que tratavam dos desfechos neonatais e maternos apontavam um perfil socioeconômico em sua maioria de mulheres com ensino superior completo, primíparas (primeira gravidez), com baixa transferência de pós-parto⁵³, cesariana entre 5%, 7% a 9%, e baixa taxa de transferência de recém-nascido. Quanto aos procedimentos obstétricos, foi identificada uma taxa significativamente mais baixa do que às apresentadas em hospitais, incluindo as intervenções como episiotomia (0,47% e 6,1%), a amniotomia (8% e 9,9%), além da ocorrência de lacerações espontâneas de 1º e 2º graus. Alguns outros dados foram descritos na análise, todos com conclusões semelhantes às encontradas em bibliografia internacional que aponta que o parto domiciliar planejado assistido por profissionais capacitados e respeitando o critério de elegibilidade e de disposição de serviço de referência em casos de necessidade de transferência, não acrescenta risco ao processo de parto e nascimento (CURSINO e BENINCASA, 2020).

As autoras destacam a escolha pelo parto domiciliar planejado (PDP) por mulheres primíparas, como um dado que difere da literatura internacional. Esses estudos internacionais constataam a escolha pelo parto domiciliar em sua maioria por mulheres

53 Transferência para o hospital por complicações.

multíparas (a partir da segunda gravidez), como uma “tentativa de evitar intervenções desnecessárias e a violência obstétrica”, além da possibilidade de efetivação da autonomia da mulher (CURSINO e BENINCASA, 2020: 1435). A questão da violência também é colocada nos artigos de Sanfelice e Shimo (2014) que afirmam que as mulheres que escolhem pelo PDP se constituem em um grupo insatisfeito com a assistência obstétrica e que “têm optado pelo parto em casa como reação à violência institucional”.

Em estudo realizado por Mattos (2016), sobre a atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado, ausente do levantamento sistemático apresentado por Cursino e Benincasa, a violência é descrita nas narrativas de profissionais de enfermagem obstétrica entrevistados. Essa violência foi identificada em várias tipologias, destacando termos como “violência física e simbólica” para descrever os temores das gestantes em relação ao parto no hospital, “violência subjetiva” e “violência institucional”. Para os autores, “o parto domiciliar planejado apresenta uma opção concreta como resgate ao modelo de parto fisiológico, historicamente compatível com o processo parturitivo natural”, no qual o enfermeiro obstetra presta assistência com “as práticas culturalmente conhecidas menos intervencionistas que permitem a evolução fisiológica do trabalho de parto, e a residência apresenta como um ambiente seguro, viável e saudável para parturiente dar à luz” (MATTOS *et al.*, 2016: 568).

O medo das condições encontradas no atendimento hospitalar também foi destacado pela parteira urbana, membro fundadora da Abenfo, Marilanda Lima, que tem uma trajetória de atuação no parto domiciliar por quase 20 anos. Em entrevista concedida para esta pesquisa, Marilanda afirma que

Ao longo desses quase 20 anos, a escolha pelo parto domiciliar, a princípio, parte desse medo do hospital, do medo de não ser respeitada, do medo de ser violentada, de ser tocada várias vezes. Deir pra uma cesariana sem que ela tivesse provado o quanto que ela seria capaz de ter o filho de parto normal. E por relatos de experiência de outras mulheres da rede, e de todo um investimento que elas fizeram pra conhecer sobre o processo delas de parto, sobre o processoda gestação. (LIMA, Marilanda, 2020: 10)

A escolha informada, no entanto, ainda se configura como uma opção com forte recorte socioeconômico, ainda que os canais de informação tenham se ampliado, configurando o que Cursino e Benincasa (2020) definiram como um processo de “elitização do parto domiciliar planejado”, já que esta possibilidade de escolha não é

oferecida pelo SUS, demandando acesso a informações variadas e viabilidade financeira de arcar com os custos de uma equipe. Em alguns lugares existem coletivos de mulheres que incluem enfermeiras obstétricas e doulas⁵⁴, em geral, e que se propõem a levar o parto domiciliar planejado a mulheres de outras classes sociais, com o objetivo de torná-lo tipo de assistência um pouco mais acessível, como o projeto Sankofa⁵⁵, com foco na atenção às mulheres da periferia do Rio de Janeiro. Mas a cobertura desse tipo de iniciativa não consegue absorver todas as mulheres que gostariam de ter um parto domiciliar, assim como ainda é insuficiente a oferta de CPNs em todo o país, construindo um caminho não de escolha informada de uma forma equânime para todas as mulheres, mas, sim, da escolha no contexto do recorte socioeconômico, cultural e geográfico. É importante considerar, também, que não só a questão financeira é um obstáculo, mas as próprias condições de habitação, saúde e segurança de muitas mulheres, indicando que a “escolha da via de parto” é um tema que envolve políticas públicas de diversos setores da nossa sociedade.

A pouca incidência de trabalhos sobre o parto domiciliar no Brasil, relatada por Cursino e Benincasa, é reafirmada, também, em parecer técnico do Conselho Federal de Enfermagem⁵⁶, de 2019, onde são destacados os bons resultados perinatais nos artigos existentes, confrontando-os com a realidade apresentada em artigos internacionais, sobre a segurança e a viabilidade da escolha deste tipo de lugar para o parto. No entanto, destaca-se no parecer que este tipo de assistência permanece à margem do sistema, sem legislação específica, apesar da regulamentação da atuação da enfermagem obstétrica por Lei desde junho de 1986⁵⁷. Em protocolos e manuais do Ministério da Saúde, esses

54 Doulas são “profissionais treinadas e capacitadas para oferecer educação perinatal durante o ciclo gravídico-puerperal e suporte emocional e físico contínuo para a gestante antes, durante e logo após o parto”, definição disponível em: <https://doulasrj.com.br/o-que-e-uma-doula/> Site da associação de doulas do Rio de Janeiro Acesso em 26 de novembro de 2020.

55 Projeto sediado no Rio de Janeiro que “surgiu a partir da percepção de que o parto domiciliar, bem como um atendimento durante o período gestacional qualificado, eram serviços destinados a um público específico e privilegiado”. O projeto possui como “principal preocupação era chegar às mulheres que não podem arcar com os custos de uma assistência como essa, no Rio de Janeiro, ajustando os valores de acordo com a realidade de cada família”. Disponível em: <https://projetosankofa.com.br/projeto-sankofa/> Acesso em 26 de novembro de 2020.

56 Parecer Técnico nº 003/2019: para alinhamento da “Regulação e prática da enfermagem obstétrica no espaço do parto domiciliar planejado”, conforme designação da Portaria COFEN nº 1092 de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-tecnico-cnsm-cofen-no-003-2019_74671.html Acesso em 26 de novembro de 2020.

57 Lei 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/128195/lei-7498-86>, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

profissionais estão incluídos na assistência de enfermagem no pré-natal, parto e pós-parto, com gravidez classificada como de risco habitual. O parecer define, ainda, que

Uma vez que a Lei não restringe o local de atuação de parteiras, enfermeiras obstétricas e obstetrias, e que não há dispositivo que impeça a opção pelo parto domiciliar planejado, este é atualmente um nicho de atuação dos profissionais de enfermagem e, portanto, deve ser regido e disciplinado pelo Conselho Federal de Enfermagem / Conselhos Regionais (Parecer Técnico CNSM/COFEN- n° 003/2019).

O parecer apresenta, também, o que se entende por parto domiciliar, definindo-o como “o parto que acontece no domicílio, que pode ser planejado ou eventual, e que ocorre de forma fisiológica, sem a necessidade de drogas ou procedimentos invasivos – também conhecido como Parto Fisiológico”. Quanto a atuação da enfermagem nesse tipo de assistência, esta pode ser realizada por obstetrias e enfermeiras obstétricas, sendo defendido neste parecer como “um direito e uma opção para as mulheres e suas famílias, sendo perfeitamente seguro e viável nas gestações de risco habitual” (Parecer Técnico CNSM/COFEN- n° 003/2019).

As normas para atendimento ao parto domiciliar planejado foram descritas em parecer do COREN/SC, de 2016, no qual este tipo de parto é definido como “a assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério imediato, no ambiente domiciliar, realizado por profissional qualificado, de livre escolha da mulher, e registrado em seu Conselho de Classe”, sendo indispensável a garantia de uma rede de suporte no caso de necessidade de transferência materna e/ou neonatal” (Parecer Técnico Coren/Sc N° 023/Ct/2016). Os profissionais que estão autorizados pela Organização Mundial da Saúde a prestarem assistência aos partos são os médicos, as enfermeiras obstetras e as obstetrias (WHO, 1996), orientação também incorporada no documento brasileiro “Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal” (MS, 2017)⁵⁸. Tal documento brasileiro ressalta a recomendação aos gestores de que “proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetria na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres”

58 O texto das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal define que “a assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetria”. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf, acesso em novembro de 2020.

(BRASIL, 2017: 15). O Ministério da Saúde afirma que “não se deve desencorajar o planejamento do parto em domicílio”, desde que atenda ao requisito de ter acesso à transferência para um hospital em tempo hábil, caso seja necessário (BRASIL, 2017: 14). No entanto, o mesmo documento afirma que não há como recomendar este tipo de assistência por não estar disponível no Sistema Único de Saúde.

No Parecer do COREN/SC de 2016, são descritos os critérios de inclusão e exclusão para o atendimento do parto domiciliar planejado, referenciado no protocolo de atenção básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), assim como o equipamento e equipe mínimos para o atendimento, e as práticas de atendimento baseadas em evidências científicas. As restrições para atendimento nas casas de parto são semelhantes às atribuídas à mulher que se enquadra no perfil de “escolha” de um parto domiciliar planejado, como a necessidade de ser classificada como gestante de baixo risco/risco obstétrico habitual; gestação única; apresentação cefálica; idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e menor que 42 semanas; e o casal estar de acordo segundo o termo de consentimento livre e esclarecido (Parecer Técnico COREN/SC Nº 023/Ct/2016). Há inúmeros critérios de exclusão apresentados, como condições pré-existentes variadas, impeditivos recorrentes da história reprodutiva anterior, questões relacionadas à gravidez atual. Assim, percebe-se que o perfil de mulheres atendidas em parto domiciliar planejado, além de ser restrito a uma determinada camada social, é restritivo às condições específicas no âmbito fisiológico do desenvolvimento da gravidez e do trabalho de parto.

A decisão jurídica sobre quem pode atuar ou não na assistência domiciliar se deparou com divergências, principalmente com restrições impostas por conselhos regionais de medicina sobre a atuação do médico (a) obstetra no parto domiciliar planejado. Após a recomendação do Conselho Federal de Medicina⁵⁹, de 2012, referente à realização do parto em ambiente hospitalar “de forma preferencial por ser mais segura”, relacionando à questão da mortalidade materna e neonatal como principal argumento, alguns conselhos regionais de medicina proibiram os médicos de atender a partos domiciliares planejados, como o CREMERJ (2012) e o Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (2019).

⁵⁹ Recomendação 1/2012: Recomenda-se que o a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2012.pdf, acesso em 26 de novembro de 2020.

Apesar da reação de coletivos de médicos e de mulheres quanto à proibição da participação de médicos nas equipes de parto domiciliar, o veto permaneceu, com esse tipo de assistência mantendo-se através de equipes compostas por enfermeiras obstétricas, obstetizas e parteiras. Esse cenário demonstra que a disputa pela assistência ao parto, permeada por questões institucionais e hierarquias profissionais, continua incidindo sobre o direito que permita a mulher um ambiente real de escolha. Soma-se a isso a inexistência de oferta de parto domiciliar pelo SUS e a baixa adesão aos Centros de Parto normal, incluindo as Casas de Parto, comparativamente ao que idealizava no desenho inicial dessas políticas públicas.

O corpo que gera e pari continua disputado em seu controle e questionado em sua capacidade de decisão, com a continuidade da disputa de a quem pertence o parto, em um percurso no qual as mulheres seguem organizadas atuando rumo à mudança na assistência obstétrica.

Capítulo 3

Mulheres em movimento: denúncia e reconfiguração da assistência obstétrica

3. Mulheres em movimento: denúncia e reconfiguração da assistência obstétrica

A partir da década de 1950, a articulação dos movimentos de mulheres e feministas nos EUA e Europa aprofundaram os questionamentos quanto às limitações atribuídas às mulheres. De forma mais intensa, a partir do que se denominou segunda onda do movimento feminista, iniciado na década de 1960, os questionamentos se voltaram para a forma como as mulheres eram expropriadas das decisões sobre o seu próprio corpo, sexualidade e reprodução, associada a outras pautas políticas. A inserção de mulheres na ciência, inclusive, que vinha se ampliando nas décadas de 1970 e 1980, em países da Europa e nos EUA, irá gerar um impacto significativo na interpretação de estudos antes considerados consolidados, como resultado dos debates estabelecidos no interior dos movimentos sociais (KELLER, 2006).

No Brasil, o impacto dessa segunda onda coincide com a ditadura civil-militar no país, contexto no qual o movimento feminista convivia com outros movimentos de mulheres organizadas em torno de demandas sociais, como o movimento contra a carestia, que se originaram na década de 1940 (PINTO, 2003). Grande parte das militantes feministas brasileiras se envolveu na luta contra a ditadura militar no país e muitas delas foram exiladas, o que acabou gerando contato com o movimento feminista estrangeiro. Esses distintos grupos de mulheres e feministas no país tiveram um grande impacto na organização de demandas para a formulação e execução de políticas públicas para as mulheres, com demandas específicas que pautavam a diversidade no interior da categoria “mulher”, como a questão racial, mobilizada através da articulação do movimento de mulheres negras.

Neste período, as influências dos novos ideários de parto começam a chegar ao Brasil, apresentados principalmente à classe média brasileira. A violência na assistência não só ao parto, mas na área de saúde reprodutiva das mulheres, já era alvo da atenção de grupos e coletivos de saúde feministas no país.

O processo de mudanças sociais provocado pelos diferentes movimentos de mulheres quanto aos papéis sociais previamente estabelecidos gerou um impacto através da crítica feminista à produção científica que, somado ao movimento da medicina baseada em evidência, na década de 1990, assim como a redemocratização com o estabelecimento de uma Constituição denominada Cidadã, gerou uma mudança na visão da assistência ao parto, no Brasil.

O Estado que se compromete com o dever de ofertar saúde gratuita para todos e que assume o compromisso de igualdade de direitos entre homens e mulheres, além de ser signatário de diversos tratados e convenções de proteção à mulher e contra a violência, começa a ser questionado quando o cenário da assistência passa a mostrar o contrário, o que vai promover a organização de mulheres em diferentes grupos que passaram a denunciar as ações e a construir um caminho diferente para a assistência à gestação, ao parto e ao nascimento.

Maus tratos, descaso, desrespeito, violência: denúncias na assistência obstétrica e a mobilização de mulheres

Tomar a palavra é, antes de tudo iniciar um processo de participação crítica no mundo, de construção da própria identidade. Adquirir consciência de si mesma enquanto membro de uma coletividade é parte da longa luta pela libertação
(CERES, Espelho de Vênus, 1980: 16).

Tomar a palavra, construir identidade e adquirir consciência de si – ideias que podem ilustrar o percurso do questionamento de práticas referentes à assistência à saúde da mulher e, principalmente, para o nosso objeto de análise, à assistência obstétrica. A ideologia que reforça a principal função social da mulher centrada na maternidade, assim como a própria concepção de maternidade, juntamente com a gestação e o parto, passa por um processo contínuo de mudanças. Uma significativa revisão no que diz respeito à assistência prestada à gestação e ao parto, se iniciou na década de 1950, gerada no âmbito das ações organizadas de cunho coletivo, acompanhando, também, as mudanças de cunho político, econômico e social.

Esse movimento expressa uma luta por mudanças na área científica e de assistência médica, influenciadas por contextos culturais hierárquicos e sexistas, processos esses importantes de serem considerados na trajetória da compreensão das práticas da assistência obstétrica. As mudanças ocorridas no âmbito político e cultural provocadas pela demanda das mulheres através da tematização pública de determinados problemas, assim como a denúncia das condições de vida, trabalho e relacionamentos, deram impulso as transformações, inclusive, aquelas relacionadas à saúde reprodutiva, principalmente, à gestação e ao parto. Várias denúncias sobre os maus tratos recebidos na assistência ao parto na dinâmica hospitalar foram relatadas por mulheres ao Jornal

Home Ladies Journal, em 1958, o que resultou, entre outras consequências, na formação da Sociedade Americana de Psicoprofilaxia em Obstetrícia, no EUA (DINIZ et al., 2015).

Uma carta-denúncia enviada por uma enfermeira para a redação da revista *Ladies' Home Journal*⁶⁰, em 1957, relatava as “torturas que aconteciam nas salas de parto modernas”, apelando para a influência do periódico na luta pelos direitos das mulheres. A publicação dessa denúncia fomentou o envio de outras cartas de leitoras da revista com relatos de experiências semelhantes, resultando no artigo intitulado *Cruelty in maternity ward (Crueldade em enfermarias de maternidade)*⁶¹, publicado em 1958, com a reprodução das narrativas dessas mulheres, a reação de alguns profissionais à denúncia e a apreciação de especialistas consultados pela revista que analisaram os casos de maus tratos relatados.

As denúncias descreviam mulheres amarradas, drogadas, e a insistência no nascimento com a utilização de fórceps, além de tempos extensos de espera em posição litotômica, mesmo não estando em trabalho de parto ativo, etc. Uma das mulheres, que tinha quatro filhos, afirma que somente no quarto foi “tratada como um ser humano deve ser, não como uma engrenagem numa linha de montagem”. Essa associação era frequente e apontava para a ideia de que os corpos eram tratados como máquinas e de que o que importava era o produto final: “obstetra hoje é empresário que comanda a fábrica de bebê”, afirmou uma das mulheres que enviou relato (*Ladies' Home Journal*, 1958). Alguns médicos especialistas, consultados pela revista, afirmavam o absurdo de determinadas práticas, outros relativizavam, em certa medida, para depois pautar uma necessidade de mudança de tratamento. O argumento da sobrecarga de trabalho e do aumento do número de mulheres atendidas em hospitais foi mencionado como um dos problemas.

Na década de 1970, coletivos de mulheres como o grupo CERES, coletivo feminista formado por médicas, psicólogas, professoras e historiadoras brasileiras, e o

60 *Ladies Home Journal*, revista mensal americana, criada em 1933, uma das mais antigas do país e por muito tempo a criadora de tendências entre as revistas femininas. Com uma tiragem de mais de quatro milhões, *Ladies' Home Journal* foi classificada entre as 10 principais revistas de circulação paga nos Estados Unidos no início do século 21. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/Ladies-Home-Journal> Acesso em 26 de abril de 2021.

61 Disponível em: <https://archive.org/details/ladies-home-journal-v-075-n-05-1958-05/page/n45/mode/2up> Acesso em 22 de dezembro de 2020.

Boston Women Health Colective, dos EUA, publicaram obras que demonstram a realidade que as mulheres enfrentavam na assistência médica e o impacto em suas vidas, especificamente, na vida reprodutiva.

Nesse período, a questão da expropriação dos corpos das mulheres estava no auge da pauta feminista e a publicação do livro-curso intitulado *The women and their bodies*, no ano de 1970, materializou uma série de discussões. O livro do Coletivo de Saúde Feminina de Boston (*Boston Women Health Colective*) tornou-se conhecido, alterando, no ano seguinte, o seu título para *Ourbodie Ourselves* (OBO), atualizando-se frequentemente e ganhando o *status* de bestseller americano, influenciando a formação política e acadêmica de muitas mulheres, também no Brasil, inclusive da médica Simone Diniz, que afirma que a dita literatura fez parte de sua formação crítica sobre o tema (DINIZ, 2021).

A medicina brasileira e seu exercício são fortemente marcados por uma herança da medicina americana em relação, por exemplo, a suas práticas intervencionistas. A resistência a esse modelo, no Brasil, assim como nos EUA, foi protagonizada por grupos de mulheres que denunciaram as condições da assistência obstétrica, na década supracitada. O grupo CERES⁶², por exemplo, foi criado no Brasil, em 1974, e era formado por cinco mulheres, todas com ensino superior completo e atuação na militância feminista, algumas com publicações na área, e outras com atuação importantes em áreas de estudos e militância feministas, como Jacqueline Pitanguy, Leila Linhares Barsted e Mariska Ribeiro⁶³. Esse grupo desenvolveu um estudo, entre os anos 1978- 1979, no qual foram entrevistadas 53 mulheres de diferentes idades e níveis socioeconômicos, residentes na área do Grande Rio, que resultou na publicação do livro *Espelho de Vênus. Identidade social e sexual da mulher*, publicado em 1981. Entre os temas abordados destaca-se, entre outros, a vivência do cotidiano das mulheres entrevistadas, que se configura como uma importante dimensão da assistência vivida por elas em relação a sua saúde sexual e reprodutiva, pontuando as questões estruturais e culturais envolvidas que tornavam essa vivência, muitas vezes, violenta.

62 Nome escolhido, segundo as autoras, por “simbolizar a fertilidade e a vida, em sua eterna renovação”. CERES. *Espelho de Vênus. Identidade social e sexual da mulher*. Editora Brasiliense, 1981.

63 Mariska Ribeiro, responsável por conseguir patrocínios da ONU, em 1975, para realização do encontro em ocasião do Ano Internacional da Mulher, no Rio de Janeiro (Pedro, 2012). Mariska foi homenageada com seu nome batizando o hospital da mulher em Bangu, inaugurado em 2012, configurando-se como unidade de referência de apoio ao trabalho da Casa de Parto David Capistrano Filho, no RJ.

Algumas experiências relatadas demonstram os medos que perpassam a questão da gravidez e do parto, ancorados, sobretudo, na ausência de conhecimento da mulher sobre o assunto, como fruto, principalmente, da alienação sobre o próprio corpo. Desenvolvida nas bases da cultura patriarcal, onde ao mesmo tempo em que o sexo da mulher é para procriação, espera-se que o corpo seja mantido intacto para o prazer masculino. Tal questão fica evidente, por exemplo, em um dos relatos de mulheres no livro citado, no qual uma funcionária pública, com curso universitário, descreve sua experiência com a cesariana e revela o receio quanto à aprovação posterior de seu marido caso o parto fosse normal (CERES. Espelho de Vênus, 1981). Esse exemplo demonstra a idealização socialmente construída acerca do corpo feminino que associa o parto natural a modificações negativas na vagina, temidas mais em relação à satisfação sexual masculina do que à feminina.

Essa imposição sociocultural do corpo intacto ao prazer masculino é muito presente nas experiências de mulheres que passaram pela episiotomia e receberam o que hoje se denomina comumente de “ponto do marido”. A prática foi descrita, também, na publicação citada *The Women and Their Bodies*, no qual as autoras questionam a naturalização da episiotomia e seu uso rotineiro, e trazem um registro de comentário sexista explicitado por um médico para uma das mulheres entrevistadas: “Eu fiz um bom trabalho costurando você. Você está apertada como uma virgem. Seu marido deveria me agradecer” (*Boston Women health Colective*, 1970:149).

A manutenção desse tipo de prática na assistência ao parto é indicada, também, no estudo de Diniz (2000), no qual investigou as possibilidades e limites da humanização em dois serviços de assistência. Quando analisa o aspecto da formação dos médicos, a autora demonstra que a episiotomia ainda se mantém como discurso de melhoria da vida sexual da mulher após o parto, contrariando as evidências científicas sobre o tema, normalizando a prática na qual muitos aplicam um ponto a mais, referido como “o ponto do marido”, para que, na perspectiva do médico “as coisas voltassem a ser como era antes’ e que, se eles não fizessem isso, depois o marido voltava para reclamar” (DINIZ, 2001: 106).

A permanência dessas práticas que carregam o peso de uma cultura sexual sobre o corpo feminino considerando-a apenas em relação ao masculino, entre outros aspectos da própria dinâmica hospitalar padronizada, aparece em diversos relatos nas fontes apresentadas. Destaca-se, entre eles, a narrativa de uma manicure, sem escolaridade, 42

anos, que exemplifica a questão da violência, na qual classifica o médico que a atendeu no parto como “perverso”, relatando a ameaça proferida por ele de cortá-la (menção a uma episiotomia) assim que soube se tratar da primeira gravidez. A mesma mulher relata, também, outro episódio onde foi levada por seu marido a um médico que fez nela um aborto sem a sua ciência e consentimento, um dos casos apresentados no livro de falta de anuência e autorização para procedimentos na saúde reprodutiva da mulher, além de um outro relato de inserção de DIU nessas circunstâncias (CERES, 1981).

O controle da sexualidade e da reprodução feminina são analisados em muitos estudos (PEDRO, 2003; SOIHET, 2015; DINIZ, 2015), incorporando questões sobre direitos reprodutivos, autonomia e os interesses políticos no controle de natalidade a partir da inserção de contraceptivos no contexto brasileiro e da prática da esterilização cirúrgica de mulheres no país, em geral, após a realização de cesarianas (SOIHET, 2015), entre as décadas de 1960-1980. Esses estudos abordam embates discursivos e políticos até que essa fosse uma pauta que respondesse a necessidade das mulheres sobre a autonomia reprodutiva de seus corpos, e não mais um controle do Estado sobre ele. Somente com o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, em 1984, a regulação da fertilidade passou a ser oficialmente entendida como um “direito fundamental da pessoa”, incluindo o direito da usuária às informações e aos meios para este fim (BRASIL, 1985: 13). O programa apontou como diretrizes gerais, nesse aspecto, que as atividades referentes ao planejamento familiar seriam desenvolvidas pelos serviços de assistência materno-infantil “desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los” (BRASIL, 1985:16).

Além do controle reprodutivo, as mudanças na condução do parto relativas à disponibilidade do tempo do médico, também foram relatadas nas entrevistas concedidas ao estudo do CERES, como, por exemplo, o caso de uma mulher de 42 anos que narra a espera pelo parto em cinco dias de internação, com bolsa rompida, dieta limitada, por ocasião do período entre o Natal e o Ano Novo, onde o hospital apresentava carência de profissionais (CERES, Espelho de Vênus, 1980). Em narrativa similar, no artigo do *Ladies' Home Journal*, um médico teria comunicado às enfermeiras de plantão que ele iria jantar e que deveriam “retardar as coisas”. A mulher foi levada para a sala de parto e “amarrada nas mãos e nos pés com as pernas amarradas juntas” (*Ladies' Home Journal*, 1959: 152). Além das ações, a linguagem dos médicos também é descrita como motivo de estranheza para as mulheres, o que dificulta a

compreensão sobre seu próprio processo, como o caso de uma mulher, de 55 anos, empregada doméstica, que relatou o medo que tinha da gravidez e do parto, e reclamou da linguagem utilizada pelos médicos, afirmando desconhecer, por exemplo, o significado da palavra *feto* (CERES, Espelho de Vênus, 1980).

As acomodações em enfermarias compartilhadas também são narradas como produtoras de desconforto e medo nas parturientes. O texto do CERES apresenta relatos que ilustram essa experiência, com mulheres que permaneciam sozinhas nas enfermarias, em trabalho de parto, sendo repreendidas quando expressavam dor e medo, não podendo, por exemplo, gritar. Essas narrativas expressam o medo potencializado pela ausência de conhecimento e pela vivência de um parto em enfermaria coletiva sem resguardo da privacidade e liberdade de manifestação das emoções. Sobre estes fatos, as autoras argumentam que, como consequência da submissão à ideologia patriarcal, “vê-se a mulher, frequentemente, imbuída de sentimentos profundos de medo, perplexidade, impotência e desamparo”, que são considerados pelas mesmas como “decorrentes de suas ‘limitações naturais’”, tornando difícil o seu questionamento, assumindo uma desvalorização cultural do feminino (CERES, Espelho de Vênus, 1980: 346-347). Sobre isso, as autoras acreditam que

A primeira forma de violência socialmente identificável é justamente aquela que se empenha em perpetuar a situação de ‘ignorância’ e ‘inferioridade’ da mulher como sendo um atributo natural, inerente e útil ao papel a ser desempenhado. [...] A desvalorização cultural da mulher torna-a duplamente vítima: por um lado, justifica a violência concreta, por outro, leva-a a incorporar esta violência enquanto parte de seu ‘destino’ de submissão”. (CERES, Espelho de Vênus, 1980: 346-347).

A publicação acrescenta, ainda, que a violência a que a mulher é submetida em sua trajetória de vida perpassa na relação médico-paciente, também, pelo “o desconhecimento de sua fisiologia”, que para as autoras, é acionado “para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida fisiológica: a contracepção, a gravidez, o parto, o aborto etc. (CERES, 1981: 349).

O controle técnico e científico, aliado a questões culturais de visão sobre o corpo feminino, permanece durante o século XX, com acréscimo nas bases científicas de determinados procedimentos, mas, com a permanência, em certa medida, do olhar

sexista sobre o corpo feminino. Soma-se a essa questão um estilo de medicina tecnocrático, baseado numa perspectiva de uma sociedade que valoriza o desenvolvimento industrial, que passou a influenciar diversos setores da atividade humana. De acordo com Rattner, no século XX, “no setor saúde, o componente técnico foi privilegiado em relação ao componente do cuidado e a racionalidade mecânica ou industrial, apenas em função da produtividade, foi aplicada ao entendimento dos muitos aspectos da atenção” (RATTNER, 2009: 596).

Assim, o cuidado se despersonalizou, a dinâmica médico-paciente se transformou em algo mecânico e, somado à opressão cultural dirigida às mulheres quanto aos seus corpos, criou dinâmicas de experiências violentas que, de acordo com as integrantes do coletivo CERES, estão relacionadas a dois níveis:

O da manipulação inescrupulosa e até sádica do corpo feminino, tratado ainda uma vez como objeto de uso e abuso, e o da omissão pura e simples acerca do sofrimento da paciente, omissão essa que acreditamos não ser apenas dirigida às pacientes femininas. Trata-se de fato da relação de poder que investe a prática médica, onde o paciente aliena seu corpo a um saber que dele se apropria. (CERES, Espelho de Vênus: 349-350).

O processo sócio-histórico de formação da identidade feminina contribui para essa naturalização do domínio de um controle externo, sociocultural, sobre o corpo, e para essa introjeção que a socióloga Saffioti definiu como a ideia de “destino de gênero” (SAFFIOTI, 2015). As militantes do grupo CERES ponderam que “enquanto a identidade do homem é vista como ‘uma’, a da mulher é apresentada ‘dividida’, ‘multiplicada’, por isso mesmo, indefinida. Ela é um pouco de tudo” (CERES, 1980: 353), e essa indefinição tangencia a ausência de identidade e de reconhecimento do próprio corpo, desejos, emoções, enfim, a própria subjetividade.

Porém, essa adequação que gera um incômodo que não consegue ser traduzido de forma clara em função dessa naturalização, não significa que as mulheres não reajam aos fatos. Há, também, nas explicitações e nas ações, uma expressão de descontentamento e desconforto “que denuncia a ideologia que naturaliza e torna irreversível a sua opressão” (CERES, Espelho de Vênus, 1980: 368). Exatamente por não ser natural, e sim construída social e historicamente, a opressão não é um dado impossível de se enfrentar, afirmam as autoras. Ao contrário, em função de sua historicidade “é que se coloca a questão da mudança, do resgate, enquanto processo

político”, produto das vivências e das práticas que abre o caminho de contestação dos valores que legitimam a opressão do sexo feminino, exercida em nome de uma ‘natureza’, de um ‘biológico’, de arquétipos a-históricos do inconsciente”, através da contestação que “transforma a relação entre os sexos” (CERES, Espelho de Vênus, 1980: 368-369).

Além da relação de poder inscrita nas práticas sexistas, a crítica à estrutura econômica também fica evidente nas referências e análises apontadas, tanto pelo grupo CERES, quanto no Livro-curso do *Boston Women Health Collective*. Na publicação estadunidense, Lucy Candib pontua a relação da medicina, inserida no contexto capitalista e seu impacto na vida das mulheres. A autora aponta aspectos do sistema de saúde do país criticando a ausência de poder de escolha nas prioridades médicas, ficando essas a cargo da indústria farmacêutica e de pesquisas acadêmicas, ressaltando a necessidade de haver uma redistribuição dos cuidados médicos baseados nas demandas das mulheres (*Boston Women Health Collective*, 1970). Nessa mesma publicação, Nancy Mann e Barbara Perkins aprofundam as questões sobre o sistema de saúde americano, reiterando a crítica a um sistema baseado no lucro e na manutenção da elite profissional, no qual as mulheres se deparavam com problemas no acesso aos cuidados em saúde com informações incorretas e inadequadas sobre seus próprios corpos, a ausência do controle de natalidade e as experiências de nascimento frequentemente terríveis e desumanas (*Boston Women Health Collective*, 1970). Tais aspectos também são percebidos e assinalados em fontes quanto aos cuidados médicos no Brasil.

Esses debates sistematizados no livro-curso *Women and their bodies*, exemplificam uma parte da história do movimento pela saúde das mulheres nos EUA. Londa Schibinger localiza o surgimento desse movimento entre 1960 e 1970, com a implementação de grupos locais como o *Boston Women's Health Book Collective*, e nacionais, como o *National Women's Health Network* e o *National Black Women's Health Project*, além da inserção da pauta de ativistas consumidores de tratamento e prevenção de câncer de mama que começaram a questionar a assistência destinadas às mulheres. Os integrantes desses grupos criticavam o controle masculino no cuidado à saúde, “encorajavam mulheres a se matricular em escolas médicas, desafiavam o sexismo em currículos médicos tradicionais e lutavam para licenciar parteiras e para melhorar o conhecimento das mulheres em relação a seus corpos” (FEE e KRIEGER, 1995, apud SCHIBINGER, 2001: 233).

A participação do movimento de mulheres na saúde, Brasil, e a sua inserção na produção científica, coincide com o cenário da chamada segunda onda do movimento feminista no país. A presença de mulheres nesses espaços não corresponde, necessariamente, a uma visão de igualdade de gênero nas ciências, mas já se apresentava como um avanço. No caso das que pertenciam a algum grupo feminista, ou que simpatizavam com seus argumentos, traziam uma visão diferenciada que muito colaborou para o questionamento de uma dada ciência tradicional que acompanhava, também, uma cultura patriarcal na visão sobre os corpos femininos. As questões relacionadas à desigualdade de gênero começam, então, a ser levadas em consideração.

Com a especificidade de o país estar sob uma ditadura, entre outras questões estruturais, o movimento feminista no Brasil teve um percurso diferente do europeu e do norte-americano. A temática do trabalho teve primazia, e os temas de pauta presentes em outros países, como as questões relacionadas ao corpo e à sexualidade, foram consideradas posteriormente (PEDRO, 2012). A organização das mulheres entorno dos chamados “grupos de consciência ou de reflexão”, configurados como metodologia de divulgação de ideias usadas em outros países pelos movimentos feministas, também ocorreu no Brasil. De acordo com a historiadora Joana Pedro, esses espaços tinham a proposta de construir uma rede através da implementação desses grupos em diversos lugares, aumentando a solidariedade, autoestima e o acesso a diversas informações e discussões que permeavam a realidade social das mulheres, uma forma de conscientização de questões coletivas a partir de exposição de questões pessoais (PEDRO, 2012).

Vários centros e coletivos foram, então, criados, a partir de 1975, com a intenção de discutir a condição da mulher e promover ações efetivas de atendimento a elas, divulgando, inclusive, algumas ideias em periódicos (PEDRO, 2012). Nesse mesmo ano, no Rio de Janeiro, criou-se o Centro da Mulher Brasileira (CMB), que em 1979, por questões de divergências na condução das prioridades, dividiu-se formando o Coletivo de Mulheres. Em 1981, o Coletivo de Mulheres sofreu uma ruptura que deu origem a uma organização voltada especificamente para a questão da violência contra a mulher - SOS Mulher (SOIHET, 2015).

O lançamento do SOS ocorreu na década de 1980, em São Paulo, a partir de uma manifestação organizada no Teatro Municipal de cidade, pelo movimento de mulheres, contra o alto número de assassinato de mulheres (DINIZ, 2006). Tratava-se de uma

entidade autônoma com o objetivo de atender a mulher vítima de violência, através do serviço de psicólogas e advogadas voluntárias, e do debate e conscientização sobre o problema da discriminação contra a mulher que, para o grupo, possuía um caráter simbólico (DINIZ, 2006). Diversas ONGS de inspiração feministas atuavam, não apenas, no desenvolvimento de modelos assistenciais, “mas também na criação de redes de referência, de articulação política internacionais e com organizações governamentais, e em campanhas de prevenção à violência”. Alguns desses projetos foram “potencializados através de parcerias com a academia e com serviços, ampliando seu alcance e sustentabilidade, como é o caso de CEPIA, no Rio de Janeiro, do SOS Corpo em Recife e do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo” (DINIZ, 2006: 21).

Nesses grupos circulavam publicações que pautavam diversas questões sobre as mulheres. As ‘cartilhas’ da Fundação Carlos Chagas⁶⁴, por exemplo, segundo relato de Simone Diniz, eram utilizadas na formação no SOS-corpo, em Recife, grupo do qual a médica participava. Essa fundação publicou, na década de 1980, um jornal chamado *O mulherio*⁶⁵, jornal feminista que divulgava temáticas como maternidade, creches, aborto e assistência e parto. No seu segundo número, em agosto de 1981, apresenta uma nota intitulada “A violência começa no parto, para as mães e para as filhas”, na qual afirma ser o nascimento “frequentemente acompanhado de violência”, além de citar o alto número de cesáreas no setor privado como um problema. Havia, nesse volume, uma divulgação de livros feministas, entre os quais, o livro do CERES, o que exemplifica a circulação das discussões sobre a assistência e a articulação dos movimentos de mulheres, e que possibilita perceber a incidência da temática da violência em diversos meios de divulgação do pensamento feminista e de grupos de mulheres por todo o país, em um perfil específico que, em geral, era de classe média.

Entre esses grupos, algumas das temáticas relacionadas à mulher geravam divergências internas nos próprios coletivos femininos. Além disso, nos grupos políticos

64 Instituição de direito privado e sem fins lucrativos, atua em duas grandes áreas: Avaliação/Concursos/Processo Seletivo e Pesquisa e Educação. Atuante no Brasil há mais de 50 anos, “o investimento em educação e pesquisa sempre foi uma das forças motrizes da FCC”, dedicando-se a “programas de investigação sobre temas direta ou indiretamente relacionados à educação, envolvendo avaliação, seleção de pessoas, políticas públicas, formação e trabalho docente, direitos sociais, relações étnicas, de gênero e raciais”. Disponível em: <https://www.fcc.org.br/fcc/institucional> Acesso em 16 de março de 2021.

65 Disponível em: <https://www.fcc.org.br/conteudos especiais/mulherio/historia.html>. Acesso em fevereiro de 2021.

de esquerda, onde algumas mulheres estavam inseridas, havia questionamento quanto à importância da organização em torno de pautas específicas como as questões de gênero. No entanto, apesar das ressalvas e embates, a inserção das feministas nas alas políticas à esquerda acabou gerando a incorporação da pauta das questões sociais no feminismo e a questão feminista nos partidos de esquerda (PEDRO, 2012). Segundo Rachel Soihet (2015), com base na entrevista concedida a ela por Leila Linhares, o impacto da militância de esquerda se fazia presente sobre o perfil das mulheres da pesquisa do CERES, sobre as quais Leila Linhares afirma que: “todas nós tínhamos uma bagagem de esquerda onde nós não queríamos simplesmente ouvir as mulheres de classe média, intelectual etc., mas queríamos também ver o que, na vivência do ser mulher de diferentes classes sociais, a gente poderia encontrar como pontos comuns” (SOIHET, 2015. In: PARENTE, T.G; MIRANDA, C.M., 2015:284). Essa preocupação estava presente no perfil e nas narrativas apresentadas pelas mulheres que compuseram a análise da publicação *Espelho de Vênus*, e reforça o impacto da militância política de esquerda na incorporação de pautas que levavam em consideração as diferentes classes sociais.

No que diz respeito à atuação específica desses grupos na área da saúde, segundo definição do Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade, os objetivos dos movimentos de mulheres pela saúde “foram e seguem sendo o de recuperar o conhecimento das mulheres, denunciar a expropriação e o controle do corpo feminino e alcançar uma participação ativa na formulação e implementação das políticas de saúde” (CFSS, s.d: 2). A história desses coletivos de saúde da mulher se inicia, também, a partir do final dos anos 1960 e início de 1970. Ainda na década de 1960, segundo Diniz, surgem grupos caracterizados como de autoajuda entre mulheres nos países desenvolvidos que traduziam “textos médicos para uma linguagem acessível, desenvolvendo a crítica aos saberes e às práticas de saúde, criando grupos de informação e serviços alternativos de atenção à saúde” (DINIZ, 2001: 51)

Em 1978, como fruto do movimento internacional de saúde, foi fundada a Rede de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos e, na América Latina, criou-se, em 1984, a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americana e do Caribe (DINIZ, 2001). Essas redes promovem encontros e campanhas que disseminam as discussões em torno da saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, estabelecendo uma rede de conhecimento e organização política conduzida pelos movimentos sociais de mulheres.

No Brasil, também no ano de 1984, foi realizado o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, no qual estiveram presentes mais de setenta grupos de mulheres de todo país, que produziram a Carta de Itapecerica, que se constitui como primeiro documento público que contém as reivindicações das mulheres para a saúde (CFSS; BRITTO, 2014). Esse documento, produzido por mulheres que trabalhavam na área da saúde de 19 estados, apresentou como denúncia a situação definida como “crise sociopolítica, econômica e de saúde no Brasil”, com propostas e encaminhamentos para a sua superação, especificamente na área de saúde da mulher. A carta apresenta uma investigação ampla, na qual considera as condições socioeconômica e o impacto na saúde frente a uma economia dependente e à situação precária da maioria da população. Demarca, também, a crise no sistema da saúde brasileiro que, além do problema do fechamento de hospitais-escolas e a diminuição do número de leitos, apresentava sua base no privilégio da privatização do sistema médico e na excessiva medicalização, afirmando, ainda, que este sistema não considera o caráter preventivo-educativo (CARTA DE ITAPECERICA, 1984⁶⁶).

Sobre a assistência à saúde da mulher, a referida carta denuncia que

Nos postos de saúde o atendimento ginecológico não é considerado prioritário; as mulheres mais carentes não têm informações sobre o corpo, sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além do difícil acesso a ele; apenas 2% das mulheres são cobertas pelo exame preventivo do câncer do colo de útero e em índice menor ainda ao de mamas; as maternidades são super lotadas e não tem condições de atender às demandas: as doenças adquiridas pelas péssimas condições de trabalho e pelos acidentes daí decorrentes não merecem qualquer atenção (CARTA DE ITAPECERICA, 1984).

O documento inclui, ainda, críticas à política de controle de natalidade, seopondo ao argumento desenvolvido por essa política de que o problema da miséria era uma questão demográfica, defendendo que se tratava de uma questão relacionada à concentração de renda. A questão da definição do papel social da mulher apenas como reprodutora também foi denunciada, ressaltando a não existência de programas específicos para os períodos da adolescência, menopausa e velhice, e que, mesmo na área da reprodução, não recebiam a devida assistência que refletia “o caráter

66 Carta de Itapecerica. Anexo na íntegra In: Britto, Marcelo Andréas Faria. A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil – 1984. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Brasília, 2014.

tecnocrático, desumanizante e machista do nosso sistema sociopolítico, econômico de saúde” (CARTA DE ITAPECERICA, 1984). Como resumo das propostas apresentadas, os signatários da carta propunham um controle popular e democrático na implantação do PAISM, além da realização de pesquisas sobre anticoncepcionais, entre outras reivindicações. Neste ponto, exigiam

Um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice concretizados na sua especificidade sexual [...] integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa” (CARTA DE ITAPECERICA, 1984).

Essa carta orientou as ações do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM/1983) a partir da articulação entre grupos de feministas, Ministério da Saúde e universidades, com grande influência dos movimentos sanitaristas, principalmente do pensamento sobre integralidade do sujeito na assistência à saúde (PITANGUY, 1999). Esse princípio foi incorporado à estrutura do Sistema Único de Saúde brasileiro, institucionalizado com a Constituição de 1988. Na essência do PAISM, a mulher deveria ser pensada em sua totalidade como sujeito, e não apenas em seu potencial reprodutivo. O programa foi citado por pesquisadoras como Diniz (2021), Ratnner (2020) e Maysa (2020) que o ressaltaram como marco essencial na luta pela saúde integral da mulher e por pautar questões importantes da sua saúde reprodutiva.

Inserido no contexto de formulações para a implementação da assistência primária à saúde da população, no que diz respeito à gravidez e ao parto, o documento do programa destaca como problema o cenário apresentado à época, com a baixa cobertura do pré-natal associado à baixa qualidade no atendimento. A “perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto” também foi referenciada como questão a ser resolvida, juntamente aos “excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas” que “refletem a inadequação da assistência prestada” e que apresentam implicações em múltiplas áreas, como por exemplo, no futuro obstétrico da mãe, na saúde da mulher no puerpério e na amamentação (AISM: bases de ação programática, 1985: 11). Como proposta de enfrentamento à questão, sugere, como uma das suas diretrizes gerais, “melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais) e

diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias” (AISM: bases de ação programática, 1985: 17).

A articulação feminista que pautou as demandas de mulheres de diversas camadas sociais e contribuiu para a implantação de um programa de assistência à saúde da mulher no contexto da abertura política, além de organizar diversas redes, como a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (1991)⁶⁷ – Rede Feminista de Saúde, filiada à Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe – RSMLAC e à Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos, dá a dimensão do grau de organização e potência das mulheres reunidas entorno da questão da saúde.

Entre esses movimentos organizados destaca-se o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS, s/d)⁶⁸, que contribui com publicações e atua de forma relevante em questões importantes em relação a assistência ao parto desde o seu surgimento, em 1981, em São Paulo. O CFSS tinha como proposta inicial “o resgate da saúde como uma questão de direito das mulheres” e a “compreensão de que questões pessoais são questões políticas” (CFSS, s/d)⁶⁹. A atuação do coletivo ocorria através de curso de sensibilização dirigido a pessoas que atuavam como multiplicadores, com informações sobre corpo, saúde, maternidade, contracepção para promover a reflexão do público-alvo sobre esses temas, com incentivo à organização coletiva e à participação da vida na comunidade e demais espaços públicos (CFSS, s/d). De acordo com Diniz (2021), o público-alvo se constituía de usuárias e, também, de profissionais contratados pela Secretaria Municipal, por exemplo. Já na ocasião dos cursos, realizados em parceria com a faculdade, o perfil era mais amplo e multiprofissional, incluindo

67 Configura-se como uma “articulação política nacional do movimento de mulheres, feminista e antirracismo, fundada em 1991. Tem abrangência nacional, estando composta atualmente por 8 Regionais organizadas no Pará, Paraná, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina” [...] composta por organizações não-governamentais, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisa, grupos feministas, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, e ativistas do movimento de mulheres e feministas, além de profissionais da saúde e outras que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Disponível em: <https://redesaude.org.br/institucional/> Acesso em 16 de março de 2021.

68 Artigo disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/historia-do-coletivo.pdf> Acesso em 16 de março de 2021.

69 O coletivo possui um ambulatório de saúde da mulher, um espaço onde as teorias e reflexões são aplicadas e o ideal de implementação de um “novo paradigma de atendimento”, baseado em amplas discussões sobre saúde, direitos sexuais e reprodutivos, discutido com profissionais da saúde, mulheres do movimento de base, universitárias, intelectuais etc. Reafirmam, ainda, que o modelo desenvolvido no ambulatório do coletivo possa ser replicado nos mais amplos e diversos lugares possíveis, defendendo que “este modelo prova que é possível romper com a relação hierarquizada, com a forma biologicista e individualista de enxergar a mulher dentro da consulta ginecológica”.

alunos de graduação, pós-graduação, pessoas de diversos serviços, profissionais interessados em geral, usuárias, movimentos de mulheres, entre outros (DINIZ, 2021).

Como desdobramento desses cursos, o CFSS publicou livros e elaborou materiais educativos, como as cartilhas intituladas *O que nós como profissionais da saúde podemos fazer para promover os Direitos Humanos no Parto e Direitos das mulheres no parto*⁷⁰ e *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a Saúde das Mulheres em Situação de Violência Doméstica*⁷¹, ambas direcionadas aos profissionais de saúde, publicadas em 2002. No que diz respeito ao parto, Diniz afirma que o “coletivo era uma instituição de ação direta, então a parte de assistência era uma coisa de desformatar a assistência que havia” (Diniz, 2021:2). Nessas instâncias, havia discussões sobre as relações de poder na assistência e a

Construção de alternativas para fugir desse tipo de abuso, apoiar parto domiciliar, grupos de grávidas, participação dos parceiros, o surgimento de Plano de Parto, parto com parteira, essas coisas assim; [...] alternativas concretas que as pessoas pudessem escapar daquele destino inexorável que se colocava para a classe média, não é, de fazer uma cesárea eletiva (DINIZ, 2021: 2)

O CFSS estabeleceu algumas parcerias importantes, além de fornecer consultorias para diversas prefeituras. A parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da USP, entorno da capacitação de profissionais para o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica gerou as publicações sobre enfrentamento à violência doméstica e sobre direitos humanos no parto. O coletivo define que o seu objetivo é o atendimento às mulheres de forma que elas possam experimentar uma relação diferente daquela que encontram nos serviços públicos e privados de saúde, baseada na hierarquização, e que essas mulheres atendidas se sintam contempladas em suas demandas. O coletivo “propõe uma intervenção positiva e propositiva nas políticas públicas de saúde, direitos reprodutivos e sexuais da mulher”, além de “criar novos conceitos e fomentar novas tecnologias” (CFSS, s/d).

A mobilização social na forma de organização coletiva de mulheres, no âmbito nacional e internacional, apresenta-se como uma resposta a forma como essas estavam

70 Disponível em <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/direitos-humanos-parto-gravidez.pdf>, acesso em 09 de dezembro de 2021.

71 Disponível em <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/profissionais-saude-violencia.pdf>, acesso em 09 de dezembro de 2021.

sendo tratadas nos serviços de saúde. Tal iniciativa, referenciada, a princípio, nas questões do trato pessoal, e que passou a questionar o uso de determinadas práticas e tecnologias médicas na assistência à gravidez e ao parto, demandou a definição de uma agenda de pesquisa que se dedicasse a revisar tais práticas.

Mudanças na assistência obstétrica: novos ideários de parto, medicina baseada em evidência e a humanização

O questionamento da assistência obstétrica, no Brasil, que se inseriu no processo mais amplo que ocorria no mesmo sentido a nível internacional, incorporou ideais de assistência à gestação e ao parto que se apresentavam como alternativas à prática tecnocrática vigente. Desde a década de 1950, esses ideários questionavam a forma e o conteúdo da assistência oferecida e as concepções socioculturais sobre o nascimento e o corpo feminino, que influenciam na forma como o evento é tratado.

A construção de uma legitimidade científica para a revisão de algumas práticas da assistência ao parto foi marcada pelos “movimentos de revisão do parto” (SALEM, 2007), chegando ao Brasil com mais consistência a partir do final dos anos 1970 onde diferentes ideários de parto, como o parto sem dor e o parto sem violência, começaram a circular, principalmente entre as camadas médias do país. A antropóloga Tania Salem apresenta alguns ideários de reformulação da assistência ao parto que ecoaram em muitos movimentos de mulheres e influenciaram na formação de muitos profissionais. O ideário do Parto sem dor (PSD), desenvolvido, na década de 1930, por Dick-Read, amplamente divulgado a partir da década de 1950, e o método psicoprofilático de Lamaze, desenvolvido na França a partir da incorporação da experiência da URSS, são exemplos desses modelos diferenciados de assistência ao parto. Esse último propõe uma releitura da dor do parto a partir de uma reeducação da mulher em uma perspectiva científica que a prepararia para o evento (SALEM, 2007). O apelo ao conhecimento científico por parte da mulher começa a ser desenvolvido nesse momento.

A questão da dor, em sua perspectiva fisiológica, começou a ser repensada no sentido de promover uma outra relação com ela, a partir de atitudes prescritivas que ajudariam a mulher a ressignificá-la. As práticas assistenciais prestadas pelos profissionais não eram, em si, uma preocupação nesse momento. A questão da violência, nesses novos ideários, começa a aparecer através da ideia do nascimento sem violência de Leboyer, na qual o questionamento de práticas consideradas violentas se

dava em relação ao bebê, e não à mulher. Ações como segurar o bebê pelos pés e dar palmadas, separação mãe-bebê, assim como luz forte e barulho passam a ser compreendidas como práticas violentas. Para o autor, a atenção específica à criança era justificada, posto que o sofrimento da mulher em relação a dor já havia sido resolvido, segundo sua visão, com as técnicas do parto sem dor. Em sua obra, Leboyer critica o processo de ‘tecnologização’ e ‘desafetização’, além de apontar a ‘perda do gosto pela simplicidade’ como algo negativo na assistência ao nascimento e ao parto (SALEM, 2007: 61).

Em 1974, o artigo *Esta criança nasceu sem violência*, publicado na *Revista Cláudia*, periódico de grande circulação nos consultórios da classe média, descreve um parto realizado pelo Dr. Cláudio Basbaun com base no método Leboyer, e apresenta um trecho do livro *Nascer Sorrindo*, do médico francês Frederik Leboyer, afirmando que:

Talvez tenhamos perdido o gosto pela simplicidade. Sim, é preciso tão pouco! Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos da tecnologia - brinquedos de crianças crescidas, tão furiosamente na moda. Nada disso. Apenas paciência e modéstia. Silêncio. Uma atenção leve mas sem falhas. Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo. (Revista Cláudia, 1978: 72)



Figura 2: Reprodução de artigo da Revista Cláudia, 1974
Fonte: Biblioteca Nacional

Percebe-se o início de uma determinada crítica ao uso excessivo de tecnologia no nascimento, especificamente em relação ao que esse uso pode acarretar de violência ao nascituro.

A mulher, em relação à escolha e à participação no parto, é a personagem principal do método psicosssexual, idealizado pela antropóloga Sheila Kitizinger, no final da década de 1970, o qual reflete as mudanças características do final dessa época e início dos anos 1980, acionadas pelos debates nos movimentos de mulheres e feministas. Entendendo o parto como “expressão da personalidade individual” (KITIZINGER, 1978a.: 313, apud SALEM, 2007: 66). Kitizinger reforça o direito de escolha e a importância da participação da mulher, afastando-se da postura passiva, comum apelo ao poder de “autodireção, de escolha e de decisão voluntária” (KITIZINGER, 1978a: 25, apud SALEM, 2007: 67.). Contrária à ideia de treinamento para o parto, Kitizinger afirma a importância da diminuição da intervenção de especialistas no evento, com o objetivo de minimizar a influência de fatores externos que possam afetar o comportamento da mãe no processo (KITIZINGER, 1978: 86).

A visão de Kitizinger integra o que Salem denominou de visão pós-parto sem dor, nos movimentos de revisão do parto, juntamente com Leboyer e o obstetra Michel Odent, que também elabora reflexões sobre o tema a partir da década de 1970, e apresenta uma perspectiva de acirramento contra a medicalização. Nessa visão, o papel do médico é também o de interferir o mínimo possível, desde a gravidez, como a diminuição do número de ultrassonografias, por exemplo, defendendo a subordinação da “lógica e da razão” ao “emocional e instintivo” (ODENT, 1976:76, apud SALEM, 2007: 62), afastando-se da ideia prescritiva enunciada por Leboyer. A assistência de médicos e parteiras seria antes uma presença afetiva, de ‘apoio psicológico’, do que técnico, não negando, contudo, a importância da intervenção, quando essa fosse necessária. (SALEM, 2007: 63).

De acordo com Salem, a perspectiva dos modelos pós-PSD é mais crítica a muitos aspectos da medicalização e da psicologização do processo (SALEM, 2007: 71). Porém, longe de expressarem uma espécie de ‘desmedicalização’, a autora destaca, citando Lo Bianco (1983), que esses modelos representam uma “medicalização de segundo grau”. Essa medicalização se expressa pela “exigência de uma familiaridade dos casais com os conhecimentos técnicos em nome do exercício de sua autodeterminação” que acaba resultando em um “maior envolvimento com o paradigma médico”, reforçando o papel do mesmo como “conformador das experiências da

gravidez e do parto” (SALEM, 2007: 74), configurando-se, na verdade, como uma outra face da medicalização.

Além da questão da dor e da assistência, a questão da autonomia e maior participação da mulher no seu próprio parto passou, também, pelas discussões sobre a melhor posição para a realização do procedimento. No Brasil, nas décadas de 1960 e 1970, o médico ginecologista Moisés Parcionik, tornou-se partidário do parto de cócoras a partir da experiência de observação em tribo indígena onde as mulheres que tinham tido filhos nessa posição e tinham o canal vaginal preservado, o contrário daquelas que tinham sido atendidas por enfermeiras da Funai, com o atendimento padrão em posição litotômica e episiotomia (PARCIONIK, 1997). O médico e o seu filho, Cláudio Parcionik começaram a escrever sobre a experiência do parto indígena e o filho começou a implementar o parto de cócoras em Curitiba, na clínica fundada pelo pai. De acordo com o Moisés, em entrevista concedida à rádio CBN de Curitiba, em 1997, “a reação foi muito negativa. Houve revolta, houve críticas amargas [...] ‘é ridículo, onde já se viu uma mulher civilizada ficar de cócoras? Isso é parto para índia do mato, para bugre’” (PARCIONIK, 1997).

A acusação de que o método era mentira, “charlatanismo”, e a reação da própria comunidade médica em congressos e em alguns livros de medicina de forma crítica foram relatadas por Parcionik, o qual afirma que “nos livros mais usados do país, como o do Resende, que é um grande professor, é meu amigo, é um homem muito interessante, de grande valor, sem pensar, começaram a falar mal”, chamando de modismo o parto de cócoras, alegando nessa crítica que esse tipo de assistência “procrastina o atendimento a criança” (PARCIONIK, 1997). Tal acusação foi refutada pelo médico com a apresentação das vantagens e a segurança da posição para a mulher e para o bebê, o que conferia a essa posição, segundo ele, o título de mais indicada fisiologicamente para o nascimento.

O questionamento ao método chegou a ser tema de artigo na revista *Cláudia* que trazia a opção de alguns obstetras por, literalmente, um caminho do meio. “Nem de cócoras, nem deitada, a solução pode estar no parto inclinada”, assim era anunciada a proposta já no título do artigo, publicado em 1982. No artigo um obstetra afirma que “a mulher ocidental não é uma índia [...]; “não somos contra a volta de terapias mais naturais, o que não podemos é abdicar do avanço da ciência. É necessário encontrar um ponto de equilíbrio entre essas duas tendências” (Obstetra Simão Coslovsky), e o equilíbrio, no caso, “expressa literalmente a posição intermediária: um parto em que o

corpo da mulher fique inclinado, formando com o chão um ângulo aproximado de 45°". De acordo com o médico, “nessa posição desfrutamos das vantagens do parto tradicional e do de cócoras - sem sofrermos os riscos que cada um impõe” (Revista *Claudia*, junho de 1982: 299).



Figura 3: Reprodução de artigo da Revista Cláudia 1982. Fonte: Biblioteca Nacional/RJ

É possível notar o argumento da assistência que controla a posição do corpo de quem pari como “avanços da ciência”, e a tentativa de estabelecer até mesmo o grau de inclinação exato do corpo, como uma forma de não perder completamente o controle sobre o processo, além de prevenir eventuais riscos atribuídos ao corpo da mulher que não é indígena.

A desconfiança inicial, referente a posição de cócoras, mudou significativamente com o questionamento internacional sobre a posição do parto, formulado com a apresentação de debates em congressos, o que favoreceu a maior aceitação na implementação da prática. O modo de vida do indígena, de acordo com o obstetra, favorecia uma melhor preparação física para o parto, o que fez com que o médico escrevesse um livro sobre o tema, propondo uma “ginástica indígena” e hábitos de vida para a população em geral. No que diz respeito à gestante, podemos afirmar que essa indicação se enquadra na ideia prescritiva de preparação para o parto. No entanto, a posição litotômica ainda é a mais utilizada para os nascimentos vaginais assistidos em hospitais, e a posição de cócoras é admitida apenas em serviços que incentivam a liberdade de escolha da posição pela parturiente, ou no parto domiciliar.

A influência dos métodos relatados acima, tanto os incluídos no parto sem dor, quanto no pós-parto sem dor, e a experiência brasileira de Parcionik, foram amplamente veiculadas através do discurso do movimento de humanização do parto em relação às práticas consideradas mais adequadas à assistência. Assim, questões como liberdade de posição no parto, parcimônia no uso de determinadas técnicas e tecnologias, além da abolição do uso de outras, são pautadas em artigos científicos, seminários e manuais sobre assistência ao parto e gravidez, no Brasil.

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre a assistência obstétrica no Lancet como resultado dos debates de uma conferência interdisciplinar sobre tecnologia apropriadas para o parto (*Appropriate Technology for Birth*), ocorrida no mesmo ano, em Fortaleza (CE, Brasil), patrocinada pela OMS e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Os conferencistas aprovaram uma lista de recomendações, entre as quais “o direito da mulher de exercer controle sobre as condições de trabalho de parto e o parto; a importância da comunicação entre as mulheres, suas famílias e o pessoal de saúde; e a necessidade de fazer uso criterioso de tecnologias”

(WHO, 1985). Conforme destaca Diniz (2000), o movimento de análise crítica à assistência baseada na utilização acrítica de intervenções, inicia sua sistematização no contexto do Ano Internacional da Criança (1979), ocasião na qual um comitê é criado, na Europa, para investigar “os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e mortalidade peri-natal e materna”, a partir do qual outros grupos passam a se organizar para estudar a assistência ao parto, gravidez e pós-parto, “iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela Organização Mundial de Saúde” (DINIZ, 2000: 2).

A OMS continuou a construir recomendações como, por exemplo, aquelas intituladas como Tecnologia Apropriada após o Nascimento (*Recommendations for Appropriate Technology Following Birth- Carta de Trieste- 1986, 1996*), Assistência ao parto normal: um guia prático (*Care in Normal Birth: A Practice Guide, 1996*), Dia Mundial de Saúde: maternidade segura (*World Health Day: Safe Motherhood - 1998*) e a Declaração da OMS sobre a taxa de cesáreas (2015). A trajetória da legitimação a partir de evidências mais sistematizadas e transformadas em recomendações e protocolos, se fortaleceu com a organização da chamada Medicina Baseada Evidência (MBE).

Originada no movimento de epidemiologia clínica anglo-saxônica, nos anos 1990, a MBE é definida, de forma geral como o “processo de sistematicamente

descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas” (*Evidence Based Medicine Working Group*, 1992, apud CASTIEL e POVOA, 2002: 117). De acordo com Álvaro Nagib Atallah, a MBE objetiva “nortear as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde” a partir das “melhores evidências científicas da literatura médica, a experiência do médico e a concordância do paciente” (ATALLAH, 2008: 325). Essas evidências são construídas através de diferentes níveis de estudos que apresentam uma determinada ordem de confiabilidade, tendo como resultado, segundo o autor, a redução da “incerteza na prática médica” (ATALLAH, 2008: 325).

Como principal representante da MBE, a Colaboração Cochrane (*Cochrane Collaboration*) atua em cooperação com instituições em vários países, como o centro Cochrane Brasil, e constitui-se como uma comunidade global destinada a “pessoas interessadas em usar informações de alta qualidade para tomar decisões em saúde” (Cochrane, 2020, site oficial)⁷². A colaboração, que atua há 25 anos, destaca em seu site institucional a não vinculação a financiamento comercial ou a conflito de interesses, e diz ser construída através do trabalho de “voluntários” e “apoiadores”, que se enquadram em perfis diversos como os de pesquisadores, pacientes, profissionais de saúde, (Cochrane, 2020, site oficial).

A inserção do paciente e de seu cuidador nas ações da Cochrane exemplifica um novo tipo de relação entre o profissional da área de saúde, o paciente e a ciência. Essa relação exemplifica o perfil de paciente que emergiu nesse mesmo contexto, delimitado em alguns estudos como paciente informado⁷³, e que teve um papel decisivo na trajetória crítica e de atuação política sob a perspectiva do usuário.

Em relação à assistência obstétrica, a MBE foi incorporada como um argumento de legitimidade científica no processo de questionamento de diversas práticas. Diniz e colaboradores (2016), inclusive, ressaltam o fato de que a medicina baseada em evidência começou na área de saúde perinatal⁷⁴, caracterizando-a como “um movimento de profissionais de saúde aliados a movimento de mulheres preocupado em dar

72 Disponível em: <https://www.cochrane.org/pt/about-us> Acesso em 12 de março de 2020.

73 Paciente informado: trata-se de “uma pessoa que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo no processo de decisão que envolve sua saúde e a gestão de suas condições de vida” (DONALDSON, 2003, apud PEREIRA NETO. *et al.*, 2015).

74 Esse grupo realizou uma revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos sobre o tema, publicados desde a década de 1950, relacionados a 275 práticas de assistência perinatal, em um trabalho que durou 10 anos incluindo diversos pesquisadores, e foi publicado em 1993 na versão completa e em 1995 na versão condensada, sob o título *A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, sendo encarado como “a bíblia dos defensores da medicina perinatal baseada em evidência” (DINIZ, 2001: 3).

visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais” (DINIZ *et al.*, 2016: 253). Entre essas rotinas, citam a imobilização física, privação de água e alimentos, proibição da presença de familiares etc., com destaque para “intervenções agressivas praticadas rotineiramente”, como uso de fórceps, episiotomia e aceleração do parto (DINIZ *et al.*, 2016: 254).

Segundo Diniz (2021), a MBE teria surgido a partir das reflexões de um grupo de epidemiologia perinatal de Oxford, que construiu a metodologia de estudo que se conhece como baseada em evidência científica. De acordo com a pesquisadora, esse grupo de epidemiologia perinatal de Oxford

[...] foi um movimento muito bem-sucedido porque elas pautaram o que queriam, criaram evidências para dizer: olha, a assistência tem que mudar, tem que ter acompanhante, tem que ter liberdade de posição, não é para sair cortando as mulheres [...] transformaram a pauta de direitos numa agenda de pesquisa. (DINIZ, 2021: 7)

Diniz ressalta, desta forma, o aspecto estratégico do movimento de mulheres ao transformarem reivindicações alusivas aos direitos em agenda de pesquisa clínica. Esse fato é importante para perceber como o movimento vai se estruturar e se aproximar cada vez mais do que Castiel definiu como uma “racionalidade médica ocidental já existente, por meio da sofisticação e refinamentos de objetos e técnicas segundo os cânones dos empreendimentos científicos” (CASTIEL, 2002: 119). Esse esforço em direção à legitimidade científica é depreendido em um contexto no qual a luta por respeito aos direitos, à atenção digna e à autonomia eram considerados, muitas vezes, como “perfumaria”, sem implicações clínicas (DINIZ, 2021), o que os estudos científicos qualitativos e controlados demonstraram ser o contrário.

O discurso da MBE também era utilizado, segundo Diniz, como uma forma mais diplomática para o enfrentamento às questões compreendidas como violência na assistência ao parto, assim como a noção de humanização (DINIZ, 2005), favorecendo “o diálogo entre os movimentos pela mudança, os profissionais de saúde e os fazedores de política” (DINIZ, 2021: 5). A pesquisadora também chama a atenção para a dificuldade na mudança de práticas mesmo com evidências sólidas, devido ao confronto com as práticas tradicionais de assistência e a resistência em admitir que tais práticas provocam danos. Citando como exemplos o caso do uso da Talidomida⁷⁵ e do raio X na

75 Medicamento de uso controlado, proibido para mulheres grávidas e sob rígido controle para mulheres em idade fértil devido a sua associação com defeitos congênitos. Antes era utilizado como antiemético (alívio de náuseas-enjoo, e êmese-vômito). Os problemas começaram a ser relatados em 1959, com o

gravidez, Diniz ressalta o longo tempo decorrido para que essas práticas fossem retiradas da assistência, mesmo após a comprovação de seus efeitos danosos. Esse tempo entre a comprovação científica e a mudança das práticas, segundo Diniz, ocorre devido ao fato

Os médicos se sentem muito desmoralizados quando são pegos no erro. Cesárea é uma coisa assim; episio também é. Faz 30 anos que o cara corta a vagina da mulher, chega um povo dizendo que não é mais para fazer isso. Desculpa aí, foi um engano. [...] Quantas vezes? Quantas episios feitas inutilmente? Provocando todo tipo de miséria para as mulheres [...]. Então, para os profissionais é uma ferida narcísica muito grande, terrível para eles. [...] Eles se sentem muito ofendidos, muito ofendidos (DINIZ, 2021: 15).

Essa resistência é encontrada também em relação à humanização, cujo movimento cresceu a partir da década de 1990, composto por mulheres, profissionais da saúde e de diversas outras áreas que passaram a pautar a necessidade de mudanças e construções de políticas públicas. Apesar de ser mencionado como um termo mais diplomático do que violência, a terminologia *humanização* também sofreu resistência, pois alguns médicos rejeitam-no por acreditarem ser este ofensivo, já que indicaria que as práticas então oferecidas eram ‘desumanas’. Além disso, observa-se resistência às mudanças que estavam inseridas nos diferentes sentidos que o termo assumia, com a demanda de alteração de determinadas práticas já tradicionalmente estabelecidas.

Nesse contexto, a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento se destaca pela sua importância no cenário nacional, na promoção do ideário de humanização, e na construção de políticas públicas. Na sua carta de fundação, publicada em 1993, a ReHuNa afirma o compromisso de grupos e instituições de saúde que atuavam com gestação, parto e nascimento, com iniciativa autônoma. Menciona, também, as circunstâncias de “violência e constrangimento” em que ocorria à assistência à saúde reprodutiva “e especificamente as condições no momento do nascimento”, expondo questões como as altas taxas de cesárea e a falta de informação das mulheres sobre os riscos. Além disso, destaca a “violência da imposição de rotinas

primeiro alarme publicado por um médico na revista *Lancet*, em 1961. Disponível no Brasil desde 1958, a talidomida foi retirada de circulação em 1964, e reintroduzida para uso nos casos de hanseníase em 1971. Em 1974, o Ministério da Saúde inseriu a contra-indicação da talidomida por seus efeitos teratogênicos na gravidez. Em 1987, sai a recomendação do MS de não utilização em mulheres em idade fértil, por diminuir os efeitos de outros contraceptivos. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/talidomida_orientacao_para_uso_controlado.pdf Acesso em 26 de abril de 2021.

no parto vaginal”, criticando a incorporação acrítica da tecnologia diagnóstica e terapêutica. A rede afirma possuir o objetivo de “aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento”, principalmente, com a incorporação da MBE. Entre as estratégias destacadas para o alcance de tal objetivo, a Rede indica a divulgação e adesão às recomendações da OMS sobre a temática (ReHuNa, Carta de Fundação, 1993).

Além de um espaço de mobilização política, a Rede apresenta importante participação nos debates sobre políticas públicas⁷⁶ e nas iniciativas de apoio ao movimento. Como uma organização da sociedade civil, apresenta, também, entre seus objetivos “a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas”, o apoio, a promoção e a reivindicação da “prática do atendimento humanizado ao parto/ nascimento em todas as suas etapas, a partir do protagonismo da mulher, da unidade Mãe/Bebê e da medicina baseada em evidências científicas”⁷⁷, considerando o parto como um evento natural e fisiológico. A ReHuNa insere sua participação, ainda, no debate internacional e no desenvolvimento da humanização em saúde nos estados brasileiros, com organizações presentes em vários locais do país, promovendo encontros diversos sobre a saúde sexual e reprodutiva, saúde neonatal, direitos reprodutivos, entre outros temas.

No âmbito das políticas públicas, a ReHuNa também colabora na implementação e na consultoria em diversas áreas, na elaboração de documentos técnicos e na disponibilização de campos de estágio profissional. A Maternidade Leila Diniz, primeira instituição construída como fruto de uma política pública efetiva de humanização, e o início da implementação da atividade de doulas no SUS, configuram-se como exemplos do apoio da Rede na elaboração e efetivação de ações governamentais. Destaca-se, também, sua participação na resolução do direito ao acompanhante, em 1998, que impulsionou leis e portarias em diversos locais, além da formulação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado,

76 A ReHuNa colaborou na formulação das leis nº 11.108/2005 e 11.634/2007, sendo a primeira sobre a presença de acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e a segunda sobre a garantia de atendimento desde o início do pré-natal, e a PL nº 7633/2014, em trâmite no congresso, que torna o parto humanizado um direito de todas as mulheres e propõe dispositivos coercitivos da violência obstétrica, além da realização de campanhas de incentivo do parto humanizado.

77 Rede pela Humanização do parto de nascimento. Quem somos. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos> Acesso em 23 de outubro de 2016.

em 2000, pelo Ministério da Saúde. A Rede apresenta, também, interação participativa em diversos eventos como o Seminário de Cesáreas realizado em Campinas, os Seminários de Atenção Obstétrica e Neonatal Humanizada e Baseada em Evidências Científicas (2004 – 2006), além da participação no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (desde 2004). Além disso, atuou nos Comitês de Especialistas e de Mobilização Social da Rede Cegonha, desde 2011, entre outras contribuições⁷⁸, tornando-se referência internacional através da participação em eventos planejados por organismos internacionais da América Latina. Hoje, a ReHuNa ocupa uma vaga entre as cinco reservadas à sociedade civil no Comitê Consultivo da iniciativa *Una promesa renovada para las Américas*.

Além da influência e participação direta na configuração de políticas públicas, a Rede mantém, desde 1995, o *Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto* (GENP) que, em articulação com as experiências do IBFAN-Brasil (Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar), começou a produzir o boletim do GENP, intitulado *Notas sobre Nascimentos e Partos*, com artigos baseados em evidência científica⁷⁹. De acordo com Rattner, através de suas atividades e da produção do boletim, o “grupo começou a fazer circular a ideia base de que a prática tem que ter base em argumentos científicos” (RATTNER, 2021: 4).

No ano 2000, a ReHuNa - em parceria com a agência de Cooperação Internacional Japonesa (JICA) - realizou a I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que inseriu o Brasil nas discussões internacionais sobre o tema⁸⁰. A conferência, idealizada em comemoração aos 15 anos da Carta de Fortaleza (WHO, 1985), teve como título “Parto não é doença- tecnologia apropriada para o parto”. De acordo com Diniz (2001), esse evento configurou-se como “a primeira expressão organizada internacional desse movimento de confluência que veio impulsionar o desenvolvimento da medicina perinatal baseada em evidências” (DINIZ, 2001: 77).

78 Como, por exemplo, a contribuição no delineamento e realização do Plano de Qualificação de Maternidades na Amazônia Legal e Nordeste (2009 e 2010), que integra o Compromisso pela Aceleração da Redução das Desigualdades Regionais da Presidência da República. Rede pela Humanização do parto de nascimento. Quem somos. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>, acesso em 15 de março de 2021

79 Disponível em <https://rehuna.org.br/nossa-historia/>, acesso em 15 de março de 2021.

80 Idem. Participação em Eventos. II Conferência (2005), III Conferência (2010), IV Conferência (novembro de 2016).

No âmbito da humanização do Parto, a Rede Parto do Princípio, composta essencialmente por usuários de serviços de saúde, em sua maioria, da saúde suplementar, destaca-se por sua importância na produção de materiais de divulgação e formação sobre o tema e, principalmente, a partir da construção de dois dossiês, um sobre cesárea (2006) e outro sobre violência obstétrica (2012). O dossiê de 2006 serviu de base para a ação civil pública, ajuizada em 2010 pelo MPF que, entre outras questões, exige “regulamentação que obrigue os convênios a divulgar a taxa de cesárea de seus médicos e hospitais, a credenciar enfermeiras obstetras e a possibilitar o trabalho dessas profissionais no atendimento ao parto” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO).

A Rede Parto do Princípio atua desde 2006 e se constitui como uma “rede de mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia das mulheres, tendo como principal eixo de atuação a defesa e a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, em especial no que se refere à maternidade consciente”, através da “articulação de mulheres nos planos local, regional e nacional por meios virtuais (redes sociais e e-mails) e presenciais” (REDE PARTO DO PRINCÍPIO). Também se propõe a estimular a auto-organização de grupos regionais, favorecendo as demandas locais, assim como a “denúncia de conjunturas que firam direitos das mulheres”, fortalecendo a participação política delas. Nessa trajetória, produz e divulga material informativo sobre saúde e direito sexual e reprodutivo, atua em campanhas e eventos sobre assistência ao pré-natal, parto e abortamento, e pauta a questão da violência de gênero, especificamente a institucional no ciclo reprodutivo da mulher, “também conceituada como violência obstétrica”. Na relação com gestores e formuladores de políticas públicas, atua na incorporação das evidências científicas a seu planejamento (Rede Parto do Princípio, site institucional).

As mulheres que fundaram a rede, a partir de uma lista de discussão na internet⁸¹, apresentam um perfil delimitado por mulheres brancas, de classe média/alta, de diversas áreas de atuação profissional e, em sua maioria, com acesso a plano de saúde, que assumiram como um dos principais motores da rede a contestação que foi delimitada como “abuso das cesáreas” (KONDO, 2021; NIY, 2021). A partir da experiência das mulheres e da vontade de atuação coletiva, as integrantes começaram a

81 Listas de e-mails organizadas por grupos com objetivos diversos e que atuavam como fóruns de discussão.

refletir sobre o problema e construíram um dossiê, em 2006, a partir de depoimentos de mulheres e evidências científicas sobre a cesárea (NIY, 2021), questionando, principalmente, o setor suplementar de saúde⁸². A construção do dossiê ocorreu a partir da configuração de diferentes comissões, entre elas uma comissão científica, que elaborou um levantamento de bibliografia sobre evidências relacionadas ao tema em bases de dados como a biblioteca Cochrane (KONDO, 2021). Na época, a Rede Parto do Princípio já possuía representantes em 13 estados e no Distrito Federal, com mais de 200 mulheres membras, e o Brasil ocupava a posição de número 1 no ranking das cesáreas, com o maior número delas realizado no grupo de mulheres que não perfaziam grupo de risco, com maior acompanhamento pré-natal e menor incidência de doenças (Parto do Princípio, 2006).

No documento delimitavam a sua intenção: “Estamos denunciando situações desumanas às quais as mulheres estão sendo submetidas, detalhando os mecanismos que estão levando essas mulheres a cirurgias desnecessárias e o que as fazem aquiescer de maneira silenciosa” (Parto do Princípio, 2006, p. 2).



Figura 4: Fotos da audiência pública realizada em 2007 no MPF. Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/single-post/2010/08/25/Den%C3%BAncia-da-Parto-do-Princ%C3%ADpio-motiva-a-%C3%A7%C3%A3o-do-Minist%C3%A9rio-P%C3%ABlico-Federal>

82 “O desenvolvimento do mercado de saúde suplementar brasileiro ocorreu a partir dos anos 1960. Sua expansão foi acompanhada por um aumento de sua complexidade, em função da convivência das várias modalidades de planos privados de saúde [...]. Em 1998 foi aprovada a Lei nº 9656, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que se deu em 2000 através da Lei 9.961. Instituída como autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde, atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a qualificação da atenção à saúde no setor. A ANS regula as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e beneficiários, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1742:saude-suplementar&Itemid=729 Acesso em 03 de maio de 2021.

O documento balizou uma denúncia sobre os excessos de cesárea em um processo seguido por audiências públicas de debate sobre o tema, dando visibilidade para a ausência de transparência dos dados no setor suplementar de saúde (Niy, 2020). Tal denúncia gerou um posicionamento do CFM e do CFM sobre cesárea a pedido. No entanto, o resultado desse processo só se formalizou em 2016, com uma resolução do CFM que restringia a cesárea a pedido para mais de 39 semanas⁸³ e, ainda assim, com margem de interpretação dúbia, segundo Kondo, posto que alguns médicos considerassem 38 semanas +1 dia como 39º semana (Kondo, 2020). O dossiê, juntamente com uma consulta pública realizada no ano de 2014, gerou uma mobilização para pressionar a Agência Nacional de Saúde Suplementar quanto a implementação de ações que permitissem mais transparência nos dados sobre cesárea, o que resultou em um resolução normativa⁸⁴, em 2015, após cinco anos da ação civil-pública (2010), e 9 anos da divulgação do dossiê sobre cesárea, e define o direito das mulheres ao acesso à informação sobre os percentuais de cirurgias cesáreas e partos normais nos hospitais, planos de saúde e dos profissionais credenciados.

Em 2015, também, a ANS desenvolveu o projeto Parto Adequado⁸⁵, em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, com o objetivo de incentivar o parto normal e o cuidado baseado em evidência científica (ANS, 2015) O projeto foi replicado por diversos hospitais da rede suplementar de saúde, que se inscreveram voluntariamente para participar da iniciativa.

83 RESOLUÇÃO Nº 2.144, DE 17 DE MARÇO DE 2016. “Art. 2º Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação, devendo haver o registro em prontuário”. Disponível em <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=22/06/2016>, acesso em 01 de dezembro de 2021.

84 RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em http://www.ahseb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf, acesso em 01 de dezembro de 2021.

85 Segundo definição em site institucional, o projeto “tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar. Essa iniciativa visa ainda a oferecer às mulheres e aos bebês o cuidado certo, na hora certa, ao longo da gestação, durante todo o trabalho de parto e pós- parto, considerando a estrutura e o preparo da equipe multiprofissional, a medicina baseada em evidência e as condições socioculturais e afetivas da gestante e da família”. Disponível em: <http://ans.gov.br/prestadores/parto-adequado> Acesso em 16 de março de 2021.

O impacto da pressão popular de diversos movimentos de mulheres, organizados em redes e que dialogam entre si, tem sido fundamental para a construção de uma assistência considerada menos violenta, que respeite o direito das mulheres e que corresponda às chamadas Boas Práticas no cuidado à saúde sexual e reprodutiva. Ainda assim, a pesquisa *Nascer no Brasil*, em seus primeiros resultados apresentados em 2014, mostrou um diagnóstico ainda desafiador na assistência ao nascimento no país. Os resultados indicaram o trabalho de parto como cenário mais propício à vulnerabilidade da mulher para sofrer violência obstétrica. Como hipótese para tal cenário, destacamos a ideia de penalidade ao parto fisiológico por parte de alguns profissionais da assistência, seja por questões de formação tradicional e um padrão de visão tecnocrática da saúde, ou por preconceitos de gênero, raça e classe social. No sumário executivo da pesquisa, destaca-se, por exemplo, como uma das recomendações a universidades e instituições de pesquisa, a formação dos profissionais de saúde nos “aspectos fisiológicos da gestação e parto e uso apropriado das tecnologias baseadas em evidências científicas”, além da importância de “investir na formação de profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar e em equipe, aumentando a parceria e a colaboração” (NASCER NO BRASIL. Sumário Executivo Temático da Pesquisa: 7).

Sobre a importância desse inquérito nacional, Simone Diniz, que foi uma das coordenadoras regionais do Sudeste na pesquisa, ressalta, entre outras questões, a importância do estudo na produção de evidências sobre a assistência ao parto no Brasil (DINIZ, 2021). As evidências científicas são transversais aos debates sobre humanização e nas demandas das mudanças em relação à assistência ao parto, seja na produção de indicadores, na formulação de políticas públicas ou na produção de materiais de formação. Apesar de, segundo Diniz, o conceito de evidência científica ter sido “sequestrado pela indústria farmacêutica, por grupos de interesse”, a articulação dele no meio dos debates sobre assistência à gravidez tem sido essencial na construção de uma assistência respeitosa. Nesse começo, afirma Diniz, “ele é muito revolucionário. Ele foi extremamente útil através dos guias da OMS e do Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e Parto [...]” (DINIZ, 2021).

O projeto e seus impactos na assistência foram analisados no âmbito da pesquisa *Nascer Saudável* (2017)⁸⁶, desenvolvida por pesquisadores da Fiocruz, configurada

86 De acordo com definição de Leal et.al (2019) “O estudo *Nascer Saudável* incluiu uma amostra de conveniência de 12 hospitais da rede privada e um total de 4.798 mulheres. Os indicadores de atenção ao parto e nascimento avaliados foram: presença de acompanhante, atendimento por enfermeira obstétrica,

como um estudo de caso do grau de implantação das estratégias do Projeto Parto Adequado e seus efeitos nos resultados perinatais e na taxa de cesariana (Leal et.al, 2019). Os resultados da pesquisa são relatados em artigo de Leal e colaboradores, comparando os resultados da *Nascer Saudável* (2017) e da *Avaliação da Rede Cegonha* (2017) com aqueles da pesquisa *Nascer no Brasil*, de 2011-2012.

Como resultados dessa comparação os autores ressaltam o aumento no número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto” entre 2011 e 2017, assim como a redução de práticas consideradas prejudiciais (Leal et.al, 2019: 1), além da redução nas taxas de cesariana e aumento da idade gestacional ao nascer, no setor privado. No entanto, alguns desafios permanecem, como a garantia do direito a acompanhante, ainda negado a 15% das mulheres entrevistadas no setor privado, assim como o acesso à métodos não farmacológicos de alívio da dor, presente somente em 1/3 dos partos relatados, assim como a prevalência da posição litotômica (LEAL et.al, 2019). As autoras afirmam, contudo, que os avanços na assistência “mostram que políticas públicas bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, promovendo a redução de desfechos maternos e neonatais negativos”, além do efeito provável do aumento na satisfação das mulheres com a atenção recebida no parto”, ressaltando que essa mudança na atenção ao nascimento “está em pleno desenvolvimento no Brasil” (LEAL et.al, 2019: 11)

A construção de outra forma de assistência se configurou com uma das bases ancoradas na medicina baseada em evidência, e a implementação dessa nova forma de trabalhar nos hospitais demanda organização e persistência de seus gestores. Conforme afirma Marcos Dias, relatando a sua experiência na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a estratégia utilizada para que os médicos se apropriassem das evidências científicas era a realização de “encontros, debates, chefias de clínica”, com formação que reiniciava todo ano com a chegada de novos residentes (DIAS, 2020).

As evidências científicas são, desta forma, apenas uma parte importante na equação de uma boa assistência – de uma assistência baseada em direitos. Além de dados estatísticos e epidemiológicos, para contemplar questões como classe, raça, etnia, gênero, entre outros indicadores de diferenciação que impactam na experiência também

preenchimento de partograma, uso de métodos não farmacológicos, deambulação, alimentação, uso de cateter venoso periférico, analgesia, posição da mulher para o parto, episiotomia e manobra de Kristeler” (Leal et, al., 2019: p.1)

diversa de um mesmo evento como o parto. Faz-se necessário, também, incorporar os estudos históricos e antropológicos sobre os diferentes corpos, as múltiplas individualidades que se apresentam e que não podem ser desconsideradas no momento da assistência, caso contrário, o respeito às evidências científicas, por si só, não dará conta de garantir uma assistência respeitosa, de qualidade e sem violência.

Gerar e parir: gênero, raça, classe e sexualidade na violência obstétrica

Não se pode compreender a natureza do homem apenas em termos de natureza, pois na mesma matéria coexistem um corpo biológico e um corpo social [...]. No corpo está simbolicamente impressa a estrutura social
(José Carlos Rodrigues, *Tabu do Corpo*, 2006: 113)

Assim como é verdadeiro o fato de que todas as mulheres estão, de algum modo, sujeitas ao peso da discriminação de gênero, também é verdade que outros fatores relacionados a suas identidades sociais, tais como classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são 'diferenças que fazem diferença' na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação.

(Kimberlé Crenshaw, 2002: 173)

O corpo humano é dotado de sentido e de simbologias que diferem de acordo com as sociedades e com o tempo. A sexualidade e a capacidade reprodutiva dos corpos, portanto, encontram-se entrelaçadas pelos processos culturais de significação, afirmação ou interdição que todas as outras instâncias do corpo humano estão submetidas, pois a sexualidade e a reprodução são áreas constantemente acionadas como estratégias de controle político e social. Assim, os corpos que podem gerar e parir fisiologicamente diferem em relação a raça, identidade de gênero, orientação sexual, classe social, religião, se possuem ou não algum tipo de deficiência, entre outros “eixos de subordinação”, cuja interseccionalidade entre eles possibilita ampliar a compreensão das violências sofridas pelas pessoas em gestação e parto.

Kinberlé Crenshaw afirma ser a interseccionalidade

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002: 177).

A abordagem da interseccionalidade nos estudos de gênero, raça e classe, contribuem para a análise da especificidade da violência sobre esses corpos, expresso no racismo obstétrico, por exemplo, e nas violações de direito reprodutivo da população

LGBTQIA+⁸⁷, além das implicações de origem de classe social na diferenciação do tratamento concedido.

No que diz respeito aos casos de violência obstétrica, uma em cada quatro mulheres, entrevistadas em pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o SESC, afirmou ter sofrido algum tipo de violência durante o parto⁸⁸, das quais 43% eram mulheres autodeclaradas pretas e pardas, e se considerarmos o perfil das não brancas⁸⁹, essa porcentagem somou 73%. Sobre a assistência conferida às mulheres pelas maternidades, D’Orsi *et al.* (2014), em um dos artigos que resultou da pesquisa *Nascer do Brasil*, considerando as variáveis sociodemográficas, apresentam como resultado as seguintes informações:

Os percentuais de mulheres que relataram violência verbal, física ou psicológica foram maiores para as mulheres pardas ou pretas, de menor escolaridade, com idade entre 20 e 34 anos, da Região Nordeste, com parto por via vaginal, que não tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor público ou que tiveram trabalho de parto. Os percentuais de mulheres que avaliaram os diversos aspectos da relação com os profissionais de saúde como “excelente” foram maiores para as mulheres de cor branca, da classe A/B, com escolaridade superior completo, da Região Sul, submetidas à cesariana, que tiveram acompanhante durante a internação, atendidas no setor privado, e que não passaram pelo trabalho de parto. (D’ORSI *et al.*, 2014: 158).

No que diz respeito à experiência das mulheres na assistência conferida pelas maternidades, D’Orsi, *et al.* (2014), em um dos artigos que resultaram da pesquisa, consideraram as variáveis sociodemográficas e apresentaram os recortes de classe e raça nos resultados analisados. As mulheres foram questionadas sobre como foi o atendimento ao parto: – péssimo, ruim, regular, bom – considerando fatores como violência sofrida na assistência, tempo de espera até ser atendida, relacionamento com os profissionais de saúde, privacidade durante as várias etapas do atendimento e a oferta

87 Desde o início da projeção do movimento LGBT, este já passou por diversas mudanças em suas siglas que remetem a designação de diferentes orientações sexuais e identidades de gênero, como, por exemplo, GLS, LGBT, LGBTTT, LGBTQ, LGBTQIA+ e tantas outras variáveis. A última sigla significa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais ou Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual e + para indicar a amplitude de definições.

88 Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC). 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> Acesso em [?]

89 Incluindo as mulheres pretas, pardas, amarelas e indígenas, consideradas separadamente na pesquisa. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC). 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf> Acesso em [?]

de informações claras sobre procedimentos pelos profissionais de saúde. Além disso, foi considerada também a questão da autonomia, verificada na possibilidade de a parturiente atuar nas decisões sobre o seu trabalho de parto e de interrogar a equipe quanto aos procedimentos utilizados (D'ORSI *et al.*, 2014).

Em outro artigo fruto da pesquisa *Nascer do Brasil*, foi apresentada a análise da assistência obstétrica às mulheres na perspectiva do recorte racial (LEAL *et al.*, 2017). Os resultados indicam que as mulheres pretas possuem maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, assim como maior possibilidade de passar pelo parto sozinha e peregrinar em busca de leito. Além disso, são as que mais sofrem com o menor acesso à anestesia e maior ocorrência de episiotomia. As mulheres pretas também receberam menos informações no pré-natal sobre as etapas do parto e possíveis complicações da gravidez. As pardas também se deparam com um risco maior, se comparada às mulheres brancas, ocorrendo uma gradação de pior para melhor cuidado tendo em vista as mulheres pretas, pardas e brancas (LEAL *et al.*, 2017).

Além desses indicadores que demonstram que as mulheres pretas e pardas, comparativamente às mulheres brancas, recebem uma assistência de pior qualidade, o final mais trágico dessa trajetória, a saber, a mortalidade materna, também ocorre em número mais elevado nesse perfil de mulheres, além do maior índice de depressão pós-parto e desfechos negativos para o recém-nascido (LEAL *et al.*, 2017). Até mesmo um dado que, diante das evidências mais recentes, poderia indicar uma boa conduta, a saber, o menor número de intervenções sofridas pelas mulheres pretas e pardas, pode estar associado à discriminação, já que o modelo de assistência obstétrica brasileiro é intervencionista e considerado pela maioria dos profissionais como indicativo de “bom cuidado”. Desta forma, uma quantidade menor de intervenções significaria prestar uma assistência considerada menos cuidadosa pelos profissionais a essas mulheres (LEAL *et al.*, 2017: 10). Essa relação fica ainda mais evidente quando os autores ressaltam que, mesmo diante de menos intervenções, quando essas mulheres passam por uma episiotomia, por exemplo, são as menos assistidas com anestesia para o procedimento, indicando a diferenciação de tratamento.

As autoras destacam que esse tratamento diferenciado conferido às mulheres negras integram o contexto de assistência à população negra como um todo, sendo a desigualdade segundo raça/cor documentada nas pesquisas em saúde. Os seguimentos sociais menos favorecidos como pretos, pardos, indígenas, apresentam maior nível de

adoecimento e morte por causas evitáveis e integram esse perfil da população que influencia no acesso aos serviços e na sua utilização. Com base em Hoffman *et al.* (2016), as autoras afirmam, ainda, que “o uso diferencial de analgesia segundo grupos raciais possivelmente se associa a percepções sociais que se baseiam na existência de profundas diferenças biológicas supostamente intrínsecas”, onde, através de pesquisa, os autores destacaram perspectivas que identificaram como ‘racismo internalizado’ de médicos e estudantes de medicina, na qual esses afirmavam que, em relação aos brancos, os negros eram tidos como mais resistentes a dor. Essa perspectiva também foi identificada na pesquisa *Nascer no Brasil*, a partir do conteúdo das entrevistas com profissionais de saúde, nas quais associavam uma suposta melhor adequação da pélvis da mulher negra ao parto, justificando, em sua perspectiva, o menor uso de analgesia (LEAL *et al.*, 2017).

Aspectos do racismo institucional são identificados também, por Morgana Eneile, atual presidente da Adoulas RJ, em artigo publicado na revista *Reconexão e Periferia*, em 2020. Essa profissional descreve os impactos do racismo institucional, recuperando alguns dos dados supracitados, destacando, também, o retrocesso e desinvestimento em políticas de saúde e programas específicos na área. Reforça a importância de um termo específico de “racismo obstétrico” para o que as mulheres negras sofrem, afirmando que “faz parte da construção do modelo obstétrico a misoginia e a descrença na capacidade fisiológica recorrente, mas para uma grande parte dessa população de parturientes, não se pode falar de violência obstétrica pura e simples, mas de racismo obstétrico” (ENEILE, 2020: 16). O conceito, sinaliza a entrevistada, é tomado a partir da elaboração da antropóloga Dana-Ain Davis que argumenta, em artigo publicado em 2018, que o racismo obstétrico captura particularidades do cuidado reprodutivo das mulheres negras que o conceito amplo de violência obstétrica não contempla. Citando estudo de Colen (1995), Davis ressalta que as disparidades entre a assistência entre mulheres brancas e negras são “indicativas de reprodução estratificada em que as desigualdades de raça, bem como de classe, gênero, cultura e status, produzem resultados reprodutivos diferenciados” (COLEN, 1995, *Apud*

DAVIS, 2018: 2), confirmando que o racismo obstétrico se encontra na intersecção da violência obstétrica⁹⁰ e do racismo médico⁹¹.

Partindo de uma abordagem feminista negra, Davis destaca os tipos de violência específicas sofridas pelos negros na assistência à saúde, particularmente mulheres e recém-nascidos. O histórico de uso dos corpos negros como “material clínico” para experimentos e sua estereotipação como corpos resistentes à dor, o que justifica a negação de medicação, são exemplos destacados pela autora de como o racismo interfere na construção das ações de assistência a um determinado grupo de pessoas. No que tange às mulheres, somam-se a tais fatos as “ideias negativas sobre as mulheres negras, como elas serem licenciosas, revelam uma dimensão de gênero do racismo obstétrico” (HOBERTMAN, 2012, *Apud* DAVIS, 2018: 2), e o uso de seus corpos, ainda na época da escravidão, para o desenvolvimento da ginecologia (BERRY, 2017; COOPER OWENS, 2017, *Apud* DAVIS, 2018: 2). As mulheres negras também são as que mais sofrem esterilização compulsória, dado presente não só na realidade estadunidense, mas direcionada às mulheres não brancas e pobres em diversas localidades. Kinberlé Crenshaw afirma, sobre isso, que

As justificativas para políticas que comprometem os direitos reprodutivos de mulheres e de minorias, tais como a esterilização, o controle forçado da natalidade e a imposição de punições econômicas e outros desestímulos à gravidez, são, muitas vezes, baseados em imagens preexistentes de mulheres pobres ou étnicas como sendo sexualmente indisciplinadas [...]. Consequentemente, as mulheres que estão na intersecção desses estereótipos tornaram-se especialmente vulneráveis a medidas punitivas, baseadas em com suas identidades são percebidas pelos outros (CRENSHAW, 2002: 179)

Essa vulnerabilização é demonstrada nas falas descritas em várias pesquisas através do relato de falas dos profissionais como “ano que vem você está aqui de novo”, entre outras. Na assistência obstétrica e ao recém-nascido, Davis destaca que vários artigos científicos que demonstram que os recém-nascidos negros recebem cuidados inferiores em relação aos brancos, e as mulheres negras são menos ouvidas em suas queixas pelos médicos, sofrendo mais punições por parte dos profissionais de saúde,

90 A autora define violência obstétrica como “uma forma de violência baseada no gênero vivida por pessoas que dão à luz e que são submetidas a atos de violência que resultam em sua subordinação por serem pacientes obstétricas” (DAVIS, 2018: 2).

91 Afirma que “o racismo médico ocorre quando a raça do paciente influencia na percepção dos profissionais médicos, tratamentos e decisões diagnósticas, colocando o paciente em risco” (DAVIS, 2018: 2).

independente da raça dos mesmos, quando expressam algum desejo de controle sobre o processo de nascimento (DAVIS, 2018).

O legado histórico de objetificação dos corpos negros femininos também é destacado por Ariana Santos, parteira domiciliar e integrante do grupo Sankofa, em artigo sobre a medicalização e racismo (SANTOS, 2020). Santos ressalta que “quando durante a escravidão alegava-se que as mulheres negras eram capazes de ter filhos tão facilmente como animais, essa imagem, além de animalizar um corpo inicialmente humano, forneceu justificativa para a interferência na vida reprodutiva das africanas escravizadas” (SANTOS, 2020: 364). Estudos sobre saúde da população negra são apresentados pela autora nos quais destaca a sua relação com teorias eugenistas e de degeneração da segunda metade do século XIX até o início do XX, passando pelas estratégias de aprimoramento racial no governo Vargas, onde o padrão era ao corpo da mulher branca. O caráter eugênico se debruçava, também, sobre os corpos deficientes, considerados por alguns eugenistas como indignos de terem sua linhagem reproduzida, com a defesa de adoção de medidas como “aborto eugênico” (SILVA & FONSECA, 2012).

Nessa trajetória de opressão e eugenia sobre o corpo negro, especificamente nas sociedades que passaram pelo processo de colonização, concordamos com Davis quando afirma que “a maneira como as mulheres negras foram demonizadas, estereotipadas, violadas e policiadas no passado, é consistente com a inteiração médica contemporânea e operada como uma lembrança do passado” (DAVIS, 2018: 11), devendo, assim, ser compreendida em suas raízes fincadas no racismo estrutural para que suas práticas sejam modificadas.

A saúde da população negra só passou a ser objeto de atenção de forma sistematizada, no Brasil, a partir da década de 1980 com os movimentos negros, inseridos no contexto de reorganização dos movimentos sociais no momento de transição democrática. Nesse contexto, algumas ações políticas de saúde começaram a pautar a dimensão das desigualdades raciais a partir da introdução da problemática por ativistas do movimento negro nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL E TRAD, 2012).

A partir da década de 1990, algumas políticas importantes foram implementadas, como a formulação dos Planos Nacionais de Direitos Humanos, que inseria

especificamente os direitos da população negra. O primeiro deles, de 1996, marcou o início das denominadas ações afirmativas para afrodescendentes, como inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e o registro sobre a população negra, e a alteração do conteúdo de livros didáticos (BRASIL E TRAD, 2012). O segundo, publicado em 2002, incorporou novos direitos relacionados a questões de gênero, raça e pessoas portadoras de deficiência, como a garantia “à livre orientação sexual e identidade de gênero, ao combate à violência intrafamiliar, ao combate ao trabalho infantil e trabalho forçado e inclusão de portadores de deficiência e a necessidade de cuidados especiais” [...]. O PNDH 2 reconhece a escravidão e o tráfico de escravos como violações graves aos direitos humanos, e também a marginalização econômica, social e política a que fora submetida os afrodescendentes no país e amplia as buscas por fundos para o financiamento de políticas afirmativas (BRASIL E TRAD, 2012: 70- 71).

A partir desse momento, houve, segundo os autores, uma “ampliação nas políticas afirmativas do país com a participação direta da população negra como atores políticos a partir de ações como a ocorrência de Conferências Nacionais de promoção da Igualdade Racial, que resultaram na formulação do Primeiro Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial, em 2009. Nesse mesmo ano, a elaboração do terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos contou com a participação da sociedade civil através de conferências locais e nacionais (BRASIL E TRAD, 2012: 74). Esse movimento, segundo Brasil e Trad, em sua forma mais organizada em perfil de movimento social, iniciou-se na década de 1980. No entanto, os autores retomam a trajetória das lutas desde o Período Colonial até a República⁹², situando a busca pelos direitos à saúde como legado mais recente, em um contexto no qual “as lutas por políticas afirmativas conjugam movimento negro, organizações não governamentais pró-ações afirmativas e acadêmicos negros engajados para a construção desse novo campo de reflexões chamado Saúde da População Negra” (BRASIL E TRAD, 2012: 77).

92 Os autores citam o histórico de resistência desde o Período Colonial, passando pela organização política pós-abolição que refletiam os dilemas enfrentamos por essa população em diferentes momentos sociopolíticos do país, passando pela contestação da imagem pejorativa do negro, validada por teses eugênicas no início da República até o Estado Novo. O embate quanto a crescente discriminação racial foi destacada na ampliação do mercado de trabalho competitivo e da marginalização da população negra em favelas e alagados no período da Segunda República até o início da Ditadura Militar. No período da redemocratização, houve uma rearticulação do movimento com aproximações de orientações políticas marxistas. (BRASIL E TRAD, 2012)

Os autores destacam o novo perfil do Movimento Negro⁹³ no século XXI, em sua diversidade, ressaltando a luta comum contra o racismo. No contexto da saúde, destacam, também, a contribuição do feminismo negro, desde a década de 1980, com ações específicas no campo da saúde reprodutiva das mulheres que, com o apoio de instituições acadêmicas e filantrópicas, “torna-se protagonista em pesquisas e intervenção social no campo da saúde da mulher” (BRASIL E TRAD, 2012: 82). Para os autores, a “confluência de correntes de pensamentos e atores políticos debruçados sobre as desigualdades raciais permite a entrada da temática da saúde da população negra na agenda governamental”, com ações que desencadearam na elaboração da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2007 (BRASIL E TRAD, 2012: 84-85).

Na área da saúde da mulher, a atuação política das mulheres pertencentes a diversos coletivos de mulheres negras, que surgiram na década de 1970, e das mulheres participantes em movimentos negros unificados foi de vital importância para que as pautas específicas que, na maioria das vezes não eram contempladas no discurso feminista hegemônico, pudessem ser ouvidas e transformadas em ações e políticas públicas. Em artigo sobre a construção dos primeiros espaços específicos e coletivos de atuação política das mulheres negras, no Brasil, Barbara Machado aborda o surgimento dos primeiros coletivos, sua relação com os demais coletivos feministas e com o Movimento Negro, ressaltando a potência dos encontros das mulheres negras como afirmação de identidade, reconhecendo a diversidade não só da categoria “mulher”, como da categoria “mulheres negras” (MACHADO, 2020).

Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, aprovada em 2006, o papel do movimento de mulheres negras é destacado em sua importância, principalmente, por “conferir maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva” (PNSIPN, 2007: 18). Um dos grupos que garantiu essa maior visibilidade desde a década de 1990, é o Geledés, Instituto da Mulher Negra, que apresenta duas frentes de atuação – o Programa de Saúde e o Programa de Direitos Humanos e Igualdade Racial. O Programa

93 “O movimento negro na conjuntura política atual conseguiu expandir-se em entidades negras independentes que têm se debruçado sobre ações em educação, saúde e direitos humanos, porém fundadas sobre diferentes bases ideológicas e políticas, expressas em entidades culturais, políticas e jurídicas, todas voltadas às lutas comuns contra o racismo” (BRASIL E TRAD, 2012: 81).

de Saúde, propõe diferentes atividades, como os grupos de autoajuda, as oficinas de saúde, definidas como grupos de reflexão com o objetivo da “produção de um conhecimento sobre nós mesmas”; o levantamento de informações sobre o Sistema de Saúde, a atuação em ações políticas sobre esse sistema, assim como o acompanhamento de projetos de lei, a realização de pesquisas ligadas à saúde reprodutiva e a produção de folhetos para atividades educativas (GELEDÉS, 1991: 18).

Na publicação *Mulher Negra e Saúde*, de 1991, as integrantes do instituto apresentam um panorama socioeconômico e cultural da mulher negra no Brasil, associando-o com as condições precárias de saúde delas no país. Autorreferenciando a publicação como “primeira editada no Brasil dedicada inteiramente às questões de saúde da mulher negra”, as autoras destacam a maior mortalidade materna e infantil de mulheres e crianças negras, além de denunciarem os dados apresentados sobre a utilização de métodos de esterilização como método contraceptivo em 44% das brasileiras, com prevalência nos estados do Norte e Nordeste, estados com maior população negra à época. A partir do cenário, sobre a atuação do PAISM, questionavam sobre como avançar na concretização do Programa, posto que muitos dos profissionais “partindo de visões estereotipadas sobre as mulheres pobres e negras, as consideram incapazes de assumir o real controle sobre sua própria reprodução e as tratam como objetos inertes, induzindo-as ao uso de métodos irreversíveis como a laqueadura das trompas?” (GELEDÉS, 1991: 15).

O questionamento das integrantes do instituto demonstra a limitação de políticas públicas que, somente em sua construção e implementação isoladamente, não garantem a mudança de questões relacionadas a aspectos estruturais da sociedade. O Grupo Geledés participou, juntamente com outros setores do movimento negro, na articulação da política que resultou na portaria 696/90, tornando a cidade de São Paulo a primeira no Brasil a dispor de informações das diferentes condições de saúde de grupos raciais que compõem a população do município, com a inserção da informação “cor” nos dados, o que permitiu uma ampliação dos estudos epidemiológicos sobre a saúde dessa população (GELEDÉS, 1991). Além disso, o instituto possui atuação na defesa da legalização do aborto, entendendo-o como um “direito humano fundamental das mulheres”, principalmente considerando o perfil atual das que mais morrem em decorrência de abortos clandestinos, a saber as mulheres pobres que, não por coincidência, são em sua maioria negras. Em contexto de abortamento realizado por

essas mulheres, “caso ocorra uma complicação do quadro, o atendimento hospitalar feito por médicos e enfermeiras é muitas vezes acusatório e repleto de ameaças de denúncia, negando-lhes o direito a anestesia como forma de punição” (GELEDÉS, 1991: 31).

A temática da saúde da mulher negra foi incorporada ao PAISM, em 2004, quando o programa se transformou em Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), ampliando as ações a partir do enfoque de gênero e incluindo grupos “historicamente alijados” como as lésbicas, negras, indígenas, trabalhadoras e residentes da área rural e as mulheres em privação de liberdade (BRASIL, 2004). Porém, a elaboração de uma política específica para esse segmento institucionalizou-se de forma efetiva em 2006, fruto da luta do Movimento Negro inserido nos debates sobre saúde. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra apresenta como uma de suas estratégias de gestão a “qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher negra, incluindo assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento, nos estados e municípios” (PNSIPN, 2007: 41). Esse movimento acompanha o esforço de humanização na assistência iniciado, institucionalmente, a partir de políticas, com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), e posterior Política Nacional de Humanização (2003).

Além da questão racial, a compreensão das implicações de gênero, citada no PNAISM, é essencial na análise da assistência obstétrica em seu impacto sobre a visão do corpo e das “performances” esperadas do mesmo, dependendo do gênero a ele atribuído. O binarismo sexual e de gênero permeou, por muito tempo e, de certa forma, ainda permeia, a maneira como os profissionais lidam com os corpos que demandam assistência à saúde, além de definir, também, a forma como o próprio indivíduo se enxerga e constrói suas ações no mundo.

Os estudos de gênero se intensificaram na década de 1990, a partir de análises que visavam compreendê-lo como categoria analítica, definido por Joan Scott como “um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos”, configurando-se como “uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995: 86). Compreendendo gênero como “um saber historicamente específico sobre a diferença”, a autora destaca o papel da categoria como instrumento analítico das feministas “que permite gerar um saber novo sobre as mulheres e sobre a diferença sexual e inspirar desafios críticos às políticas da história”, ampliando as

possibilidades feministas, tornando-a “um modo de compreender criticamente como a história opera enquanto lugar da produção do saber de gênero” (SCOTT, 1994: 25).

Sobre o tema, a filósofa Judith Butler assume a historicidade do corpo mediada pelas experiências vividas no mundo, e afirma que os gêneros se constituem como “atos performáticos” que criam e recriam uma determinada realidade interpretativa ao corpo, em atos que “existem desde antes de nós existirmos” e que “tem sido ensaiado como um roteiro que existe apesar dos atores que o interpretam, mas que precisa deles para ser atualizado e reproduzido continuamente como realidade” (BUTLER, 1998, In: HOLLANDA, 2019: 222). Rompendo com a visão binária e com a ideia de sexo previamente definido, inscrito na natureza, Butler afirma que “o gênero é um significante cultural assumido pelos corpos atribuídos de sexo”, sendo esse significante “codeterminado por diferentes atos e suas percepções culturais” e, assim, “é potencialmente impossível, nos termos culturais disponíveis, entender sexo e gênero como coisas distintas” (BUTLER, 1998, In: HOLLANDA, 2019: 219-220). Podemos compreender, portanto, que ambos são construídos pela cultura, em sua significação e representação de margem de atuação do indivíduo e significação de poder.

A análise de Butler é importante para verificar os argumentos de determinados grupos feministas que assumem uma essencialização biológica do corpo da mulher e universalizam a categoria sem considerar as diversidades existentes entre as mulheres e, no caso da análise da assistência obstétrica, das mulheres lésbicas, bissexuais e dos homens trans, especificamente, que não se inserem em nenhuma possibilidade do espectro da categoria “mulher” hegemonicamente construída. De acordo com Butler, existe uma “sedimentação das normas de gênero”, condição que “produz” o sexo naturale a ideia de “mulher de verdade”, o que produz “um conjunto de estilos corporais que, de maneira reificada, são apresentados como configuração natural dos corpos, divididos em sexos que se relacionam de maneira binária” (BUTLER, 1998, In: HOLLANDA Org.,2019: 220). Quem foge a essa classificação sedimentada, afirma a autora, quem não “performa o gênero da maneira adequada”, está sujeito a punições, diretas ou indiretas. Essa punição é visível através dos dados referentes à violência de gênero em geral contra a população LGBTQIA+ e, na área da assistência obstétrica, àquela perpetrada às mulheres de diferentes orientações sexuais e identidade de gênero, associadas a outros determinantes como raça, etnia, classe, religião etc. No âmbito da assistência obstétrica, a assistência aos homens trans e às mulheres que,

independentemente da orientação sexual ou identidade de gênero, fogem ao padrão estético de feminilidade esperada para o gênero atribuído ao seu corpo, é pouco referenciada em pesquisas acadêmicas em geral, até então.

A abordagem da temática da violência contra a população LGBTQIA + , por exemplo, teve início na década de 1970, a partir do processo de redemocratização, com a articulação de movimentos sociais “em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais” (BRASIL, 2013: 9) e a expansão das ideias, como tema político, se configurou no Movimento LGBT⁹⁴. De acordo com o texto da Política de Saúde Integral, a demanda dos movimentos organizados LGBT “envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos” exigindo “atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo”, com o objetivo de “eliminar a discriminação e a marginalização”, alinhando-se, assim, aos Princípios de Yogyakarta que se referem a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero. (BRASIL, 2013: 10).

A elaboração de políticas públicas de saúde voltadas a esse público iniciou-se na década de 1980, associada ao combate a AIDS⁹⁵, ampliando-se com a institucionalização do Programa Brasil sem Homofobia, em 2004, articulação do Ministério da Saúde e Sociedade Civil organizada (CARDOSO e FERRO, 2012). O Programa foi implantado em resposta ao problema da discriminação com base em orientação sexual após o Brasil participar de debates a nível internacional e nacional sobre o tema, além de firmar compromisso de ação na área. Entre as ações que objetivavam a construção de políticas e ações públicas, destaca-se a inserção da temática na segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos propondo mudanças na constituição quanto a garantia à livre orientação sexual e proibição da discriminação por orientação sexual, assim como o aperfeiçoamento da legislação penal quanto à discriminação e violência motivadas por orientação sexual, entre outras prerrogativas (IIPNHP, 2002).

94 Sigla adotada pelo movimento na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT), em 2008, mudança que corrobora a visibilidade política e social das mulheres do movimento, formalizando o enfrentamento das desigualdades que se pautam pelas questões de gênero (BRASIL, 2013).

95 À época, era uma doença associada aos homossexuais, principalmente aos homens, o que ajudou a construir um estereótipo de preconceito contra essa população. A alteração para “comportamento de risco” no lugar de “grupo de risco” ajudou a mudar esse estereótipo.

No programa *Brasil sem Homofobia*, uma das prerrogativas no tópic de direito à saúde consiste em “apoiar os investimentos na formação, capacitação, sensibilização e promoção de mudanças de atitudes de profissionais de saúde no atendimento à população GLTB” através de “acesso igualitário pelo respeito à diferença da orientação sexual e do entendimento e acolhimento das especificidades de saúde desta população” (BRASIL, 2004: 23-24).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, os temas dos direitos dos LGBTs foram pautados e na 13ª CNS, em 2007, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incorporadas à análise das implicações sociais na saúde. Nessa conferência, foram incluídas prerrogativas como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade, assim como o “estabelecimento de normas e protocolos de atendimentos específicos para as lésbicas e travestis”, e “a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual” (BRASIL, 2013: 12). Tais prerrogativas, por si só, já demandam um acesso à assistência ao processo gravídico puerperal de forma respeitosa e atenta às condições específicas das mulheres lésbicas, bissexuais e dos homens trans.

Em 2011, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), seguindo as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia, que já integrava o III Programa Nacional de Direitos Humanos, com participação da sociedade civil. Partindo da premissa de que a “garantia ao atendimento à saúde é uma prerrogativa de todo cidadão e cidadã brasileiros, respeitando-se suas especificidades de gênero, raça/etnia, geração, orientação e práticas afetivas e sexuais”. O plano apresenta uma análise das condições de acesso à saúde da população LGBT, baseado nos poucos dados existentes sobre o tema, elaborados por pesquisas realizadas por coletivos feministas e de LGBTs. Sobre a saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, são citados os dados do dossiê da Rede Feminista de Saúde, que expressam tanto a desigualdade no acesso a atendimento e realização de exames, quanto à negligência a diversos aspectos da saúde dessas mulheres, consequência de estereótipos relacionados à sua sexualidade (BRASIL, 2013; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006).

Quanto ao acesso das travestis e transexuais aos serviços de saúde, as dificuldades e negligências também são apontadas principalmente no processo transexualizador do SUS. Um dos aspectos de discriminação a essa população, e que

pode ocorrer na assistência obstétrica e em outros serviços, é o desrespeito à forma como os homens trans desejam ser identificados, fato considerado como uma forma de violência, que se mantém apesar do uso do nome social para os usuários da saúde, garantido na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2013: 15).

Sobre a violência obstétrica cometida contra mulheres de diferentes orientações sexuais e homens trans, assim como de pessoas com algum tipo de deficiência⁹⁶, destacamos a pouca produção bibliográfica e de dados específicos sobre o tema. Os estudos sobre a violência, de uma forma geral, contra esses perfis da população, assim como as diretrizes de assistência à saúde deles, auxiliam na compreensão, ao menos de uma forma mais generalizada, de como a orientação sexual, a identidade de gênero e as características físicas, mentais e cognitivas podem ter impacto na assistência à gravidez ao parto e se enquadrarem, também, como mais um dado de vulnerabilização dos corpos frente à possibilidade de violência. A questão de identidade de gênero, por exemplo, incide, também, na assistência obstétrica quanto à garantia do nome social e da identificação de parentalidade de acordo com a autorreferência do indivíduo. A designação de “mãe” para os dois indivíduos pertencentes a um casal homoafetivo de mulheres, e a designação de “pai” para um homem trans que gerou e pariu o seu bebê, assim como a não discriminação dessas pessoas pela sua orientação sexual e/ou identidade de gênero são essenciais para a garantia de um acesso à assistência obstétrica sem violência, que assegure a saúde e a integridade física e emocional desse segmentada população, assim como das outras mulheres que devem ser respeitadas em suas especificidades e diferentes eixos de pertencimento sociocultural.

A construção da categoria “mulher” com um suposto conteúdo universal pelo discurso feminista em sua origem hegemônica (branca, classe média, hétero e cisgênero) se constitui como um ponto polêmico que reforçou a dificuldade de aceitação de diferentes configurações de identidades na gestação, parto e nascimento. De acordo com Butler, apesar de reconhecer o esforço dessas feministas em combater a invisibilidade da mulher, essa pretensa universalidade “promove uma falsa promessa

96 De acordo com o decreto 3298, de 1999 (Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), deficiência é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”, podendo se enquadrar nas categorias de deficiência física, auditiva, visual, mental ou deficiência múltipla, quando ocorre a associação e duas ou mais deficiências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm Acesso em 03 de maio de 2021.

ontológica de eventual solidariedade política”, fazendo com que o feminismo corra “o risco de tornar visível uma categoria que pode não ser, de fato, representativa da vida concreta de todas as mulheres” (BUTLER, 1998: 219). A partir da década de 1990, observa-se um avanço no conteúdo dessa discussão, na qual os estudos baseados na interseccionalidade tem sido de grande importância na construção de políticas públicas mais efetivas. Porém, a manutenção das desigualdades sociais, raciais e de gênero continuam permeando a sociedade, e esses problemas estruturais permanecem se constituindo como barreiras de acesso a serviços de saúde e aos demais direitos básicos.

Como afirma Ariana Santos,

Há de se refletir acerca do que influencia tais experiências, visto que não devemos negar que fatores como raça, classe, religião, sexualidade, territorialidade são atravessamentos que fazem diferença nas oportunidades e tratamentos recebidos. Ainda assim, torna-se cada vez mais necessário mostrar que o cuidado e a estruturação de nossas individualidades puderam, apesar da marginalização e opressão, impulsionar grandes mudanças coletivas (SANTOS, 2021: 377).

A luta dos movimentos negros, LGBTQIA+, anticapacitistas etc., tem agregado muitas questões à análise da influência de cada categoria (raça, gênero, sexualidade, classe, deficiência) na experiência do indivíduo em todo o processo gravídico puerperal e na sua interação com outras pessoas e com profissionais de saúde, carecendo de maior produção de dados e estudos epidemiológicos para a ampliação no acesso à uma saúde digna dessa população. Torna-se essencial a incorporação dessas variáveis na análise da assistência institucional na implementação de políticas pensadas para a melhoria da assistência ao nascimento, como a Política de Humanização do Parto.

O estranhamento ao termo *humanização* por parte da população, e as diferentes interpretações do que seria um parto humanizado e respeitoso, passa pela questão da invisibilidade quanto à diversidade dos corpos que irão parir em sua realidade identitária e social. Sobre as diferenças de classe, por exemplo, o trabalho de Olivia Hirsh, socióloga que pesquisou a visão de parto ‘natural’ e ‘humanizado’ na perspectiva de mulheres de diferentes camadas sociais, identificou os significados associados ao parto humanizado por um grupo de mulheres da Casa de Parto do Rio, e por outro grupo de mulheres de camadas médias que frequentavam um curso privado de preparação para o parto. A autora concluiu que essas mulheres apresentam uma diferença na apreensão do que é mais importante na abordagem do parto humanizado, sendo a atenção dispensada

pelos profissionais de saúde e o reconhecimento da individualidade e integralidade características destacadas pelas usuárias da Casa de Parto, e a redução das intervenções médicas a maior preocupação das mulheres da classe média, que também valorizam a ideia de experiência corporal do parto (HIRSH, 2019).

Mulheres de camadas sociais mais baixas, em geral, são submetidas à inadequação de intervenções médicas na assistência à saúde e recebem menos informações, informações inadequadas ou insuficientes, que não consideram questões como o grau de escolaridade e carga de trabalho que são diferenciados em relação a mulheres de classe média. Esse aspecto restringe a oportunidade de acesso a informações sobre a gravidez e o parto ao momento das consultas de pré-natal, que nem sempre é vivido de maneira adequada, com informações claras e com a criação de oportunidades para observar e elucidar suas possíveis dúvidas.

Assim, o discurso da humanização, conceitos como medicina baseada em evidência, e a simples ideia de “escolha”, tomada de decisão em conjunto parece ser muito distante da realidade de pessoas que estão tentando garantir o básico, ou seja, acesso à maternidade e ao pré-natal de maneira digna. Ariana Dias relata o incômodo quando percebeu que aquilo que ela oferecia a outras mulheres, um parto domiciliar, humanizado, não era uma opção a mulheres como ela, uma mulher negra, moradora em área periférica da cidade e não pertencente à classe média. A autora ressalta a dificuldade daquelas que, mesmo ultrapassando “a barreira do acesso à informação” e chegando “até as equipes, não raro, o serviço lhes era vetado por supostas ‘dificuldades’ de acesso ao território onde moravam ou por não poderem arcar com os custos do mesmo” (SANTOS, 2021: 367), demarcando a elitização inicial de um serviço que se propõe a ajudar no acesso ao parto mais digno e respeitoso para as pessoas.

Na tentativa de expandir essas opções para mulheres de diferentes perfis, a parteira relata o surgimento do projeto *Sankofa*⁹⁷ e, para além desse, destacamos o projeto *Doula a quem quiser*, da Adoulas RJ, como algumas iniciativas em âmbito regional que tentam minorar essas disparidades no acesso a opções de assistência. Destaca-se a importância dessas iniciativas, principalmente, no que diz respeito a dar

97 Projeto que visa o atendimento perinatal de mulheres negras e periféricas, formado por seis enfermeiras, cinco mulheres negras e uma mulher branca, moradoras de zonas periféricas da cidade. Realizam rodas de conversa sobre o ciclo reprodutivo puerperal, dando preferência a regiões da periferia. Estabelecem parcerias com entidades que também atuam com famílias em vulnerabilidade, como o Movimento dos Trabalhadores sem Teto (MTST) (SANTOS, 2021: 370).

visibilidade a questão, como afirma Santos, e impulsionar outras iniciativas da sociedade civil, processo semelhante ao que vem acontecendo na área jurídica e que tem sido mais um aspecto na construção da delimitação da violência obstétrica e do seu enfrentamento.

Capítulo 4
**Violência obstétrica no Brasil: direito ao corpo, judicialização da saúde e uma nova
perspectiva da assistência**

4. Violência obstétrica no Brasil: direito ao corpo, judicialização da saúde e uma nova perspectiva da assistência

Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. (OMS, 2014:1)

O direito à saúde, definido na Constituição de 1988 e reafirmado em diversos outros tratados nacionais e internacionais, e em declarações da OMS, como a apresentada acima, apesar de conquistado, não está efetivamente garantido de maneira equânime na nossa sociedade, e a assistência ao parto de forma digna também se insere nesse contexto.

Somado a trajetória de luta pelo acesso digno à saúde está o processo de contestação da assistência ao nascimento que define para um conjunto de práticas uma dada compreensão de violência obstétrica, que pressupõe uma determinada visão de saúde e de ciência adotadas na construção de uma proposta de ação definida como mais

humanizada. As denúncias de descaso e violência na assistência, assim como a judicialização da saúde demonstram o longo caminho percorrido e ainda a percorrer no que diz respeito a mudanças de estruturas econômicas, sociais, de formação e gestão dos trabalhadores e instituições de saúde, além da educação em saúde da população em geral e, especificamente em relação ao nosso objeto de estudos, os indivíduos que passam pela gestação e parto. Nessa trajetória, atores específicos da saúde, associados, em geral, à mobilização de movimento de mulheres e feministas, além de profissionais da área do direito e outras áreas de assistência, tornaram-se figuras importantes em suas ações coletivas de construção de embasamento científico e jurídico para a definição de “Violência Obstétrica” no Brasil, inspirados, principalmente, na experiência Latino-americana de enfrentamento à questão. Esse engajamento resultou, entre outras ações, na organização de pesquisas e na constituição e promoção de diversas políticas públicas que tiveram impacto na melhoria da assistência obstétrica no Brasil.

O contexto de maior participação dos pacientes nas decisões médicas, afastando-se da tradicional postura passiva frente à autoridade médica, também contribuiu significativamente para a alteração do cenário da assistência obstétrica no nosso país. Muitas delas, atuantes em coletivos diversos, participaram da elaboração de dossiês e cartilhas sobre o tema da violência obstétrica, produção essa que, associada às denúncias internacionais, às audiências públicas sobre o tema, à divulgação crescente de

informações em redes sociais e outros espaços utilizados como *locus* pedagógico de ação e à formação de variados coletivos, ampliou e acelerou a popularização da questão com a nomenclatura específica de *Violência Obstétrica*.

Marcos Referenciais da Assistência ao parto: diretrizes internacionais e a incorporação ao contexto brasileiro

A contestação de determinadas práticas da assistência obstétrica, iniciadas na segunda metade do século XX por mulheres usuárias de serviços de saúde e profissionais da área da assistência, encontrou os primeiros fundamentos teóricos em documentos que são produtos de discussões realizadas em fóruns internacionais sobre assistência e a saúde materno-infantil. Como exemplos, citamos a Conferência que instituiu o Ano Internacional da Criança, em 1979, e as publicações da OMS “Tecnologia apropriada ao nascimento”, de 1985, o guia “Maternidade Segura. Cuidados no Parto Normal, um guia prático”, de 1996, traduzido no Brasil em 2000, e a iniciativa “Maternidade Segura”, também fruto de uma conferência realizada em 1987. A assistência ao pré-natal, parto e nascimento possui, a nível internacional, parâmetros mínimos considerados de uma boa assistência às mulheres e aos recém-nascidos, desde a década de 1980, no que diz respeito a assistência técnica e tecnológica especializada e aos saberes científicos acionados. A esses saberes foram incorporadas perspectivas de garantia de direitos humanos na assistência, processo que, no Brasil, ocorre desde o final da década de 1980.

Com o Ano Internacional instituído pelas Nações Unidas, em 1979 (WHO, 1976), o tema da assistência ao parto foi debatido em congressos, como, por exemplo, o realizado em Tóquio em comemoração à data. Nesse congresso o tema foi debatido em conferência proferida pelo médico uruguaio Roberto Caldeyro - Barcia, intitulada “Bases fisiológicas e psicológicas para o manejo humanizado do parto”, no simpósio “Avanços recentes na medicina perinatal”. Este texto foi citado por Diniz (2021) como o primeiro material sobre manejo humanizado com o qual teve contato na biblioteca da sua faculdade, ainda na época de sua graduação. Nele o autor apresenta o contexto de condução dos partos que, à época, incluía manobras e administração de medicamentos de forma rotineira e sem análises científica aprofundadas, sendo muitas delas, segundo sua fala, para contemplar “a conveniência do obstetra”, citando como exemplo a posição horizontal, amniotomia precoce, aceleração do parto por ocitocina sintética e a prática

do puxo dirigido, práticas cujo objetivo principal seria de encurtar a duração do parto (CALDEYRO- BARCIA: 1979: 1).

Além dessas práticas, o autor contesta o uso indiscriminado de analgesia e sedação, que atrapalham a condução fisiológica do parto, e salienta a importância do papel da família, ressaltando a necessidade de “preparação psicológica profilática” ao grupo familiar. Aparentemente sob a influência dos ideários de preparação para o parto, como o parto sem dor, defende a educação e a psicoprofilaxia para o preparo dos pais para o momento do parto. Apresentando uma idealização da maternidade, define o que seria um “sentimento de felicidade que acompanha a maternidade” (CALDEYRO- BARCIA: 1979, p. 2) quando o temor do parto desaparece com esse processo de educação e treinamento para o parto. O nascimento, afirma o médico, não deve ser considerado uma doença a ser tratada com medicamentos, mas consiste em um evento fisiológico no qual a mãe é a protagonista e o pai, apoio emocional, psicológico e físico. Propõe, ainda, evitar ou abolir a iatrogenia no manejo do trabalho de parto através da vigilância sem interferências desnecessárias, afirmando que a posição no parto humanizado deve ser a que a mãe se sente confortável e a liberdade de movimento deve ser garantida, apresentando as vantagens das posturas verticalizadas no nascimento e, também, as vantagens de puxos espontâneos em relação aos puxos dirigidos. Quanto ao recém-nascido, discorre sobre práticas identificadas como “atenção humanizada do recém-nascido”, como a união precoce entre mãe e filho, o alojamento conjunto e a promoção da amamentação (CALDEYRO- BARCIA: 1979). Observa-se que todas as orientações definidas como “manejo humanizado” pelo médico uruguaio no final da década de 1970, além de muitas outras, que refletiam um debate ainda mais anterior, foram incorporadas ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento, no Brasil, fruto das demandas do Movimento de Humanização do Parto.

Na década de 1980, Conferências específicas relacionadas à assistência ao parto renderam novas orientações para o embasamento do cuidado perinatal. Como resultado dos debates estabelecidos na Conferência de Tecnologia Apropriada ao Nascimento, no Brasil, em 1985, o relatório *Tecnologia Apropriada ao Nascimento*, publicado no *The Lancet* no mesmo ano, apresenta recomendações à assistência definidas pelos integrantes da Conferência, entre os quais parteiras, obstetrizes, epidemiologistas, administradores da área de saúde e mães. Contextualizando as recomendações sob a centralização do papel da mulher nos aspectos do cuidado, o documento apresenta a

importância da valorização dos aspectos sociais, emocionais e fisiológicos, considerados “fundamentais para entender como prover o cuidado perinatal apropriado” (WHO, 1985- Lancet, p. 436). As recomendações se baseiam em modificações da estrutura dos serviços, da atitude dos profissionais e da redistribuição de recursos. O documento apresenta algumas diretrizes gerais apresentadas aos países, como a realização de pesquisas conjuntas de avaliação da tecnologia de assistência ao parto e deque “toda a comunidade deve ser informada sobre os variados procedimentos de cuidado no nascimento, de modo a habilitar cada mulher para escolher o tipo de nascimento de sua preferência”. Assim, iniciativas como informação e suporte, considerando a coexistência de sistemas tradicionais e sistemas oficiais e a aproximação colaborativa para manter os benefícios para a mulher, o treinamento e incentivo às parteiras, onde a avaliação de tecnologia deve envolver todos aqueles que a usam, incluindo os profissionais de diversas áreas e as mulheres. Há, também, recomendações de avaliação pública sobre as práticas de assistência ao nascimento em diferentes hospitais, assim como as taxas de cesáreas realizadas, além de pesquisas sobre estrutura e número de equipe em nível regional, nacional e internacional, com o objetivo de “maximização dos resultados do parto normal e melhoria da saúde perinatal, custo-efetividade e necessidades e desejos da comunidade” (WHO, 1985- Lancet, p. 436. 437).

No âmbito das recomendações específicas encontramos a prerrogativa do acompanhamento e suporte emocional da família e da equipe, liberdade de escolha em relação ao uso de roupas, alimentação, ou qualquer outra prática cultural relevante para a pessoa. Além disso, o incentivo à amamentação imediata, à diminuição do número de cesáreas, inclusive com o encorajamento de parto vaginal pós-cesárea, reforçando, também, que a prática da ligação de trompas não é indicação para a cirurgia, além do questionamento dos excessos em relação ao monitoramento fetal. Entre as práticas não recomendadas estão o enema⁹⁸ e a tricotomia⁹⁹, assim como não é recomendado a posição litotômica no parto, devendo a movimentação ser incentivada no período de trabalho de parto e a livre escolha da posição a todo o momento. O uso da episiotomia não é justificado em seu uso sistemático, assim como a ruptura artificial de membrana (amniotomia). A indução do trabalho de parto não deve passar de 10%. A administração

98 Lavagem intestinal pré-parto.

99 Raspagem dos pelos pubianos para a realização do parto.

de rotina de drogas analgésicas e anestésicas durante o parto também é apresentada como uma conduta a ser evitada. (WHO, 1985- Lancet)

A implementação das recomendações deve ser adaptada às situações especiais, os governos devem decidir que departamentos cuidam da avaliação da tecnologia apropriada ao nascimento, e recomenda-se a participação das Universidades, sociedades científicas e grupos de pesquisa nessa avaliação. A regulação de financiamento é apresentada como uma forma de desencorajar o uso indiscriminado da tecnologia. A importância do encorajamento do respeito aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento nos cuidados obstétricos também é destacada, assim como a necessidade de envolvimento de agências governamentais, universidades, sociedades científicas e outros grupos interessados se envolverem na pesquisa e divulgação dos efeitos negativos do uso excessivo da operação cesariana sobre a mãe e o bebê. O documento finaliza o tópico sobre implementação das recomendações indicando a realização de conferências regionais e nacionais sobre nascimento (WHO, 1985- Lancet). Tais recomendações estão representadas, em parte, na demanda atual de mudanças apresentadas por diversos grupos de mulheres sobre a consideração de suas opções sobre os seus corpos e da utilização apropriada de tecnologia no evento do nascimento, o que nos permite perceber algumas mudanças e permanências em questão desde meados da década de 1980.

As prerrogativas para o parto normal foram organizadas em um guia prático de cuidados (WHO, 1996), traduzido no Brasil em 2000. Neste documento, parto normal é definido como “aquele de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento”, no qual o “bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições” (WHO, 1996: 4). Diante disso, a delimitação de uma classificação das práticas da assistência ao parto, baseada nos resultados das reflexões do Grupo de Trabalho sobre Parto Normal foi realizada. Partindo da prerrogativa de que “no parto normal, deve existir uma razão válida para interferir no processo natural”, dividiu-se as práticas em: *práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser usadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, e práticas frequentemente utilizadas de forma inadequada*. Tais práticas e suas classificações seguem na tabela a seguir:

Classificação das Práticas no Parto Normal (OMS, 1996)

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família. 2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto. 3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento 4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto 5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações 6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante. 7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do Parto. 8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto. 9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. 10. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem. 11. Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto. 12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente. 13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto. 14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta. 15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do Parto. 16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto. 17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS. 18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue. 19. Condições estéreis ao cortar o cordão. 20. Prevenir hipotermia do bebê. 21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno. 22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas Ovulares.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso rotineiro de enema. 2. Uso rotineiro de tricotomia. 3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto. 4. Cateterização venosa profilática de rotina. 5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de Parto. 6. Exame retal. 7. Uso de pelvimetria por raios-X. 8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos. 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto. 10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto. 11. Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto. 12. Uso de comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias. 13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto. 14. Lavagem rotineira do útero depois do parto. 15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do Parto.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos. 2. Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto. 3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e Parto. 4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto. 5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento. 6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto. 7. Clampeamento precoce do cordão umbilical. 8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. 2. Controle da dor por agentes sistêmicos. 3. Controle da dor por analgesia peridural. 4. Monitoramento eletrônico fetal. 5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto. 6. Exames vaginais repetidos e freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviços. 7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina. 8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto. 9. Cateterização da bexiga. 10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário. 11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto. 12. Parto operatório. 13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia. 14. Exploração manual do útero depois do parto.

Legenda: **Verde** (Práticas que devem ser estimuladas) **Vermelho** (Práticas que devem ser eliminadas) **Amarelo** (Práticas que devem ser usadas com cautela) **Azul** (Práticas frequentemente utilizadas de forma inadequada). Fonte: OMS, 1996

As recomendações da OMS têm sido a base inicial da defesa de uma assistência ao parto baseada em evidências e propagada pelo movimento de humanização do parto. A construção da compreensão da permanência do uso de algumas dessas práticas como sendo violência obstétrica, como por exemplo a episiotomia, parte do princípio de que o uso da prática vem sendo questionado à décadas, somando-se a tais recomendações revisões atualizadas sobre o tema e que, mesmo assim, ainda é mantida como rotina em diversos serviços de assistência pelo país, desconsiderando os riscos e impactos negativos sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, fora as intervenções responsáveis pelo aumento da mortalidade ou iatrogenia materna e neonatal.

A mortalidade materna é uma questão importante a nível mundial e que também demonstra o nível de desenvolvimento de um país. No Brasil, os números, apesar de ter ocorrido uma redução significativa, ainda permanecem altos. A Iniciativa Mundial para Maternidade Segura foi lançada após a Conferência sobre “Maternidade Segura”, realizada em 1987, em Nairóbi, como reconhecimento do impacto da mortalidade materna e a importância de enfrentamento ao problema a nível mundial (Reis et. al, 2010). Reiterada em diversos outros encontros posteriores das principais organizações mundiais, a iniciativa apresentou o reconhecimento das diferentes causas da mortalidade materna relacionadas a questões econômicas e sociais que demandavam intervenções em diversas instâncias, desdobrando-se em ações como o Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna (OPAS/OMS, 1990)¹⁰⁰, e o Programa do Cairo (ONU, 1994)¹⁰¹.

No documento publicado em 1998 pela ONU, intitulado *Maternidade Segura: uma questão de direitos humanos e justiça social*, os objetivos da iniciativa de tornar a maternidade segura uma realidade das mulheres do mundo em 10 anos (redução da mortalidade materna) são lembrados. É ressaltado nesse novo documento os desafios da promoção dessa segurança, que exige mudanças significativas nos cuidados de saúde prestados e nas prioridades dos governos, agências multilaterais e organizações não governamentais (ONGs) (WHO, 1998). É ressaltado, ainda, que, apesar de ter ocorrido uma melhora na redução de mortalidade materna e cuidados perinatais, ainda não eram

100 OPAS. Plan de Acción Regional de la Mortalidad materna em las Americas. XXIII Conferência Sanitaria Panamericana. Washington: 1990 (Apud: LAURENTI et.al, 2000)

101 Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo - Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>, acesso em fevereiro de 2022

suficientes e que “os objetivos da iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres estejam empoderadas e seus direitos humanos- incluindo seus direitos a serviços de qualidade e informações durante e após a gravidez e o parto – sejam realizados” (WHO, 1998. 3, p. 1).

No que diz respeito ao empoderamento das mulheres, no campo da garantia de escolhas, o documento relatava o contexto difícil de má qualidade da saúde reprodutiva antes e depois da gravidez e do parto, contexto no qual as mulheres encontram muitas barreiras no acesso à boa saúde, como informações, ideias e opiniões limitadas por conta de uma socialização para a aceitação da dor e do sofrimento, o que gerava desconhecimento sobre a própria gravidez e potenciais sinais de perigo. Além disso, são destacados aspectos como as relações de poder desiguais que restringem a capacidade de tomada de decisões das mulheres, mobilidade física e acessos à recursos materiais e a qualidade de interação com os fornecedores de cuidado em saúde (WHO, 1998).

O empoderamento é ressaltado em sua importância para garantia de uma maternidade segura por permitir as mulheres:

Articular suas necessidades e preocupações de saúde; acessar os serviços com confiança e sem demora; buscar a responsabilização dos prestadores de serviços e gerentes de programas e dos governos por suas políticas; agir para reduzir o preconceito de gênero nas famílias, comunidades e mercados; e participar mais plenamente nas atividades sociais e de desenvolvimento econômico (WHO, 1998.3, p. 1)

Na descrição desse empoderamento, é ressaltado, ainda, que não se trata apenas de intervenções relacionadas a saúde, mas que o processo “requer condições sociais, econômicas e culturais em que liberdade e responsabilidade recebem um significado concreto”, onde a centralidade é a escolha (WHO, 1998.3, p. 1), e essa escolha ocorre através do aprendizado sobre seus direitos e sua saúde reprodutiva, com a expansão do acesso à educação e a oportunidades econômicas e a promoção das habilidades de vida das adolescentes (autoestima, proteção à saúde). Além disso, destacam-se algumas outras questões como o papel masculino na responsabilidade sexual e familiar, a importância das mulheres serem respaldadas por políticas e leis que promovam a maternidade segura, a boa qualidade de cuidados maternos e igualdade de gênero e importância do treinamento dos provedores (de saúde) na garantia da dignidade da mulher (WHO, 1998.3, p. 2).

Defendendo a ideia de avanço na proposta de uma maternidade segura por meio dos direitos humanos, assumindo a prevenção da morte materna como questão de justiça

social e direitos humanos, cita o que a proteção aos direitos humanos das mulheres pode ajudar a garantir à elas: “a tomada de decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção ou violência, baseadas em informações completas e ter acesso a serviços e informações de qualidade antes, durante e depois da gravidez e parto” (WHO, 1998.3, p. 2). Esses direitos estão presentes em diversas convenções e tratados internacionais e que são oportunidades de avançar na maternidade segura (Como a Convenção de Direitos Humanos, a CEDAW, entre outras), com direitos já garantidos como àqueles relacionados à liberdade e segurança da pessoa, à fundação da família e da vida familiar, aos cuidados com saúde e benefícios do progresso científico, incluindo educação e informação em saúde; e àqueles relacionados à igualdade e não discriminação (WHO, 1998.3, p2).

Como demandas urgentes, apresentaram três ações críticas necessárias àquele momento: reforma de leis que contribuam com a mortalidade materna, implementação de leis de proteção à saúde da mulher, e aplicação dos direitos humanos das constituições e convenções internacionais para avançar na maternidade segura. O texto do documento é finalizado com a reiteração da obrigação dos estados em garantir práticas que resguardem os direitos humanos. (WHO, 1998.3, p. 3).

No Brasil, o enfrentamento ao problema dos altos índices de mortalidade materna vem sendo construído a partir de iniciativas como a implementação de políticas públicas, como o PAISM (1984), a constituição de Comitês de Mortalidade Materna e a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (1985). No início do século XXI, com a realidade das mulheres ainda sem mudanças significativas, foi criado, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)¹⁰², assim como a portaria de classificação de risco gestacional¹⁰³, e a notificação compulsória de óbitos maternos, em 2003, com a regulamentação da investigação dos casos pelos órgãos competentes somente em 2008¹⁰⁴.

Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com uma das metas firmadas na diminuição em 75% do índice de mortalidade

102 PORTARIA Nº 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

103 Portaria nº 3477 de 20 de agosto de 1998, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3477_20_08_1998.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

104 PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

materna no Brasil até 2015 (Brasil, 2004). Justificando as ações descritas no pacto, o documento apresenta contexto de necessidade da redução da mortalidade materna como um desafio, sendo essas altas taxas entendidas como “uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais” (BRASIL, 2004, p. 2). Entre as propostas de ações para a redução da mortalidade materna estavam a parceria entre diferentes instituições e atores sociais (sociedades científicas, movimentos sociais, organizações governamentais e não governamentais, etc), ações de estímulo e garantia de direitos, como o controle social e o direito à acompanhante, alojamento conjunto e a garantia do acolhimento nos serviços de saúde. No âmbito da qualidade, a garantia de uma atenção humanizada ao abortamento e o asseguramento à saúde da mulher trabalhadora e das mulheres e recém-nascidos negros e indígenas. O redirecionamento de recursos para projetos e a extensão da oferta de exames no pré-natal, assim como a implementação de ações de concepção e contracepção, vigilância ao óbito materno infantil também foram pautadas.

A organização do acesso e a adequação da oferta de serviços da rede hospitalar e centros de parto normal, a gestão humanizada e ações como a requalificação dos hospitais amigo da criança também foram inseridas nas estratégias para a diminuição da mortalidade materna e infantil. Por fim, foi inserido, também, ações importantes como a reavaliação da rede de hospitais de referência para gravidez de risco, o desenvolvimento de ações de suporte social, o fortalecimento de projetos de premiação de serviços e a qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento, tudo isso baseado no assessoramento técnico para planejamento local e regional e em iniciativas de capacitação (BRASIL, 2004).

Em 2009 foi realizado um relatório da OMS que analisa evidências sobre as questões de saúde que afetam meninas e mulheres. A publicação de 2011 apresenta o quadro das variantes que influenciam a saúde das mulheres no mundo, no qual a gravidez e parto aparecem como eventos de risco para mulheres que sofrem de subnutrição, e especialmente anemia. As condições maternas apresentavam-se, à época, como a 2º maior causa de óbito entre mulheres de 20 a 59 anos (2004) no mundo, sendo a 2º maior causa em países de renda média, e estava fora das 10 principais causas e morte de mulheres em países de alta renda.

A mortalidade materna, considerada como o óbito de uma mulher ocorrido durante o período da gravidez, parto ou pós-parto, é apresentada como um indicador-chave do estado de saúde da mulher, expondo a forma extrema de diferença entre ricos e pobres (OMS, 2011, p. 40). Como ações prioritárias para a diminuição da morte materna apresenta a necessidade de

aumentar o número de partos assistidos por atendentes capacitados em países com altas taxas de mortalidade materna; garantir que um continuum de cuidados pré-natais, de parto e pós-parto esteja disponível e exequível para todas as grávidas e garantir que todas as mulheres tenham acesso à contracepção moderna, serviços de aborto seguro (de acordo com a extensão do que está permitido por lei) e cuidado pós-aborto, triagem e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e HPV. Igualmente importante são as estratégias de prevenção e resposta à violência do parceiro íntimo e à violência sexual, de empoderamento das mulheres e de ampliação nas atividades econômicas” (OMS, 2011, p. 47)

O documento apresenta a temática da violência e suas consequências físicas diretas, como traumatismos, incapacidade e óbitos, e “indiretamente uma variedade de problemas de saúde como mudanças fisiológicas induzidas pelo estresse, uso de substâncias ou falta de controle sobre a fertilidade e autonomia pessoal como observado frequentemente em relacionamentos abusivos”, abordando a questão da violência praticada por parceiro íntimo e outras “figuras de autoridade (como professores, policiais e empregadores”, não mencionando a questão da violência institucional, nas relações entre prestadores de saúde e usuárias de serviços, por exemplo (OMS, 2011). Apesar dessa ressalva, há um reconhecimento de que “não basta que os serviços estejam disponíveis, eles também devem ser de alta qualidade, oferecidos de forma culturalmente adequada e responder as necessidades das mulheres” (OMS, 2011, p. 42).

De acordo com os dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2020), de 1996 a 2018, 67% dos óbitos maternos¹⁰⁵ ocorreram por causas obstétricas diretas, que se referem a complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpérios por omissões, intervenções, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de alguma dessas causas¹⁰⁶. Em 2018, o índice de mortalidade materna no Brasil estava em 59,1 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, número que ainda está longe das metas

105 Boletim Epidemiológico n° 20/MS (2020). Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 21 de fevereiro de 2022

106 Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 14 de julho de 2021.

firmadas como aceitável pela OMS, que seria de 20 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos.

Um caso que tomou notoriedade na mídia brasileira e que expressa o cenário de mortalidade materna em questão foi a morte de Alyne da Silva Pimentel Teixeira ¹⁰⁷, ocorrido em 2002, primeiro caso de morte materna brasileira denunciado à corte internacional. Alyne, 28 anos, mulher negra e pobre, foi à Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, uma clínica de saúde privada em Belford Roxo, no Rio de Janeiro, com sintomas de gravidez de alto risco, foi atendida pelo médico e enviada de volta para casa. Porém seus sintomas se agravaram nos dois dias seguintes e quando retornou ao serviço, os médicos não conseguiram mais detectar os batimentos cardíacos fetais e o parto foi induzido seis horas depois, com o nascimento de um feto natimorto, com o agravante da realização tardia da cirurgia para extrair a placenta, realizada catorze horas mais tarde. O quadro de Alyne piorou e, mesmo sendo transferida a um serviço de saúde público especializado, o Hospital Geral de Nova Iguaçu, após mais 8 horas de espera, faleceu depois de mais de 21 horas sem receber assistência médica.

O caso foi denunciado pelo *Center for Reproductive Rights* (Centro por Direitos Reprodutivos) e a Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos ao comitê internacional da Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU), em 2007. A denúncia pautava o descumprimento por parte do Estado das prerrogativas estabelecidas pela CEDAW e seu protocolo facultativo.

Depois do caso de Alyne, outras lutas têm sido travadas judicial e politicamente para garantir o cumprimento da legislação vigente que garante o direito das mulheres, assim como pela criação de outras leis e de outros caminhos que garantam o exercício de uma maternidade segura para todas as pessoas, incluindo a definição de violência obstétrica em termos jurídicos. Esse processo possui como protagonistas as pessoas que gestam e passam pelo percurso do parto e nascimento e os profissionais da assistência.

107Disponível em https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/LAC_Alyne_Factsheet_Portuguese_10%2024%2014_FINAL_0.pdf, acesso em 18 de setembro de 2019.

Assistência ao parto e ao nascimento: mudança estrutural e principais atores profissionais

As mulheres usuárias dos serviços de saúde público e privado, no Brasil, apresentam destacada atuação na tematização pública da violência obstétrica, com ações, principalmente, coletivas. Incluem-se, igualmente, os profissionais de saúde ligados à área da assistência ao parto, como as enfermeiras obstetras, obstetrites, parteiras, obstetras, além das doulas, consideradas profissionais que atuam na área da saúde. A partir da segunda metade do século XX, algumas ações resultaram em ampliação do escopo de atuação de determinados profissionais, como ressignificação da assistência as mulheres por profissionais da enfermagem e parteiras, e da mudança do olhar de muitos obstetras inseridos no que se denominou Movimento de Humanização do Parto e Nascimento.

A atuação dos profissionais de saúde na assistência ao parto e ao nascimento, no Brasil, foi regulamentada em lei através de processos de embates e negociações quanto ao campo específico de cada um. No que diz respeito ao exercício da enfermagem, por exemplo, no ano de 1986 foram delimitadas as ações privativas “do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro”, dentre as quais foram inseridas a “prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; acompanhamento da evolução do trabalho de parto; execução da assistência obstétrica em emergência e execução do parto sem distócia”¹⁰⁸ (BRASIL, 1987).

Ainda na legislação de 1986, especificamente em relação às obstetrites e enfermeiras obstétricas, além das atividades descritas como pertinentes à enfermagem, em geral, cabia a essas profissionais a “prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária” (Brasil, 1987). As atividades da parteira eram delimitadas à prestação de “cuidados à gestante e à parturiente; assistir ao parto normal, inclusive em domicílio e cuidar da puérpera e do recém-nascido”, sendo, entretanto, tais atividades supervisionadas por enfermeira obstetra, quando eram realizadas em instituições de

¹⁰⁸ Decreto nº 94.406 / 1987 (Regulamentação da Lei nº 7.498 / 1986). Disponível em: https://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_ac2d8a13e198b262bb15a2ed9db0fdaf.pdf, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

saúde e, de acordo com a legislação, sob o “controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias” (BRASIL, 1987).

A legislação descrevia as ações pertinentes a cada habilitação no âmbito da enfermagem, seguindo a reformulação das universidades brasileiras na década de 1970, que agrupou as graduações de Obstetrícia e Enfermagem Obstétrica, ficando estas inseridas como habilitação na graduação de enfermagem (RIESCO E TSUNECHIRO, 2002). A diferença entre as especialidades é apresentada pelas autoras Maria Luiza Riesco e Maria Alice Tsunehiro, ambas da Escola de Enfermagem da USP, quando analisam um documento proveniente do Conselho Internacional de Enfermeiras de 1994 no qual as definições de obstetrix, enfermeira obstetra/auxiliar de obstetrix e parteira foram delimitadas. O referido conselho, além de definir políticas públicas para formação e exercício profissional de cada uma dessas áreas, também visava atender a demandas produzidas por iniciativa da OMS, como o projeto Maternidade Segura. Neste mesmo ano, essas habilitações profissionais foram extintas no Brasil, e a única forma de profissionais não médicos alcançarem uma formação em obstetrícia passou a ser a pós-graduação *latu senso* (RIESCO E TSUNECHIRO, 2002).

No Brasil, no final da década de 1990, contexto pós-reforma sanitária e institucionalização do SUS, o Ministério da Saúde financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica através de convênios com universidades e secretarias de saúde, o que propiciou a ampliação das atividades da enfermagem obstétrica (RIESCO E TSUNECHIRO, 2002). A inserção de obstetrixes e enfermeiras obstétricas nessa assistência foi favorecida, como ressaltam, também, Riesco e Tsunehiro, pela insatisfação, manifestada por mulheres usuárias ou não do SUS, com a atenção médica recebida durante o parto. As autoras destacam, ainda, que essas medidas de ampliação, com a inclusão da assistência realizada por enfermeira obstétrica na tabela de pagamento do SUS, além da criação de centros de parto normal, e instituições de coordenação exclusiva de enfermeiras obstétricas, têm produzido confrontos com a categoria médica.

Nesse contexto de aumento da demanda das mulheres por uma assistência diferenciada, a necessidade de formação de obstetrixes de maneira mais rápida e específica tornou-se imperativa. Riesco e Tsunehiro propõem, ao final do artigo citado, uma nova graduação em obstetrícia que respondesse as demandas relatadas. A base da proposta se concentraria nos “aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do

processo reprodutivo”, e teria a mulher como foco central. A ‘desmedicalização’ é apresentada como aporte do curso de obstetrícia, posto que, “ao perceber a gestação e parto como potencialmente patológicos, fecha-se o leque de cuidados a serem oferecidos por profissionais não médicos, como obstetrias e enfermeiras obstetras”, o que implicaria, também, na autonomia desses profissionais (HUGUES E HEILBORN, 2021:349).

Como fruto desse movimento que expunha a inquietação com a “crescente medicalização do parto e a desassistência à qual as mulheres eram submetidas”, que, desde a década de 1990 envolvia professoras da Escola de Enfermagem da USP, foi reaberto, em 2005, o curso de Obstetrícia na universidade, vinculado à ideia de assistência humanizada (HUGUES E HEILBORN, 2021: 344, 345). Esse curso era pautado na interdisciplinaridade, nos direitos das mulheres e da família e na atenção integral à saúde da mulher, e sua base curricular era orientada pelas recomendações da OMS e da Confederação Internacional de Obstetrias (ICM), além de aplicar a Medicina Baseada em Evidência “como respaldo da prática clínica” (HUGUES E HEILBORN, 2021:345). Os desafios a serem enfrentados são narrados nesse mesmo texto através da descrição das resistências externas, com embates travados com o COREN-SP e o COFEN quanto ao registro das novas profissionais. A regulamentação da profissão foi, enfim, oficializada em 2013 como conquista dos alunos egressos do curso de obstetrícia, reunidos na Associação de Alunos e Egressos do Curso de Obstetrícia (AO-USP) (Hugues e Heilborn, 2021). De acordo com as autoras, esse quadro de mudanças e profissionalização sugere que “apesar da urgência em melhorar os indicadores de saúde materna (...) a prioridade não era as demandas das mulheres e da população em geral, mas a disputa pela reserva de mercado” (HUGUES E HEILBORN, 2021:348).

Assim, a construção de uma assistência obstétrica humanizada é permeada pela trajetória de disputa profissional nesse campo, tanto pelo estabelecimento da reserva de mercado à assistência médica já constituída, quanto pelo reconhecimento da importância da atuação da enfermagem e de um nicho específico nesse segmento que fosse dedicado exclusivamente ao acompanhamento da gravidez, parto e nascimento. Essa atuação assumia um perfil de cuidado diferenciado mesmo antes da retomada do curso de obstetrícia, no exercício da enfermagem obstétrica.

Essa ação é reivindicada por alguns profissionais como sendo o lugar de aproximação, escuta e empatia com as mulheres. Inicialmente forjado na matriz biomédica intervencionista semelhante à dos obstetras (LUDUVICE: 2020; LIMA: 2020), a trajetória de muitos profissionais da enfermagem envolveu disputas com a comunidade médica por mercado de trabalho e a reivindicação de melhores condições de atendimentos às mulheres e de trabalho para as enfermeiras.

Graduadas no curso de enfermagem no final da década de 1970 e na década de 1980, Marilanda Lima, uma das fundadoras da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO) e Maysa Ludovice, vice-diretora da ABENFO-RJ, descrevem o panorama da assistência à mulher no parto, especificamente o cenário do Rio de Janeiro e de São Paulo, destacando aspectos importantes da formação dessa área e de sua inserção no que hoje se compreende como enfrentamento à violência obstétrica, no Brasil. As duas enfermeiras delineiam o cenário de uma prática forjada na naturalização das intervenções médicas, além de uma assistência caótica que, de acordo com Ludovice, afastava os estudantes de enfermagem do desejo de uma especialização em obstetrícia. Centros obstétricos coletivos, com um banheiro sem chuveiro, profissionais que não sabiam lidar com os aspectos fisiológicos do nascimento e não compreendiam as reações das mulheres, inclusive algumas enfermeiras, além de relato de casos de violência física contra mulher em trabalho de parto, são alguns dos exemplos descritos pelas profissionais (LUDUVICE:2020; LIMA:2020).

Assumindo uma identificação de gênero que fazia com que as enfermeiras se enxergassem na situação das mulheres e em defesa de sua própria prática de enfermagem, Ludovice afirma que as enfermeiras obstétricas acabavam atuando como “escudo de proteção: a gente tentar se proteger e, também, proteger as mulheres” (LUDUVICE: 2020, p. 9, 10). Sobre o trabalho desenvolvido em uma das maternidades em que atuou, afirma que teve “algumas experiências muito ruins com relação a questão de violência mais explícita e eu percebia...(..) eu sempre reagia. (...) Podia ser o staff, podia ser o residente...”, quando os residentes queriam colocar a mão nas mulheres indiscriminadamente,

Eu não deixava, eu dizia: Você não vai fazer isso porque elas estão avaliadas, eu já avalei. Você não precisa fazer isso. Onde foi que você aprendeu isso? Que você entra aqui. Você não dá nem bom dia, você não fala nada, você enfia a mão na caixa de luva e vem enfiar seus dedos aqui. Você não vai fazer isso (LUDUVICE:2020, p. 9).

O contexto de violência também estava relacionado, de acordo com Marilanda Lima, à desqualificação dos profissionais da assistência na época, apresentando, também, a enfermagem como um contraponto à assistência violenta, definindo-a como “a profissão do cuidado”. Em sua fala, destaca as dificuldades de interação interdisciplinar:

A desqualificação acabava acontecendo por conta de todo o sistema e, profissionais muito violentos, profissionais impacientes e tinham profissionais também amorosos, mas eram muito poucos. A enfermagem tentando construir uma atenção diferente, porque a minha profissão é uma profissão do cuidado. Então há colegas sempre que estão no movimento de estar construindo uma relação de cuidado que começa entre os próprios profissionais, então uma tentativa de integração, mas uma dificuldade de se ter essa integração na equipe multidisciplinar a ela. E a realidade outra assim, de uma maternidade da periferia era de excelentes profissionais, mas sem reconhecimento algum (LIMA: 2020, p. 5).

A construção do ideário da profissão como a profissão do cuidado reitera, em certo nível, o perfil inicial da profissão de enfermagem como aquela ligada às qualidades ditas femininas como devotamento e prestimosidade, consideradas ‘boas para as mulheres’ (PERROT, 2007).

No Brasil, a atividade de enfermagem e sua formação passaram por diversos momentos de ajustes e de subdivisão do ofício. Apesar da diferença de atuação desses personagens, a presença da disputa que permeia a história dos profissionais de assistência permanece, ocorrendo entre médicos e enfermeiras, entre enfermeiras, entre enfermeiras e parteiras, entre enfermeiras e doulas, envolvendo questões de ordem hierárquica, política/econômica e de campo de atuação e, acompanhando as transformações sociais em voga em diferentes momentos. Como argumenta Silva, o contexto de transformação curricular do curso de parteira nas faculdades de medicina que acompanhava a transformação da política sanitária brasileira, ainda na primeira metade do século XX, assim como o momento de consolidação da enfermagem “defendida pelas autoridades sanitárias como uma importante profissão sanitária feminina, de caráter subalterno e auxiliar na hierarquia médica”, ilustram bem essa utilização da profissão de forma política (SILVA: 2010, p. 99).

As atividades de educação e saúde permanecem sob a responsabilidade das enfermeiras, enfermeiras obstétricas, obstetrizas, técnicas de enfermagem e parteiras (sejam elas urbanas ou rurais) no nosso país, profissionais estas que estão na linha de frente do atendimento à população. No entanto, com as mudanças legislativas e a ampliação do papel da enfermagem no final da década de 1980, essas profissionais ganharam mais autonomia e campo de trabalho, e são responsáveis por uma produção científica significativa, principalmente no que diz respeito à análise da assistência obstétrica, no Brasil. A partir da legislação de enfermagem de 1986, a configuração de um campo específico que não estivesse, necessariamente, apenas associado a uma prática de auxílio médico começou a se desenvolver e a se fortalecer na profissão. A assistência obstétrica é o principal campo onde esses profissionais especializados em obstetrícia podem atuar com determinada autonomia do início ao fim, em caso de gestação e parto de risco habitual.

A abertura desse campo gerou tensões e disputas, como vimos, e novas linhas de frente de lutas para esses profissionais. Houve, podemos dizer, uma ressignificação das chamadas qualidades femininas envolvidas na profissão, não mais sob o foco de um trabalho subalterno e auxiliar, mas no protagonismo associado as mesmas e na defesa dos direitos das mulheres. A atuação em profissões de cuidado, apesar de manter a mulher em um determinado local padronizado e permitido ao gênero, permeado por dificuldades relativas às desigualdades sociais, de classe e de raça, permitiu a ampliação da “participação feminina na formulação de políticas públicas que visavam a melhoria da qualidade de vida de grupos populacionais específicos, especialmente mulheres e crianças” (SILVA: 2010, p. 145).

No que diz respeito ao questionamento da prática médica e institucional ofertado às mulheres, iniciado pelas enfermeiras por volta da década de 1980, esse movimento estava associado ao contexto da emergência dos movimentos de mulheres e feministas que pautavam demandas relacionadas ao corpo, sexualidade e saúde reprodutiva, além de delinear a formação dessas personagens e sua atuação na assistência obstétrica, no Brasil. Maysa Ludovice destaca, por exemplo, o movimento de defesa do campo da enfermagem que se agregou às demandas do movimento de mulheres, por volta de 1996, época em que ela se integrou a um grupo militante, que para ela teve sua importância como “uma força que se acoplou a toda força que a gente queria de ter um

espaço profissional, de inserção e também um cuidado digno às mulheres” (LUDUVICE:2020, p. 11).

Os relatos apresentados por Luduvicé descrevem um cenário onde a vivência de “pequenas violências”, “tentativa sempre de calar”, “não falem sobre isso”, as diferenças de tratamento de acordo com o nível econômico, entre outras questões, era regra (Luduvicé:2020). As mudanças no cenário obstétrico se iniciaram, de acordo com essa enfermeira, a partir da implementação do PAISM e, mais especificamente, na entrada de mulheres feministas na gestão de hospitais, processo destacado, também, na fala do médico Marcos Dias (LUDUVICÉ: 2020; LIMA: 2020; DIAS:2020).

No contexto da década de 1980 e início dos anos 1990, forjava-se a construção da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO)¹⁰⁹, oriunda da Associação Brasileira de Obstetrias (ABO), de 1954. Segundo Marilanda Lima, a ABENFO nasce da importância de dar visibilidade às parteiras e às enfermeiras, retomando a parte histórica da ABO que estava inoperante na década de 1980, quando Marilanda em contato com a parteira Maria de Lourdes Garcia Andrade, então presidente do Sindicato das Parteiras do Estado da Guanabara¹¹⁰, com o objetivo de acessar as referências da obstetrícia naquele momento. A partir da realização de Congressos, o primeiro deles em 1994, estruturaram a associação sob o novo nome unindo enfermeiras obstétricas e obstetrias (Lima: 2020). Desse primeiro Congresso, realizado na USP, de acordo com Marilanda, originaram-se as primeiras sessões da ABENFO a nível regional, a saber, em São Paulo e no Rio de Janeiro, no qual se discutiram temas como cidadania e humanização do parto (Lima:2020). Hoje, os

¹⁰⁹ “Originária da Associação Brasileira de Obstetrias (ABO), fundada em 04 de agosto de 1954, congrega Obstetrias, Enfermeiras (os) Obstetras, habilitadas ou especialistas na área da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido. É uma Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter sociocultural, técnico-científico e político, sendo regida pelas disposições contidas no Estatuto e Regimentos Especiais, e compõe-se de número ilimitado de sócios, admitidos nas Seções, sem discriminação de nacionalidade, etnia, cor, sexo, credo político e religioso. Tem como finalidades, além de congregar os profissionais supracitados para incentivar o espírito de união e solidariedade entre a categoria, promover a tomada de consciência sócio-política e o desenvolvimento técnico-científico, cultural e profissional que favoreça o avanço das áreas, representar a enfermagem obstétrica e neonatal nos fóruns de entidade e apoiar os Programas Governamentais relativos à Saúde da Mulher e Neonatal” (Disponível em: <https://abenfo.wixsite.com/meusite/quem-somos>, acesso em 30 de agosto de 2021).

¹¹⁰ Anteriormente denominado de Sindicato das Parteiras do Rio de Janeiro, segundo estudo realizado por Tania Almeida, “foi uma entidade profissional criada a partir da ‘Associação Profissional das Parteiras do Rio de Janeiro’, que existia desde 1957. O Sindicato foi registrado em 1958 no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (...). Sob a ótica social, a entidade de classe das parteiras do Rio de Janeiro também soube se fazer presente, recebendo o reconhecimento oficial de organizações seculares, como a Academia Nacional de Medicina”. (SILVA, 2010, p. 122)

congressos são realizados a cada dois anos, no âmbito dos quais se debatem temas como mortalidade materna, saúde sexual e reprodutiva, entre outros, na perspectiva da atuação da enfermagem obstétrica e neonatal em cada um deles¹¹¹. No discurso de abertura do Congresso do ano de 2015, realizado no Pará, afirmou-se que:

A dimensão política da ABENFO que se insere nas políticas de saúde comprometidas com a filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS), focalizada no desenvolvimento da sociedade, na saúde das mulheres e no seu empoderamento político e social-cultural vindo ao encontro da missão da ABENFO NACIONAL, que deste a sua criação alia-se à defesa dos direitos humanos e da cidadania. (ABENFO, 2015)

É importante destacar esse contexto de reorganização da ABENFO em meio ao cenário descrito e experienciado como caótico na assistência à gestação e na trajetória de afirmação da profissional das enfermeiras obstétricas, considerando, também, a importância da associação na atualidade no enfrentamento direto à questão da violência obstétrica, sendo um órgão presente em sessões parlamentares e comissões de inquérito que tratam da temática. Sobre a associação, Ludovice ressalta a sua importância atual por pautar questões de saúde reprodutiva, de violência obstétrica, mortalidade materna (enquadrada por ela como um tipo de violência obstétrica), através da promoção de eventos e de agendas de luta (LUDUVICE: 2020).

Como reação a esse cenário, ocorreram mudanças advindas da estruturação de novas gestões inspiradas nos debates feministas e no fortalecimento das agendas de direitos das mulheres, nas quais foram se “forjando essa ideia de violência obstétrica. O que lá atrás a gente não falava” (LUDUVICE:2020: 12). Para Ludovice, a violência obstétrica delimita um campo em torno das questões do nascimento e é quando

qualquer profissional, de saúde, da área obstétrica tenta fazer qualquer coisa que seja invasiva ao corpo, invasiva nas emoções, invasiva na mente e quando, de fato, não consegue ter uma escuta para tentar entender (...). Então, a violência, ela é você invadir um território, um terreno, um ambiente. Tanto do ponto de vista emocional, biológico, o corpo especialmente, porque a gente vai muito na materialidade, mas tem uma violência simbólica que ela é muito agressiva, que ela cala. Então, é tentar calar qualquer possibilidade de diálogo, de escuta até chegar algo que seja mais claro, mais físico, de invasão, sem que aquela mulher permita, sem que ela dê a sua autorização. A não ser, defato, que você tenha certeza que a vida dela pode estar em risco ou a

¹¹¹ O site da ABENFO Nacional apresenta alguns dos anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Disponível em <https://abenfo.wixsite.com/meusite/congresso>, acesso em 30 de agosto de 2021.

vida do seu filho pode estar em risco mas, mesmo assim, isso não dá o direito a ninguém de ser invasivo. Essa negociação, ela é muito complexa. Ela tem vários âmbitos. Então, eu acho que ela vem muito dentro dessa perspectiva de você invadir, invadir do ponto de vista do direito, invadir do ponto de vista físico, invadir do ponto de vista mental, emocional, especialmente. (LUDUVICE, 2020:24,25)

A construção de uma assistência obstétrica diferenciada que passasse por uma revisão de práticas tradicionalmente empregadas contou, como já abordado, com a legitimação científica de pesquisas divulgadas através das publicações da OMS. Essa influência é ratificada por Marilanda Lima quando se refere às publicações da organização, com as quais teve contato quando atuava como representante da UERJ junto à Organização Panamericana de Saúde (OPAS). De acordo com Lima, isso contribuiu para uma melhor compreensão do cuidado na área obstétrica, já que os livros aos quais se tinha acesso, e eram usados na formação, eram livros da área médica (LIMA: 2020).

A base do modelo biomédico e tecnocrático da assistência era o que definia a formação e atuação dos obstetras no Brasil, se mantendo prioritariamente como referencial nos dias de hoje. No entanto, o movimento de contestação de práticas e o enfrentamento à violência obstétrica também contou com a atuação de médicas e médicos obstetras, inseridos no contexto de mudanças da década de 1980, em um processo que passa pela mudança de perspectiva no plano individual e pela organização propositiva, de alguns desses profissionais, na transformação vigente na assistência obstétrica, no Brasil.

Inicialmente, o foco da contestação estava associado ao excesso de cesariana, que começa a ser revisto na década de 1980, inclusive em revistas médicas de grande circulação na época¹¹². Médicos, de forma isolada ou em grupos, denunciam os excessos da profissão do ponto de vista do abuso de tecnologia, ainda sem observar a fundo questões como direitos sexuais e reprodutivos, escolha e autonomia.

Em entrevista concedida para esta pesquisa (2020), o obstetra Marcos Dias relata o processo de mudança, na sua compreensão, sobre o evento do nascimento, a partir do qual toda a sua prática foi reconfigurada. Partindo de uma formação tradicional na UERJ, definida pelo mesmo como uma escola de obstetrícia vaginalista com muito uso

¹¹² Como a Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a FEMINA, entre outras.

de fórceps¹¹³, onde os corpos das mulheres eram “objetos de campo de estudo” (DIAS, 2020: 1), Dias afirma a sua inquietação com a forma de nascer desde a formação, onde estranhava práticas como “subir na barriga da mulher, gritando, um monte de coisa que hoje a gente fala: ‘como que pode ser assim’?”, mas é uma percepção médica de nascimento. Era isso” (DIAS, 2020: 1,2). Essa inquietação foi naturalizada pela formação tradicional e pela sua atuação profissional inicial também em maternidades com esse tipo de assistência. A mudança no cenário do médico se inicia quando a maternidade em que trabalhava, em Curicica, passa por um processo de municipalização e o projeto para ela era de um atendimento diferenciado, “com direito a acompanhante, com banheira, banqueta de parto de cócoras e tudo mais”, como projeto que viria a originar a Maternidade Leila Diniz. Apesar de negar sua participação no projeto, inicialmente, Dias relata que aceita retornar ao mesmo um tempo depois:

na verdade, quando eu saí que eu falei para elas ‘esse não é meu projeto’, eu fiquei muito incomodado porque eu vi que eu estava para trás na perspectiva que estava começando a acontecer na obstetrícia, eu estava ligado só na coisa médica. Eu não estava ligado no que estava acontecendo no latu sensu com a obstetrícia. E aí eu comecei a olhar mais as coisas, comecei a estudar mais as coisas e aí quando elas me convidaram tinha uma proposta já muito bem voltada para a medicina baseada em evidências, boas práticas na assistência ao parto e aí eu fui, efetivamente, assumindo esse lado da boa obstetrícia. Porque não tem uma obstetrícia boa ou má, tem a obstetrícia certa. (DIAS, 2020: 3)

Essa resistência inicial a mudanças, percebida até mesmo em quem já tinha uma certa inquietação com o cenário existente, é visível na fala de Dias, e o percurso de ressignificação da aprendizagem obtida na formação inicial é destacado em sua fala, na qual afirma que “eu fui abandonando tudo aquilo que eu aprendi, joga fora, tudo que você acumulou, que você achava que era conhecimento certo e joga fora e vai enchendo a mala de novo. Então você vai refazendo processos”, listando as práticas que foram revistas como episiotomia, e formas diferenciadas de assistência não tradicionais, como o parto na água (DIAS, 2020: 3). A resistência da comunidade médica é apresentada pelo obstetra no relato de que, ao iniciar algumas dessas mudanças, virou alvo de *bullying* dos colegas de profissão: “as mulheres barbadas, manda parir com o Marcos”, em referência a mudança em relação ao uso da tricotomia, entre outras práticas (DIAS, 2020).

¹¹³ Instrumento cirúrgico semelhante a uma pinça utilizado para extrair o feto em alguns partos vaginais.

Marcos Dias atribui grande importância às feministas em sua formação, principalmente, às aquelas responsáveis por essa mudança na política de saúde da mulher no Rio de Janeiro, no final da década de 1980. Essa interação, somada, segundo ele, à sua prévia sensibilidade ao diálogo e parceria, e não somente ao ato médico, trilhou o caminho que o levou à gerência do Programa Saúde da Mulher, da prefeitura do Rio de Janeiro, onde atuou na ampliação dessa política, posteriormente definida como *humanização*, para outras maternidades. Essa mudança assumia questões como a inclusão da enfermeira obstétrica no parto, as boas práticas como diminuir o uso da ocitocina, episiotomia etc. (DIAS, 2020). Nesse cargo, Dias atuou na formação através de seminários e encontros diversos com médicos e gestores na temática de direitos reprodutivos e assistência ao parto. Esses encontros tinham o objetivo de promover a incorporação das evidências científicas que, desde 1985, vinham sendo abordadas pela OMS e, também, pela Organização Cochrane (DIAS, 2020). Mesmo com essas ações, havia uma dada resistência à mudança, principalmente por parte dos hospitais universitários.

De acordo com a médica epidemiologista, Daphne Rattner, na década de 1980, havia, de forma muito forte, o que ela define como “culto aos médicos”, havendo pouco interesse em discutir qualidade na assistência. A mudança na área médica é inserida pela medicina baseada em evidência, ainda que tenha ocorrido resistência. O argumento científico legitimava a necessidade de mudança e algumas ações políticas influenciaram na aceleração desse processo.

Além da incorporação dos protocolos da OMS, Dias cita a proposta do Ministério da Saúde de Seminários Nacionais em Obstetrícia e Neonatologia Baseada em Evidências Científicas, onde a equipe da qual o obstetra fazia parte viajou por várias localidades do Brasil treinando profissionais nas maternidades. A implementação dessas ações no nível político contou, principalmente desde 1983, a partir da implementação do PAISM, com a ação dos movimentos de mulheres e da sociedade civil. A importância do envolvimento da sociedade civil foi destacada também por Dias, através do relato de sua participação na Rehuna e de como a rede se estabelece como um ator político significativo, principalmente a partir dos anos 2000, após a conferência Internacional sobre Humanização do Parto, em Fortaleza.

A Rehuna, que já na sua carta de fundação define violência e constrangimento na saúde reprodutiva das mulheres, foi o espaço onde Daphne Rattner afirma ter

encontrado um caminho para falar de qualidade na assistência através da promoção da humanização do parto e nascimento. A médica descreve a sua atuação através do Grupo de Estudo sobre Nascimento e Parto (GENP), iniciado na década de 1990, que publicava boletins com discussão científica de diversos aspectos da assistência ao parto, assumindo o papel de divulgação de informações baseadas no preceito de que as práticas deveriam estar referenciadas em argumentos científicos (RATTNER, 2020).

Na época não se utilizava o termo *violência*, mas a ideia de humanização que, segundo Rattner, era, na verdade, uma resposta à violência e uma prerrogativa para que ela não acontecesse. A médica destaca a importância de se “reconhecer que a mulher é um ser humano, que o bebê é um ser humano e que o profissional é um ser humano, que é uma relação de seres humanos profissional e aprofissional” (RATTNER: 2020, p. 4). Percebe-se a ideia global de humanização através da fala de Rattner, que destaca todos os agentes envolvidos na assistência ao parto e nascimento e a necessidade de reconhecimento de sua humanidade, o que significa que, em diversas instâncias, essas pessoas estão sendo desumanizadas, submetidas à uma dinâmica de engrenagem de um processo mecanizado que gera danos.

No caso dos indivíduos que gestam e passam pelo processo de parto e nascimento, essa desumanização é produzida, também, por mecanismos socioculturais que delimitam a subjugação do seu corpo, principalmente em suas questões reprodutivas. Quanto aos profissionais da saúde envolvidos, suas trajetórias de formação respondem à lógica do mercado, e a subalternização e/ou precarização do seu trabalho são variáveis importantes que, se não forem considerados, impossibilitam a mudança real do cenário da assistência como um todo.

A construção dessa mudança tem sido organizada, principalmente, através de organizações do terceiro setor que impulsionam pesquisas e debates não só sobre humanização, mas sobre violência obstétrica e demais questões da assistência ao parto e nascimento como um todo. A presença de profissionais da saúde nessas organizações, como a experiência de Dias e Rattner na Rehuna, de Ludovice e Lima na Abenfo, entre outros, permite que o debate adentre às universidades e demais centros de pesquisa e formação profissional através dessa circulação de saberes provocada pela interação desses atores.

Nesse sentido, esses espaços, construídos por profissionais da saúde, e profissionais que atuam na saúde, como as doulas, assim como pelas usuárias de serviços privados e públicos de assistência ao nascimento, destacam-se como instituições indispensáveis no processo de nomeação de determinadas ações como *violência obstétrica* e o enfrentamento à sua reprodução. Cabe ressaltar o papel que as doulas possuem nesse contexto de enfrentamento à violência obstétrica, sendo a presença dessa profissional apontada como um ponto positivo em desfechos perinatais (BRUGGEMANN et al, 2005; LEÃO E BASTOS, 2001) e na experiência de parto, além de como um dos fatores que pode ser inibidor da própria violência obstétrica.

A palavra *doula*, de origem grega, possui o significado original de “mulher que serve” (BARBOSA et. al, 2018). Atualmente, designa o trabalho de “profissionais treinadas e capacitadas para acompanhar as gestantes e parturientes”, tendo como função o “suporte durante a gestação, pré-parto, parto, pós-parto e puerpério se utilizando de recursos de conforto emocional e alívio físico, técnicas não farmacológicas diversas e informações sobre o sistema obstétrico, com a finalidade de promover o bem-estar neste período”¹¹⁴.

De acordo com Ferreira Júnior et. al (2014), em artigo publicado no Caderno Humaniza SUS sobre as doulas na assistência ao parto e nascimento, a atuação dessa profissional “possibilita ‘melhora nas orientações e segurança da mulher’ por meio da disponibilização de uma significativa quantidade de informações, desenvolvendo orientações que tornam a mulher segura acerca das possibilidades de um parto mais adequado à sua escolha”, benefício que ocorre, principalmente, se o acompanhamento é realizado durante a gestação, parto e puerpério (FERREIRA JÚNIOR et. al, 2014, p. 208).

Maria de Lourdes (Fadynha), uma das principais referências na humanização do parto e no trabalho de doulas, no Brasil, destaca que muitas mulheres se tornam doulas depois de terem vivido violência obstétrica pessoalmente, “para não deixarem isso acontecer com outras pessoas” (FADYNHA, 2020). O trabalho de “defesa” dessas outras mulheres se daria através da promoção da informação e preparo anterior ao parto, já que, de acordo com a própria Fadynha, o exercício da doula no parto não pode interferir nas ações médicas e de assistência de forma direta:

¹¹⁴ O que é doula? Disponível em <https://doulasrj.com.br/>, acesso em 09 de novembro de 2021.

Na hora do trabalho de parto, a doula tem que ser muda, completamente muda. Ficar ali só para dar, fazer o trabalho de apoio à mulher, mas não é discutir com o obstetra, não vai criar caso com o obstetra, com a equipe médica, com a equipe obstétrica, quem quer que esteja lá responsável por aquele parto. Ela pode interagir com eles, mas ela não vai falar: opa, agora eu sou a doula e eu não deixo você fazer nada mais. Não existe isso e nem pode. Então, tudo que ela tem que esclarecer é antes, e o casal tem que estar bem preparado para eles decidirem e o que eles não quiserem aceitar, eles pedirem explicações. (...) O marido e a mulher podem dizer, mas a doula não. (...) Por isso mesmo, eu assisti muitas violências obstétricas na minha frente. (...) mas eu não posso falar nada, não posso falar nada ali. Nem depois também porque eu vou, a não ser que a mulher me pergunte: aquilo estava certo e tal e insista para eu explicar alguma coisa e tal, para abrir a cabeça, mas também adianta o quê, falar depois? Não adianta. Não vai voltar mais. Mas assim, para esclarecer algumas assim, mas às vezes fica para mim (...) (FADYNHA, 2020, p. 19)

Percebe-se no relato da Fadyinha sobre o ofício, as possibilidades e os desafios da ocupação das doulas. Como apoio contínuo e suporte da parturiente, as doulas tem a possibilidade de promover um conhecimento sobre a fisiologia do parto, sobre as evidências científicas atualizadas e sobre questões relacionadas ao funcionamento do sistema de saúde e, de acordo com a experiência de cada uma, e suas redes de contato, elucidar sobre plantões e determinados profissionais conhecidos na área. Essa experiência ajuda no processo informativo que auxilia a/o gestante na tomada de algumas decisões que, em geral, são registradas no Plano de Parto. No entanto, o trabalho das doulas que atuam somente na hora do pré-parto e parto, como as voluntárias de plantão, ou aquelas que são contratadas somente para este momento, não tem essa possibilidade de diálogo mais atento que promove uma maior eficácia na sua atuação, ainda que seu acompanhamento continue apresentando benefícios. Mesmo assim, acompanhando a/o parturiente em todo o percurso ou somente no parto, a possibilidade de acompanhar violências neste momento é real e, a impossibilidade de reação à mesma gera um clima de desconforto, além de outras questões que impedem o fluir do trabalho, como destacam Ferreira Júnior et. al, como as estruturas hospitalares e a resistência à presença da doula por desconhecimento do ofício e pelos impedimentos que ainda surgem pelo trabalho não ser reconhecida como uma profissão¹¹⁵.

¹¹⁵ A atuação das doulas tornou-se uma ocupação em 2013 pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sendo considerada categoria ocupacional n. 3221-35, enquadrada como tecnólogos e técnicos em terapias alternativas e estéticas pelo MTE (Rattner et. al, 2014).

As principais leis¹¹⁶, a nível local, que garantem a presença da doula no parto, juntamente com o acompanhante de livre escolha da/do parturiente, iniciaram em 2016, fruto do movimento de mulheres. Importante destacar, também, a inserção desse trabalho no Sistema Único de Saúde, como fruto de uma parceria entre Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília e a da Rehuna (RATTNER et. al, 2014), ainda com presença tímida de doulas voluntárias e no atendimento do parto imediato, sem a ampliação do trabalho no vínculo pré-natal, parto e pós-parto imediato.

A reunião das doulas em Associações¹¹⁷ e coletivos¹¹⁸, assim como as demais redes de humanização do parto, têm construído uma organicidade aos grupos e promovido uma ampliação da força de sua atuação através de campanhas e da presença em sessões parlamentares que discutem, não só, a legalização da atuação das doulas, mas, também, temas como a violência obstétrica. Além disso, a atuação na formação e atualização dessas profissionais e a elaboração de materiais informativos, inclusive sobre violência obstétrica, marcam a trajetória de movimento coletivo que hoje está fortalecido, ainda que com muitos desafios e a necessidade veemente de sua ampliação para todas as classes sociais, sendo, por isso, imperativo sua presença no SUS em todo o acompanhamento do processo gravídico-puerperal.

Delimitação e enfrentamento à violência obstétrica: influências internacionais e a atuação dos profissionais na sua configuração no país

A delimitação da violência obstétrica como uma categoria específica tem sido trilhada por organizações de mulheres com base, principalmente, em experiências legislativas da América Latina e com a legitimação científica das evidências atualizadas das práticas de assistência ao parto. Através da organização de Ongs e de coletivos de mulheres, a tematização da violência se insere no debate público marcado por uma judicialização em busca de garantia de direitos.

¹¹⁶ Como a Lei nº 16.869/2016, Santa Catarina. Dispõe sobre a presença de doulas, durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Disponível em: [dohttps://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias](https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias), acesso em 22 de fevereiro de 2022.; e a Lei nº 6.305/2017 que permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Lei-6305.17-Lei-das-Doulas-Rio.pdf>, acesso em 22 de fevereiro de 2022.

¹¹⁷ Como exemplo a Associação de Doulas do Rio de Janeiro (Adoulas/RJ).

¹¹⁸ Como exemplo os coletivos Gesta, Fardo de Ternura e Sankofa.

Nesta direção, destaca-se o trabalho da rede *Parto do Princípio. Mulheres em rede pela maternidade ativa*, na construção de dossiês e demais materiais informativos, como cartilhas e folders sobre o tema da violência obstétrica¹¹⁹, além da atuação da Rehuna e de sua inserção nos processos de formação profissional e de consultoria para elaboração de políticas públicas.

No ano de 2006 a Parto do Princípio elaborou um dossiê, documento que reúne depoimentos de mulheres sobre suas experiências na assistência, e artigos que embasam a argumentação das autoras sobre a alta incidência de cesáreas, no Brasil, motivada pela insatisfação de mulheres usuárias, em sua maioria, da assistência do setor privado de saúde. Essa alta incidência da operação cesariana, é analisada pelas relatoras como sendo decorrente de alguns aspectos da assistência obstétrica no país, que a transformou em um objeto de consumo e criou um cenário de desencontro de informações entre médicos e mulheres. Entre as principais causas que desencadearam o que as autoras definem como “banalização da cesariana na rede de saúde suplementar”, foram destacadas a facilidade de manutenção do padrão de vida médica, com a possibilidade de planejar feriados e férias; a valorização da formação cirúrgica do médico obstetra; a fuga de ações judiciais em caso de desfechos negativos do parto normal; excesso de intervenções desaconselhadas pela OMS; laqueadura conjunta e cesárea à pedido da parturiente (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006).

No contexto do agendamento da cesárea com uma justificativa médica, é apresentado no dossiê uma série de motivos, nem sempre plausíveis, de acordo com a argumentação apresentada e, muitas vezes, já contestados com evidências científicas. Essas justificativas médicas servem para criar uma causa plausível para a mulher e para a família, e uma comprovação da necessidade do procedimento junto aos planos de saúde. Sobre esse fato, as autoras assumem como “perversidade” o ato de “se divulgar falsos motivos para a realização de uma cesárea”, o que acaba, segundo elas, por perpetuar “um círculo vicioso de ignorância que torna as mulheres cada vez mais suscetíveis a uma cirurgia desnecessária” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006: p. 11). Como consequência da banalização da operação, destacam alguns pontos como doenças maternas, mortes, e uso de antibióticos pós-operatório; complicações em gravidezes

119 O grupo também elaborou outros dois dossiês sobre a efetividade da Lei do acompanhante, em 2009 e 2010 que também rendeu denúncia ao Ministério Público sobre o não cumprimento da Lei em alguns estados.

futuras; maior prematuridade e morbimortalidade perinatal, além de prejuízo à amamentação (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006).

As redatoras do dossiê utilizam-se de argumentos de comprovação científica sobre o tema, além de reforçar argumentos jurídicos de defesa do consumidor. Acionam, como exemplo, iniciativas de outros países e algumas experiências brasileiras no âmbito do SUS para a diminuição das cesáreas, pressionando a entidade reguladora e fiscalizadora, ANS, a enfrentar o que definem como um grave problema de saúde pública. Assim, propõem algumas soluções à entidade, como mudanças no pagamento de cesáreas e partos normais, com maior remuneração para o parto normal; o credenciamento de enfermeiras obstetras para realizar partos normais, presumindo uma tabela de pagamentos instituída pelos planos de saúde à esse serviço; a construção de casas de parto particulares próximas aos hospitais, garantia de acompanhante de escolhida gestante em todo o processo, e a ação de publicização das taxas de cesariana, tanto dos médicos quanto das maternidades credenciadas nos planos de saúde (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006).

Dentre os dados averiguados no dossiê, destacam-se aqueles que relatam que o aumento da proporção de cesarianas não acompanha o decréscimo na mortalidade perinatal materna, “desmistificando o argumento tradicionalmente evocado de que a cesariana seria mais segura do que o parto vaginal” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2006: p. 2). Esta constatação exemplifica o chamado “paradoxo perinatal”, no qual mesmo com acesso a serviços de saúde e assistência, assim como à tecnologia, continua-se obtendo resultados inferiores, através da desconsideração dos fatores iatrogênicos da utilização inadequada de tecnologia e da prevalência de seu uso frente às ações de prevenção (DINIZ, 2009). Esse dossiê possui um papel importante na construção de uma visão desnaturalizada da cesárea e da transformação na utilização dessa intervenção cirúrgica, e a posterior compreensão do abuso dessa utilização, como violência obstétrica, reforçando a ideia do caráter prejudicial do mau uso da técnica, com destaque para o agravante do aspecto da assimetria das relações entre paciente e médico, o que dificulta a possibilidade de contestação por parte das usuárias.

A partir da apresentação do cenário da assistência ao parto como linha de montagem, as autoras do dossiê afirmam que “a mudança do olhar não viria das instituições acadêmicas, mas da organização civil fundamentada nos preceitos do feminismo, trazendo a emergência para as análises que considerem a mulher como

principal sujeito” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 13). A partir dessa consideração, apresentam uma série de iniciativas, algumas transformadas em ações concretas e legislação, fruto da ação das mulheres organizadas, como a Lei do acompanhante, por exemplo¹²⁰.

A argumentação entorno da importância da judicialização do problema da violência obstétrica, e suas possíveis punições em caso de descumprimento, são ancoradas no exemplo das legislações Argentina e Venezuelana sobre o tema. A Lei Argentina, de 2009, tipifica as modalidades de violência contra a mulher, a saber, violência doméstica, violência institucional, violência laboral, violência contra a liberdade reprodutiva, violência obstétrica e violência midiática, incluindo os subtipos de violência que podem se manifestar nessas modalidades: física, psicológica, sexual, econômica e patrimonial, sem tipificação de delito nem penas a serem aplicadas em caso de seu descumprimento. No caso da Lei Venezuelana de 2006, há a tipificação de 19 formas de violência de gênero contra a mulher¹²¹, dentre elas, a violência obstétrica, com tipificação de delito e suas respectivas punições. Quanto a violência obstétrica, a punição é o pagamento de multa e encaminhamento disciplinar correspondente na instituição gremial (o que corresponderia aos conselhos das categorias profissionais, no Brasil), considerando como delito as seguintes ações: não atender oportuna e eficazmente as emergências obstétricas; obrigar a mulher a parir em posição supina e com as pernas levantadas, existindo meios para a realização do parto vertical; obstacularizar o apego precoce da criança com a mãe, sem causa médica justificada; acelerar o processo natural do parto de baixo risco sem consentimento da mulher; praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o natural, sem consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 46). Percebe-se que são inseridos somente as ações médicas relativas ao uso de técnicas e tecnologias no parto, com condutas consideradas danosas ou não comprovadamente eficazes. Para os atos de humilhação, ofensas e xingamentos na assistência institucional, interpreta-se que estejam contemplados na tipificação de violência psicológica, que

120 As autoras também tecem considerações sobre as limitações dessa lei, posto que “o corpo da Lei institui o direito à parturiente de apenas um acompanhante de sua escolha, mas não possui meios de estabelecer punição a quem impedir ou não fazer cumprir a mesma, por falta de fundamentos no corpo do Código Penal” (Parto do Princípio, 2006:p. 21)

121 Psicológica, acusação, ameaça, violência física, doméstica, sexual, acesso carnal violento, prostituição forçada, escravidão sexual, ‘acoso’ sexual, violência laboral, patrimonial, econômica, obstétrica, esterilização forçada, midiática, institucional, simbólica, tráfico de mulheres, meninas e adolescentes, ‘trata’ de mulheres, meninas e adolescentes. (Parto do Princípio, 2012).

possui pena de dezoito meses de reclusão. O dispositivo Venezuelano prevê, ainda, a reparação de danos por meio de indenização à mulher e seus herdeiros.

Considerando as legislações acima, as autoras do dossiê identificam as limitações das mesmas e consideram a eficácia maior da lei Venezuelana, considerando sua efetividade de coibição e erradicação da violência por conta de seu caráter “altamente rigoroso e punitivo”. Assumem, contudo, que “tanto a legitimação dos direitos como o reconhecimento do delito requerem esforços da sociedade civil para a compreensão dos mesmos, o que se dá não sem resistência dos que passam a configurar-se como agressores” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 29, 30).

De forma semelhante, é apresentada nas leis acima uma definição geral de violência obstétrica como “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde que se expressa em um trato desumanizado da medicalização e patologização dos processos naturais” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 36). Como grande diferença entre a legislação dos dois países, apontam a ausência de uma definição sobre humanização do atendimento ao parto na lei Venezuelana, assim como a compreensão do processo como evento familiar. No caso da lei argentina, destacam a falta de dispositivos punitivos, porém, atribuem à essa lei “um caminho mais seguro na construção de uma praxis médica e social que atenda não somente a garantia dos direitos da mulher contra a violência, mas à sociedade em seus processos de continuidade e estruturação biológica, cultural e política” (Parto do Princípio, 2012: 49, 50), o que indica uma preocupação do grupo para além de uma perspectiva punitivista, com a ponderação de questões que envolvam mudanças a longo prazo na área da assistência ao nascimento e como isso pode ser inserido em legislação para garantir a efetividade de direitos para as mulheres.

Outro aspecto importante a ser considerado do dossiê é a defesa das autoras da importância na distinção entre violência institucional e violência obstétrica, pois, segundo elas,

o risco de considerarmos, exclusivamente, a violência obstétrica como um traço da violência institucional se dá pela manutenção do construto que perpetua o abuso das ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos. (...). Outro risco é o Estado continuar sendo condescendente para com a atuação negligente, imprudente e danosa do profissional de saúde, que encontra nas condições estruturais da instituição de atendimento as justificativas para os seus atos. (Parto do Princípio, 2012: 51,52)

As autoras encerram a argumentação sobre a importância da distinção das violências, defendendo-a contra a manutenção da negação às mulheres dos “meios para fazer valer seus direitos como pessoa humana, em circunstâncias específicas de sua existência” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 52)

Após as ponderações sobre as legislações dos países vizinhos e o cenário brasileiro da assistência ao parto, propõem que, para a realidade brasileira, além de se fazer cumprir a legislação já existente, “deve-se corrigir seus dispositivos de modo a não permitir interpretações que venham subtrair um direito que se pressupõe estar atribuído; criar novos dispositivos, assegurando que se cumpra na totalidade o que se preconiza nas campanhas governamentais de humanização” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 52)

Assim, finalizam abordando a importância do reconhecimento do problema, com destaque para o papel de pesquisas que relatam o cenário histórico da assistência, além de apresentarem uma tipificação elaborada para a abordagem da violência obstétrica, no Brasil. Nesse esforço, destacam que não limitam a violência obstétrica apenas aos profissionais da saúde, devido a pluralidade das fontes de agressão contra a mulher no contexto de suas questões de saúde reprodutiva, inserindo o aborto e processos de esterilização (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Assim, definem como atos caracterizados como violência obstétrica “todos aqueles praticados contra a mulher no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis” (Parto do Princípio, 2012: 60), possuindo caráter físico¹²², psicológico¹²³, sexual¹²⁴, institucional¹²⁵, material¹²⁶ e midiático¹²⁷, podendo mesclarem-se em um mesmo ato.

122 “Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendações baseadas em evidências científicas”. (Parto do Princípio, 2012: 60)

123 “Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio”. (Parto do Princípio, 2012: 60)

124 “Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo”. (Parto do Princípio, 2012: 60)

125 “Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada”. (Parto do Princípio, 2012: 60)

126 “Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa jurídica”. (Parto do Princípio, 2012: 60)

A rede produziu, para além dos dossiês apresentados, materiais de sensibilização quanto à assistência obstétrica, como um folder e cartilha sobre o tema¹²⁸, e a cartilha sobre episiotomia, todos disponíveis em acesso aberto no site oficial da rede. O material sobre episiotomia produzido pela Rede e pelo Fórum de Mulheres do Espírito Santo¹²⁹, com apoio da Associação das mulheres Unidas da Serra- ES e do Fundo Brasil de Direitos Humanos¹³⁰, foi publicado em 2014, juntamente com a cartilha sobre violência obstétrica¹³¹ (KONDO, 2020).

Sobre o material em formato de cartilhas, Cristiane Kondo relata que o objetivo era “colocar de forma bem simples, que fosse fácil de compreender, da gente passar essa informação sem chocar muito, sem trazer muitos jargões técnicos” (KONDO, 2020: 7) e que essas informações fossem transmitidas em oficinas multiplicadoras. Através de uma “vaquinha”¹³², o grupo dobrou o número da tiragem e enviou para as ativistas em outros lugares do país, fora do Espírito Santo. Kondo afirma que o movimento de mulheres era o público-alvo, afirmando que “A gente queria essa informação para o movimento de mulheres porque a gente sabia que esse material na mão dessas pessoas teria muito mais potência” (KONDO, 2002: 7).

No âmbito da valorização do espaço coletivo do movimento de mulheres, no que diz respeito ao ativismo em relação ao parto e nascimento, as listas/grupos de

127 “Ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidos a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação”. (Parto do Princípio, 2012: 60).

128 Disponível em https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_b221d995abbf4869a429e346201d814a.pdf, acesso em 17 de novembro de 2021.

129 Organização feminista criada em 1992 que mobiliza mulheres para a formação política, auto-organização, luta pela autonomia e liberdade das mulheres através das reivindicações contra opressão de gênero, discriminação étnico-racial, socioeconômica, geracional e de orientação sexual. Atuam com denúncias de situações de opressão e na luta por justiça socioambiental, na reivindicação de políticas públicas para as mulheres e de enfrentamento à toda forma de violência contra elas. Possui parceria com a Parto do Princípio desde 2010 no aprofundamento das questões sobre violência obstétrica e seu enfrentamento. Descrição baseada na definição do Fórum no material da cartilha. Disponível em https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_b221d995abbf4869a429e346201d814a.pdf, acesso em 17 de novembro de 2021.

130 O Objetivo desse fundo, segundo site oficial, é “promover o respeito aos direitos humanos no Brasil, construindo mecanismos inovadores e sustentáveis que canalizem recursos para fortalecer organizações da sociedade civil e para desenvolver a filantropia de justiça social”, Disponível em <https://www.fundobrasil.org.br/>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

131 Disponível em https://e6ea6662-6ead-4c70-8dcb-5789fbe8c1b9.filesusr.com/ugd/2a51ae_a3a1de1e478b4a8c8127273673074191.pdf, acesso em 17 de novembro de 2021.

132 Nome popular e que intitula algumas plataformas criadas na internet para angariar fundos com finalidades específicas.

discussões online, foram ressaltadas por Niy (2021), Kondo (2020) e Fadyinha (2021). As listas de e-mails constituíram-se, de acordo com essas profissionais/ativistas, como importantes meios de troca de informações e experiências sobre parto e, de acordo com Niy, foi a partir delas que a demanda por uma atuação coletiva passou a existir (NIY, 2021). Esses grupos, constituídos basicamente por mães e outras mulheres interessadas no tema do parto, com um recorte socioeconômico e racial bem específico (mulheres, em sua maioria brancas e de classe média), também contavam com a participação de alguns profissionais das áreas da obstetrícia, enfermagem, psicologia, entre outras. Essa forma de ativismo materno foi fomentada, posteriormente, pela ampliação do alcance das redes sociais (o antigo orkut, facebook, instagran, whatsapp, etc). Considerando as especificidades e o alcance de público diferenciado de cada rede, a diversificação desses espaços de fala e visibilidade foram potencializando o alcance dessas informações e da formação de redes, além de impulsionarem a organização e divulgação de eventos, atos, e demais ações de enfrentamento à violência obstétrica e, também, em relação as demais questões relativas à assistência ao parto.

Na esteira desse processo encontra-se, também, o papel do “paciente informado, “indivíduo inteirado sobre sua condição de saúde, devido à pesquisa extensa e ao compartilhamento de informação que realiza na internet” (PEREIRA NETO et.al, 2015: 1653), e que se tornou “uma pessoa que conquistou habilidades e conhecimentos necessários para desempenhar um papel ativo na decisão que envolve sua saúde e a gestão de suas condições de vida (DONALDSON, 2003; *Apud* PEREIRA NETO et.al, 2015: 1655). Pereira Neto et. al demonstram que, longe de questionar a validade do conhecimento biomédico, o paciente informado questiona uma determinada assistência médica através das informações disponibilizadas em inúmeros websites sobre diversas temáticas como patologias específicas, saúde e qualidade de vida, entre outros, e em comunidades online que se constroem através da troca de informação e apoio mútuo. Os autores afirmam ainda, que

é possível que os empoderamentos individual e coletivo, incrementados pela informação disponível e produzida na internet, e a dominação médica não sejam mutuamente excludentes, mas duas facetas de uma mesma realidade. Essa complementaridade não impede que o “paciente informado” questione o saber médico instituído (PEREIRA NETO et.al, 2015: 1668)

No âmbito da assistência ao parto, é através desses grupos de discussão online que muitas mulheres passam a identificar a sua história como tendo sido atravessada

pela questão da violência, e é também nesses espaços que são apresentadas às evidências científicas que reforçam o saber biomédico sobre o corpo feminino e a associação do fenômeno do “paciente informado” com ele. As temáticas apresentadas a seguir nas cartilhas são amplamente divulgadas em websites, como o da própria rede Parto do Princípio e da Rehuna, além de coletivos maternos¹³³, associações e coletivos de doulas¹³⁴, entre outros. Essas ações possuem o objetivo de informar as mulheres sobre os mecanismos fisiológicos do processo de gestação, parto e nascimento, assim como as intervenções técnicas e tecnológicas realizadas na assistência ao parto, destacando aquelas que não são mais consideradas benéficas de acordo com o padrão de evidências científicas mais recente, inserindo-as no hall da violência obstétrica, juntamente com as atitudes de cunho interpessoal que, também, se configuram como violentas.



Figura 5: Reprodução da capa da cartilha sobre Episiotomia

Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

A cartilha sobre episiotomia apresenta o tema de forma ilustrativa, com definições claras ao leitor e imagens quase lúdicas, com a reprodução da vulva em material de fuxico¹³⁵, avançando para algumas imagens de bisturis e tesouras com sangue, finalizando com uma única fotografia do procedimento ao final da publicação, que expõe de forma mais real o fato. Através de testemunhos de mulheres que passaram pelo procedimento, vão construindo a narrativa de explicação e de validação de sua

133 Como exemplos <https://clubedamaternidade.com.br/violencia-obstetrica/>; <https://www.ocupamae.com/combate-violencia-obstetrica/>; <https://cientistaqueviroumae.com.br/maternidade-e-violencia-obstetrica-pautas-feministas/>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

134 Exemplos: <https://doulasrj.com.br/2018/09/14/conheca-o-projeto-doula-a-quem-quiser/>; <https://adoules.com.br/adoules/>; <https://blog.casadadoula.com.br/gravidez/violencia-obstetrica-saiba-o-que-e-para-nao-ser-vitima-dela/>; acesso em 30 de dezembro de 2021.

135 Tipo de artesanato brasileiro que envolve costura de pedaços de pano em formas diferentes.

oposição ao mesmo, acionando argumentos científicos através de estudos e publicações da OMS e mostrando os resultados danosos da prática utilizada de forma rotineira, evidentes, também, nos próprios testemunhos relatados (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014). As autoras atribuem o uso do procedimento à formação tradicional dos médicos que o reproduzem na maioria dos partos vaginais, mesmo com evidências científicas contrárias, além da adoção da prática como meio didático para ensinar residentes. Além de uma resistência à mudança no ensino obstétrico, o aspecto cultural do machismo estrutural expresso no discurso médico de reprodução do mito do prazer masculino e da sexualidade feminina (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014), mito esse que se sabe expresso, também, no fatídico “ponto do marido”, também é destacado como motivo da manutenção da episiotomia na assistência.



Figura 6: Reprodução de páginas da cartilha sobre Episiotomia.

Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

O “corte por baixo” é utilizado de forma rotineira desde meados do século XX, baseado na crença de que tal intervenção facilitaria o nascimento e preservaria a integridade genital da mulher, argumentos que, desde meados da década de 1980, são contestados através de evidências científicas sólidas que mostram o efeito contrário do procedimento (DINIZ E CHACHAM, 2006). Simone Diniz e Alessandra Chacham destacam que a utilização desse procedimento está ancorada em questões de gênero, como a crença na passividade do corpo feminino e na sua imprevisibilidade, que levava falsa ideia de que a vagina não pode se distender e voltar ao normal. Este fato, somado à cultura de utilização dos corpos de mulheres para estudo, onde a episiotomia muitas vezes é a primeira oportunidade de treinar sutura de um cirurgião, transformaram a cirurgia em prática de rotina, sendo essa mantida apesar da maioria dos médicos já

reconhecerem a ausência de evidências solidas que comprovem o seu benefício, e as muitas evidências que atestam os seus malefícios (DINIZ E CHACHAM, 2006). Este procedimento, inclusive, é responsável pela “escolha” pela cesárea de muitas mulheres, fato relatado, segundo a pesquisa das autoras, em fóruns eletrônicos nos quais as mulheres relatam terem escolhido a operação para fugir da episiotomia (DINIZ E CHACHAM, 2006). Em outro artigo onde Diniz discute o paradoxo perinatal, a autora apresenta o argumento de grupos de usuárias organizadas que “acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas às quais a prática médica supostamente deveria aderir” (DINIZ, 2009: 321).

Diniz e Chacham finalizam o artigo sobre o contexto da difícil “decisão” da mulher entre o “corte por cima” (cesárea) ou “o corte por baixo” (episiotomia), e a luta pela mudança desse cenário afirmando a importância do reconhecimento desse problema para que ele possa ser superado. Tal conclusão é apresentada na finalização da cartilha sobre episiotomia da Parto do Princípio, ao lado de uma fotografia do procedimento:

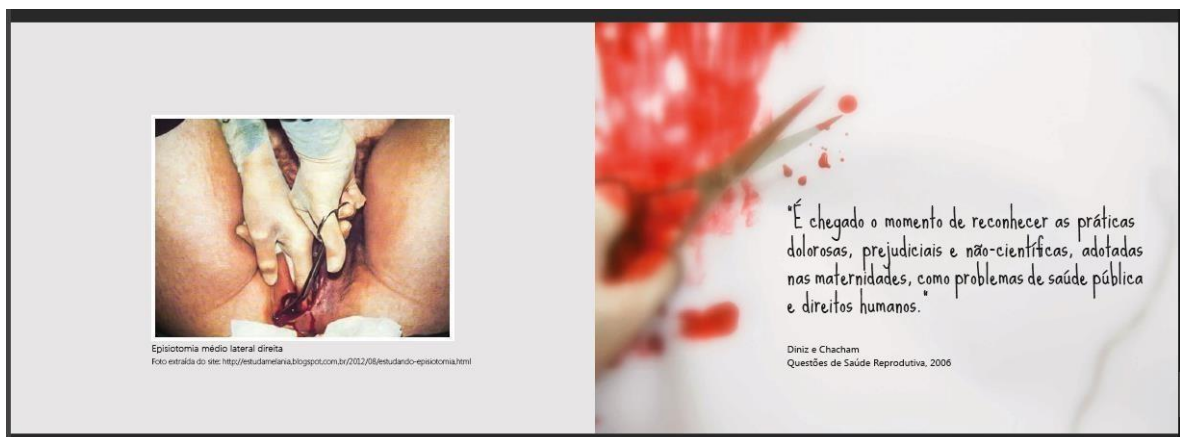


Figura 7: Reprodução de páginas da cartilha sobre Episiotomia
Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

A luta contra a naturalização do procedimento, enquadrado por muitos como uma espécie de mutilação genital, teve sua expressão pública iniciada, no Brasil, em 2003, com a campanha realizada pela Rehuna pela abolição da Episiotomia de rotina, com a presença de representante do Centro Latino-americano de Perinatologia – CLAP.

(DINIZ E CHACHAM, 2006; REHUNA, 2021¹³⁶). A campanha foi divulgada em diferentes mídias, entre as quais, jornais de grande circulação, como a folha de São Paulo que fez uma entrevista com Simone Diniz sobre a temática, onde a mesma afirmou, entre outras elucidações sobre o assunto, o impacto de ordem financeira com a adoção de rotina de um procedimento com eficácia não comprovada e, principalmente, o impacto na saúde com dor física e sequelas, afirmando que “a integridade corporal é um dos direitos humanos da mulher, que nesse caso é totalmente desrespeitado” (DINIZ, In: Folha de São Paulo, 2003)¹³⁷.

Assim como a episiotomia, as demais ações consideradas como violência obstétrica foram alvo de campanhas e de elaboração de materiais informativos e educativos, como a cartilha *Violência Obstétrica é Violência contra a mulher*, elaborada, também, pela Parto do Princípio. Essa cartilha segue uma linha mais realista nas imagens, do início ao fim, em comparação com a cartilha de episiotomia, com uma reprodução logo na capa de uma manobra de Kristeller em uma mulher em posição litotômica¹³⁸. As autoras iniciam a apresentação do material situando a violência contra a mulher, em geral, e como o desrespeito nas instituições de saúde durante o atendimento ao pré-natal, parto, aborto ou puerpério configura-se como uma violência designada como violência obstétrica (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).



Figura 8: Reprodução da capa da Cartilha sobre Violência Obstétrica
 Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

136 Nossa História-Rehuna. Disponível em <https://rehuna.org.br/nossa-historia/>, acesso em 7 de dezembro de 2021.

137 Médica defende parto sem corte cirúrgico na vagina. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u2481.shtml>, acesso em 7 de dezembro de 2021.

138 Mulher deitada, com as pernas abertas, em posição de exame ginecológico tradicional.

A partir de então, apresentam algumas ações, que se enquadrariam como violência, a partir de relatos de mulheres que as sofreram, seguidos de uma explicação sobre o mesmo e de definições científicas ou em termos de legislação que garantiriam uma opção diferente. Inserem-se nos exemplos algumas ações, como o desrespeito a lei do acompanhante, a ausência de informação sobre procedimentos e sobre os motivos da cesárea, assim como impedimento à liberdade de movimentação e escolha da posição para o nascimento, além do atendimento desrespeitoso a partir de falas de julgamento e/ou ofensas às mulheres. As autoras da cartilha destacam a importância do direito ao atendimento baseado em evidência científica e “o direito à parir...ou o direito de não ser enganada”, referindo-se ao processo de cesáreas realizadas com motivos não justificáveis do ponto de vista científico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

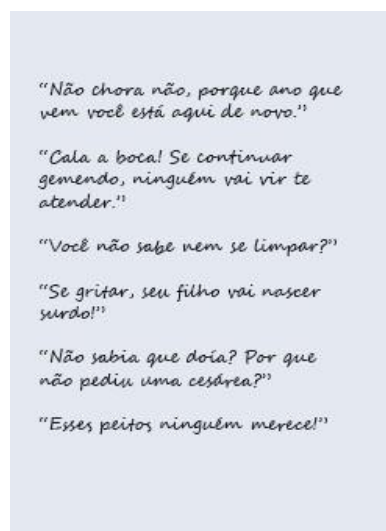


Figura 9: Reprodução de uma página da cartilha sobre Violência Obstétrica: falas ouvidas por mulheres na assistência ao parto
Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Ambas as cartilhas traziam na parte final uma definição de violência contra a mulher, apresentada pela Convenção de Belém do Pará, de 1994, e a definição de violência obstétrica apresentada no site da Parto do Princípio¹³⁹. Terminam com uma exemplificação desses tipos de violência e com a afirmação de que essas geram sequelas psicológicas, físicas e, inclusive, morte, descrevendo um contexto ideal onde “parto violento não é normal” e “não basta que a mulher e o bebê sobrevivam ao parto, queremos garantias de um atendimento digno, respeitoso, humanizado e com práticas embasadas em evidências” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

139 Ambas as definições foram transcritas no capítulo 1 desta tese.

Apesar da não existência de mecanismos próprios de identificação e notificação da violência obstétrica, a nível federal, e da limitação dos serviços existentes, fato exposto no material, este é finalizado com a sessão “Onde e como denunciar casos de violência obstétrica?”, apresentando canais como o Disque Violência Contra a Mulher (180), Disque Saúde, ANS, além da possibilidade de denúncia no Ministério Público Federal e Estadual e no PROCON, e do requerimento à Defensoria Pública para quem não tiver acesso à advogados. Apresentam, também, orientação quanto ao acesso ao prontuário, documento pertencente ao paciente que tem direito a uma cópia, além disponibilização do canal da Parto do Princípio para elucidação de possíveis dúvidas sobre violência obstétrica, com disponibilização de um endereço eletrônico (PARTO DO PRINCÍPIO, 2014).

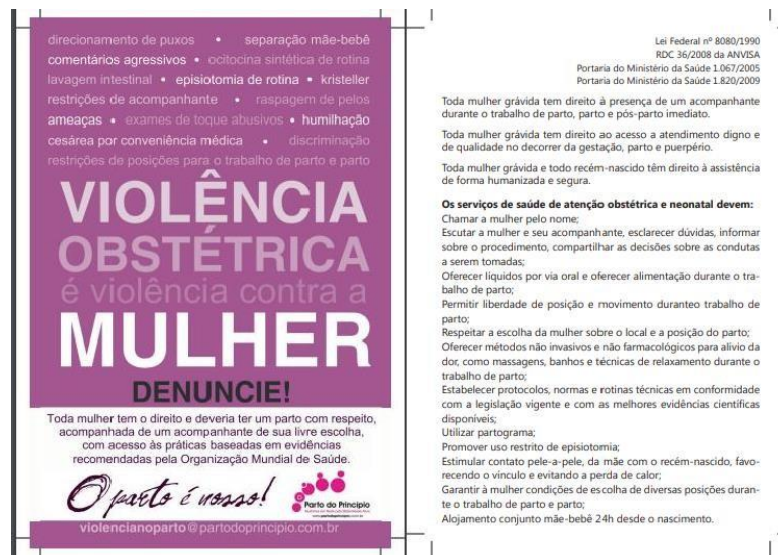


Figura 10: Reprodução de panfleto sobre Violência Obstétrica
Fonte: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

As cartilhas eram direcionadas ao público em geral (NIY, 2020) e aos movimentos de mulheres, em específico, que mediarão a utilização do material com as mulheres em momentos distintos (KONDO, 2020), além realização de algumas atividades com estudantes de graduação e em algumas reuniões de médicos (NIY, 2020). No que diz respeito as cartilhas para os profissionais, Kondo afirma que, apesar de não terem sido pensadas para esse público, são utilizadas por algumas pessoas, para

sensibilização de profissionais quanto ao tema, como no caso dos advogados, através da atuação das Promotoras Legais Populares¹⁴⁰ (KONDO, 2020; NIY:2020).

Sobre a recepção do material pelo público, Denise Niy afirma que

Entre as mulheres assim, é um alívio para elas. Descobrir que (...) aquela experiência que elas tinham tido, de fato, não era legal. Então para a maioria delas, a gente vê que foi um alívio. (...) Algumas delas até ficavam bravas. Xingavam os médicos e tal. Mas de um modo geral era um alívio para elas entenderem aquilo que elas tinham passado. Entre profissionais de saúde ou gestores aí já é uma outra conversa. No começo usar o termo violência era bem pesado para eles. Era assim um tapa na cara, sabe? Era um termo bem pesado. E aí, tinham contestações das mais diversas. (...) ainda hoje é muito difícil de falar o termo violência. (NIY, 2020: 7)

A pesquisadora ressalta a necessidade de configuração de um material para atuar junto aos profissionais e indica a importância das cartilhas do Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade, ressaltando uma delas que identificamos tratar-se do material intitulado “O que nós como profissionais da saúde podemos fazer para promover os direitos humanos e Direitos das Mulheres no Parto”, publicada pela primeira vez em 2002.

A Publicação o CFSS, elaborada com apoio da fundação Ford e CREMESP, foi baseada nos estudos “A violência inscrita nas ações de saúde – um estudo exploratório sobre a assistência à maternidade” e “Entre a Técnica e os Direitos Humanos – Limites e Possibilidades da Propostas de Humanização do Parto”¹⁴¹, incorporando as informações sobre direitos das gestantes inspirada na cartilha Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (CFSS/ DMP- USP, 2002).

140 “As Promotoras Legais Populares (PLPs) são lideranças comunitárias capacitadas em noções básicas de Direito, direitos humanos das mulheres, organização do Estado e do Poder Judiciário, dentre outras temáticas pertinentes conforme o contexto (...) no qual estão inseridas. (...) atuam voluntariamente em suas comunidades na defesa (orientação e triagem de demandas de violação de direitos), na prevenção de violações (educação socio comunitária em mutirões e oficinas) e na promoção de direitos (participação e representação em conselhos, conferências, comissões e fóruns), atuando como “uma ponte que aproxima a população do Estado, o cidadão dos serviços públicos”. Projeto criado em 1993, pela organização THEMIS de forma estratégica para repensar o campo jurídico visando a garantir o acesso à justiça a todas as mulheres. “O programa de formação das PLPs é um efetivo instrumento de afirmação e disseminação dos direitos humanos das mulheres, particularmente em relação à violência doméstica e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. O programa firmou-se como uma política pública não estatal. Começou a capital gaúcha, Porto Alegre, em 1993, e, 20 anos depois, está implementado em 14 municípios do Estado do Rio Grande do Sul e em 11 estados brasileiros”. Disponível em <http://themis.org.br/fazemos/promotoras-legais-populares/>, acesso em 7 de dezembro de 2021.

141 Tese defendida por Carmem Diniz no ano de 2001.

Com texto elaborado por Simone Diniz, a apresentação da cartilha enfatiza o contexto de mudança da assistência à mulher na gravidez, parto e puerpério, destacando o questionamento de procedimentos costumeiramente utilizados na prática obstétrica e a sua revisão através de evidências científicas atualizadas. Além disso, a autora destaca que “agora, temos a realidade de que as mulheres reivindicam o seu direito à integridade corporal e à prevenção de procedimentos agressivos quando esses são evitáveis - ou seja, na grande maioria”, construindo, assim, um caminho para a reelaboração da prática profissional a partir desse cenário apresentado.

Para isso, destaca alguns pontos importantes para o estabelecimento de mudanças necessárias, utilizando-se de exemplos de depoimentos das pesquisas-base para sinalizar aos profissionais como determinadas condutas eram percebidas pelas mulheres. Assim, são descritas algumas recomendações ao profissionais:

1-explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender, o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela e como ela pode colaborar. **Promova o direito à condição de pessoa digna;**(...) 2- Conheça e respeite as evidências científicas- Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. **Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência.** (...); 3- Apesar de suas condições de trabalho as vezes serem difíceis, trate a paciente como uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. **Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante;** (...) 4- **Reconheça e promova o direito das/os pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto.** As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência; (...) 5- **Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência;** (...) 6- Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução; 7- Invista em você mesmo-busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar- se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede. (CFSS/ DMP- USP, 2002: 7-28- grifo nosso)

Na argumentação elaborada no texto, a autora considera alguns aspectos referentes à formação profissional, como a pouca oportunidade de desenvolver a capacidade de comunicação com os pacientes nos cursos de medicina, e estruturais no âmbito do SUS, como o pouco tempo destinado à consulta. Destaca, ainda, os direitos das usuárias nos serviços de saúde, a importância do trabalho interdisciplinar da equipe pondera sobre a resistência ao termo *humanização*, utilizando as terminologias “violação de direitos” e “má assistência”. Esta última se refere tanto “aquela que é

inadequada pela falta de condições adequadas, quanto aquelas pelo uso inadequado da tecnologia, o excesso de intervenções e a intervenção desnecessária com seus potenciais danos à saúde” (CFSS/ DMP- USP, 2002: 11).

Diniz insere discussões importantes nessa cartilha como a ênfase na perspectiva de formação profissional atrelada à promoção de direitos sexuais e reprodutivos, assim como o reconhecimento da visão estrutural elitista e preconceituosa na qual os médicos aprenderam a

controlar os pacientes, em especial os pobres, as mulheres, os negros, os mais jovens, as pessoas que estão vivendo com HIV ou AIDS, todos os que estão em posições mais vulneráveis à discriminação, através de palavras e atitudes rudes, que servem para lembrar a essas pessoas que elas nos devem obediência e respeito – e que fiquem no seu lugar, em uma atitude passiva, de paciente, para a nossa intervenção (CFSS/ DMP- USP, 2002: 15)

Ao final da cartilha, são listados os direitos da gestante, considerando a legislação federal e estadual (SP), tanto no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos quanto na esfera dos direitos trabalhistas, e, também, dos direitos do pai. Há, ainda, um destaque para a importância da “atualização” e “reciclagem” profissional, e a orientação de se associar a uma rede, momento no qual a ReHuNa e a Rede Saúde são apresentadas ao leitor, além da disponibilização de um canal para dúvidas e o endereço eletrônico de listas de discussão¹⁴² de profissionais e usuárias.

Além do material de formação e divulgação sobre o tema apresentado acima, destacam-se cartilhas, folders, livretos produzidos na área do direito (Defensorias Públicas, OAB)¹⁴³, de mandatos parlamentares e Secretarias governamentais¹⁴⁴,

142 Listam o email yahoo da Amigas do Parto e a lista partonatural.

143 Por exemplo, Conversando sobre violência Obstétrica, Defensoria Pública de São Paulo, 2015, Disponível em https://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf, acesso em 30 de dezembro de 2021; Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul, Disponível em <http://www.defensoria.ms.gov.br/images/conteudo/nudem/Cartilhas/Cartilha%20Violencia%20Obst%20C3%A9trica%20-%202021.pdf>, 2020, acesso em 30 de dezembro de 2021; Violência Obstétrica, você sabe o que é. SP, 2017, disponível em https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/documentos/cartilhas/FOLDER_VIOLENCIA_OBS_TETRICA.PDF, acesso em 30 de dezembro de 2021.

144 Como exemplo, as cartilhas do mandato do vereador Goura de Curitiba (PR), 2018, Disponível em https://maternidadesimples.com.br/wp-content/uploads/2018/11/Cartilha_violencia_obstetrica_oficial.pdf, acesso em 30 de dezembro de 2021; Como o livreto publicado pela Secretaria do Estado do Mato Grosso do Sul, Violência Obstétrica, 2021, Disponível em https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf, acesso de 30 de dezembro de 2021; Cartilha da Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana da Paraíba, 2020, Disponível em

Universidades¹⁴⁵, que foram produzidos a partir de 2015, e também por coletivos como a publicada pelo CFSS¹⁴⁶, que compõem o cenário da discussão mais atualizada sob a égide de sua ampliação quanto à judicialização. Outros materiais produzidos, como a cartilha *Gestação, Parto e Puerpério. Conheça os seus direitos!*, mescla informações de direitos reprodutivos, com informações sobre doulas, violência obstétrica, e demais questões relacionadas à gravidez, parto e puerpério, finalizando o material com a listagem de canais de denúncias, demonstrando o papel cada vez mais ampliado da judicialização da questão (ADOULAS/RJ, 2019)¹⁴⁷.

Judicialização da saúde e a questão da violência obstétrica: reconhecimento, responsabilização e resistência médica

O fenômeno da judicialização da saúde, segundo Ventura et.al, “expressa reivindicações e modos de atuação legítimos de cidadãos e instituições, para a garantia e promoção dos direitos de cidadania amplamente afirmados nas leis internacionais e nacionais”, envolvendo aspectos sociais, políticos, éticos e sanitários (Ventura et. al, 2010: 78). Iniciado a partir de processos judiciais contra poderes públicos, na década de 1990, fruto da reivindicação de pessoas com HIV/AIDS por acesso à medicamentos e procedimentos médicos, o fenômeno é compreendido e debatido por pesquisadores considerando as suas implicações positivas e negativas na área da saúde. A ampliação do acesso à medicamentos e a efetivação de direitos são referenciados como aspectos positivos do fenômeno (RIOS, 2003; VENTURA; 2003. LOYOLA, 2008. *Apud* VENTURA et.al, 2010) e o aprofundamento das iniquidades no acesso à saúde e o impacto sobre a gestão de recursos são descritos como os principais pontos negativos (Marques e Dallari, 2007; Vieira e Zucchi, 2007. *Apud* Ventura et.al, 2010).

<file:///C:/Users/laris/Downloads/Cartilha%20sobre%20Viol%C3%Aancia%20%20Obst%C3%A9trica.pdf>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

145 Exemplo: Prevenção da violência obstétrica. Universidade Federal do Pará. 2020. Disponível em <http://www.lads.ufpa.br/images/CartilhaViolenciaObstetrica.pdf>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

146 A cartilha, *Direito das Mulheres no Parto. Conversando com Profissionais da Saúde e do Direito*, cuja primeira edição foi em 2017, ampliava o público-alvo do trabalho de sensibilização profissional do CFSS para profissionais do direito. Disponível em <http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/2017.pdf>, acesso em 14 de dezembro de 2021.

147 Disponível pelo site <https://violenciaobstetricafale.com.br/>, acesso em 30 de dezembro de 2021; Cartilha divulgada, também, no site da Defensoria Pública do RJ, Disponível em <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1e6176359aae47788dc72f14f65a4a56.pdf>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

No âmbito da assistência ao parto, no Brasil, as denúncias de negligência e erro médico são as mais frequentes, com casos de grande repercussão como o de Aline Pimentel, já citado. No entanto, a ocorrência de judicialização da decisão materna merece destaque nesse processo para ilustrar a via de mão dupla do recurso da judicialização que pode ser utilizado em relação aos médicos e instituições por parte dos usuários, e em relação aos usuários, por parte da comunidade médica e das instituições. Em 2014, um caso importante de abuso na assistência obstétrica foi encaminhado à Comissão dos Direitos Humanos da Câmara pela organização Artemis¹⁴⁸, o que resultou na realização de audiência pública pela referida comissão para debater o tema. O caso, que gerou comoção pública com campanhas em redes sociais, abaixo-assinados e manifestações, trata-se da história de Adelir Carmen de Góes¹⁴⁹, 29 anos, retirada de sua casa pela polícia e obrigada a se submeter a uma cesariana sob acusação de “que ela havia colocado em risco a vida do filho por não ter aceitado o diagnóstico da médica do hospital de Torres (Rio Grande do Sul) onde ela, grávida de 42 semanas, havia ingressado com dores pélvicas”, tendo voltado para casa após assinar um termo de alta à revelia¹⁵⁰. A obstetra que a atendeu alegava que ela deveria fazer a operação devido a posição do bebê e pelas duas cesáreas anteriores da gestante. Com a recusa de Adelir, o hospital procurou o Ministério Público, que pediu a “intervenção judicial”, efetivada por policiais que, acompanhados de um oficial de Justiça, chegaram à casa de Adelir e a levaram compulsoriamente, sob ameaça de prisão do seu marido, caso desobedecesse a ordem.

Em 2017, um outro caso de reação extrema de uma grávida ao atendimento prestado foi parar nos noticiários brasileiros. Dessa vez, uma mulher, que relatava já ter sofrido violência nos partos normais anteriores realizados em hospitais públicos, decidiu levar uma arma para garantir uma cesárea do seu quarto filho. O caso ocorreu em São Paulo, onde Paula de Oliveira Pereira, 28 anos, relatou a reportagem as diversas práticas violentas que sofreu, principalmente no nascimento do penúltimo filho, citando a

148 Organização não governamental, fundada em 2013, que visa a promoção da autonomia feminina e erradicação da violência contra a mulher, “através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária. A partir da questão da humanização do nascimento nos mobilizamos durante muitos anos, atuando informalmente como uma rede ativista que encontrou espaço na mídia, nas telas de cinema, na prestação de serviços, na área acadêmica, no legislativo, no executivo e no judiciário”. Disponível em <https://www.artemis.org.br/historia>, acesso em 31 de maio de 2021.

149 Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/26/politica/1398545794_549947.html, acesso em 18 de setembro de 2019.

150 A pedido do paciente, sem a autorização do médico.

manobra de Kristeller, ocasião em que ficou com a barriga roxa, além de ter sido impedida de ter acompanhante e de ter anestesia, além de ter sofrido uma queda da maca e ouvir acusações como a de que o bebê não nascia porque ela era “fraca” e não “fazia força o suficiente” (LISAUSKAS, 2017)¹⁵¹. Antes dessa atitude extrema, Paula tentou garantir um aporte financeiro para pagar uma cesárea em hospital privado, porém não conseguiu. O seu marido, sem saber que ela havia levado a arma para o hospital, pediu uma cesárea à equipe explicando o sofrimento dela na experiência anterior. Na recusa ao pedido, mais violência na fala do médico que, segundo relata Paula, gritou dizendo que “quem mandava ali era ele, que paciente não tem escolha, quem escolhia o parto era ele. Que se eu quisesse ir embora procurar outro hospital, podia ir” (LISAUSKAS, 2017). Após a recusa, a mulher ligou desesperada para sua mãe dizendo que iria se matar e esta foi ao hospital e avisou a equipe que sua filha estava armada. Paula conseguiu a cesárea, mas não pode ficar com seu filho, pois foi presa por 21 dias por porte ilegal de arma. A mulher foi absolvida por tentativa de suicídio não ser considerado crime.

A promotora, que analisou o caso, apresentou à Paula o conceito de violência obstétrica, orientando-a a encaminhar denúncia ao Ministério Público, afirmando que “esse é o nosso principal desafio, fazer com que as mulheres saibam que certos procedimentos no parto não são normais e precisam ser denunciados para que possamos agir”. A reportagem que divulgou o caso é finalizada com a informação de uma nova gravidez de Paula que, por ser portadora do gene da trombofilia, não usa medicamentos contraceptivos e que manifestava interesse em optar por uma nova cesárea para laqueadura de trompas, mesmo sem muita confiança de que irá conseguir (LISAUSKAS, 2017).

O relato acima deixa evidente a cultura da opção pela cesárea para “fugir” de um parto normal violento, e da ausência de respeito a essa “escolha” (ainda que condicionada por experiências anteriores ruins) no serviço público. Além disso, percebe-se problemas efetivos na questão do planejamento familiar, já que existem outros métodos contraceptivos aconselhados às mulheres que não podem fazer uso de contracepção hormonal, mas, na maioria das vezes, apenas a laqueadura é mais

151 Lisauskas, Rita. Com medo de violência no parto, mãe leva pistola para a maternidade. Disponível em <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/com-medo-de-violencia-no-parto-mae-leva-pistola-para-a-maternidade/>, acesso em 28 e abril de 2021

conhecida. Destaca-se, também, o fato de a mulher ter tido acesso a compreensão sobre violência obstétrica a partir do trabalho de uma profissional do direito, o que demonstra a influência considerável dessa área no percurso de definição e divulgação do termo para o público em geral.

Esses dois casos ilustram ações extremas, que não se configuram como isolados. A responsabilização dos médicos por problemas nos partos e maus tratos na assistência são mais comuns principalmente na responsabilização por desfechos ruins no parto normal, e em casos de algumas práticas consideradas vexatórias na assistência, como xingar, bater, que se configuram como ações de mais fácil associação como sendo violentas. No caso dos processos por desfechos ruins no parto vaginal, essa possibilidade é usada como argumento por muitos médicos na preferência pela realização da cesárea, identificando como uma “defesa” quanto à possíveis ações judiciais em relação a esses desfechos negativos. No entanto, práticas mais sutis como utilização de tecnologia de forma inadequada, a falta de respeito com as decisões da mulher, e intervenções não baseadas em evidências para induzir o tipo de parto mais conveniente à situação da equipe e/ou instituição são mais difíceis de se comprovar, posto que dependem do julgamento técnico de uma equipe e, quando identificadas por indivíduos que se informaram por algum meio, não pertencerem a uma tipificação mais específica de delito. Algumas delas se enquadram como quebra do código de ética médica¹⁵², violação dos direitos humanos, entre outros enquadramentos utilizados pelo meio jurídico para contemplar as queixas das parturientes. Porém, ainda que contempladas em algum direito já garantido em lei, dependem do conhecimento de tal legislação pela usuária e/ou sua família, o que, muitas vezes, não é possível devido a falhas no processo de educação como um todo e, principalmente, no percurso do pré- natal.

A questão da judicialização não é um ponto pacífico entre os principais atores entrevistados para esta pesquisa e que tem uma proeminência de ação na área de humanização do parto e enfrentamento à violência obstétrica. Alguns profissionais da área médica (DINIZ, 2020; DIAS, 2020; RATTNER, 2020), apesar de identificarem a importância da questão e que a judicialização “não retrocederá” (RATTNER, 2020), são mais reticentes quanto a esse foco, considerando a resistência por parte dos colegas de

152 Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>, acesso em 30 de dezembro de 2021.

profissão, o que acaba, em alguns casos, dificultando o diálogo e a promoção de mudança através da sensibilização. Além disso, Diniz ressalta a existência de leis que, se fossem cumpridas, já “resolveriam em grande medida o problema”, e que é necessário mudar a cultura da medicina “correcional” que enxerga o corpo da mulher como errado e o nascimento como potencialmente perigoso tanto para a mulher quanto para o bebê (DINIZ, 2020). Sobre isso, afirma que “enquanto a gente não tiver alternativa de um parto aceitável, as pessoas vão correr para cesárea para se defender desse parto medonho que a gente tem aqui”. Como efeito positivo destaca a força e legitimidade que é conferida à questão quando ela é nomeada, afirmando que

usar o termo violência, para mim acelerou a mudança, provocou essa reação de estranhamento que as pessoas precisavam sofrer para poder refletir sobre o que elas estavam fazendo. E eu acho que a outra vantagem da judicialização é manter o debate aceso, porque você tem caso. Então é uma coisa que pode ter vantagens e desvantagens, depende de como for usada. O que eu acho é que nós temos que fazer é reivindicar a autoridade de falar da nossa experiência como a gente acha justo. Uma questão de **justiça epistemológica**. Chamar de violência, de abuso, do que as pessoas sentem que é verdadeiro chamar (DINIZ, 2020: 13).

Sobre o tema, Daphne Rattner questiona a efetividade da aplicação de penalização e, para isso, utiliza o exemplo do caso Venezuelano, afirmando que quando foi efetivada a questão das penalidades, muitos obstetras ficaram com medo de acusações e passaram a não estar mais disponíveis para o parto normal. Devido a essa resistência da comunidade médica, Rattner afirma sua escolha pela sensibilização:

eu prefiro criar um clima favorável para o papo saudável, isso foi minha escolha como alguém que está na ativa no movimento. Demonstrar como é bacana, como é bonito, como a mulher fica mais feliz, como o bebê fica mais feliz, o profissional fica mais feliz. Agora, acho que cada coisa na sociedade tem um papel. Então a gente precisa, eu sou bem cuidadosa nessa questão, acho importante a OAB estar nisso, acho importante o Ministério Público estar nisso, eu acho importante a Defensoria Pública estar nisso. Quanto mais gente alerta, agora como é que nós vamos construir um novo modelo? (RATTNER, 2020: 11 e 12)

Marcos Dias reconhece a importância da legislação na garantia de direitos, como no caso das doulas no parto, por exemplo. No entanto, ressalta situações complexas como o caso da Adelir e casos ocorridos nos EUA onde mulheres soropositivas para AIDS são obrigadas a se tratar quando estão grávidas, muitas vezes com mandatos na justiça. Essa face da judicialização, quando o Estado obriga o indivíduo a adotar alguma

conduta médica justificada para garantia dos direitos do feto, etc, apresenta uma outra perspectiva que deve ser considerada quanto se propõe um caminho de judicialização na saúde e que, neste caso, envolve questões de autonomia e direitos reprodutivos. O médico destaca, ainda, a disparidade de aplicação das leis em centros urbanos e em locais mais interioranos onde “médicos, juízes e padres trabalham em conjunto” (DIAS, 2020: p. 17), e essa assimetria de poder e o corporativismo dificultam a comprovação de fatos. Esse aspecto também é destacado por Denise Niy, quando afirma que, no Brasil, “existem alguns processos que as mulheres moveram com o tema da violência obstétrica e é muito difícil, é um processo muito difícil porque de maneira geral juízes e médicos são pares, digamos assim” (NIY, 2020: p. 10), reiterando que, nesses casos, médicos especialistas são chamados e acabam não reconhecendo a procedência da denúncia. Sobre isso, Dias afirma que:

Eu acho que vai ser sempre uma provocação da justiça ou uma queixa da mulher. A gente tem visto mulheres processando profissionais nesse sentido. A gente não sabe o resultado porque “ah, ele fez uma cesariana, eu acho que ele fez uma cesariana desnecessária”. Você provar isso é muito difícil. Quem é o perito médico que vai dizer para o juiz que esse médico, meu colega, não fez uma coisa que...é complexo. É muito complexo. É um desbalanço de poder muito grande porque na hora que uma mulher está parindo se o cara chega e fala assim: “o seu bebê está sofrendo”. A mulher se entrega, como que você vai num momento desses se rebelar. Então é muito difícil. (DIAS, 2020:17)

Niy acrescenta, ainda, a questão da naturalização da violência contra a mulher e do descaso com o tema, o que torna os processos desgastantes e sem garantia de sucesso, afirmando que

Eu acho que, do ponto de vista da mulher entrar com ação desse tipo, para ela, individualmente, é tão desgastante emocionalmente, inclusive, financeiramente. Não sei assim quando, eu acho que aqui a situação é bem complexa quando a gente fala do ponto de vista jurídico. Eu não sou advogada, então talvez me falte conhecimento sobre a área para poder falar a respeito, mas pensando aí que a gente tem tanto feminicídio que muitas vezes nem é considerado como tal, acho que já dá para ter uma ideia de como essa violência vai ser minimizada num processo judicial (NIY, 2020: 11).

Dias, por sua vez, reforça, ainda, que, embora a judicialização seja uma forma de arbitrar, nem sempre esse arbítrio vai ao encontro do que a pessoa deseja, e que existe a estrutura dos “pequenos poderes” atribuídos à prática médica, afirmando como a melhor saída para a mudança o investimento na informação e formação médica:

Acho que garantir o direito das mulheres de poderem dizer não, ter consciência corporal, da sua integridade corporal, brigar por ela, mas é um momento tão complexo que eu não consigo achar produtivo uma mulher chegar para parir num hospital com um mandado de segurança, com um advogado na portaria porque todo mundo vai dizer: “nossa, então é melhor eu não fazer nada, é melhor abandonar essa mulher” porque tem muitas maneiras sutis de você maltratar uma pessoa. A medicina tem um poder enorme nesse sentido, sabe. Os pequenos poderes todos estão ali possibilitando você ser maravilhoso, mas você também pode ser uma pessoa muito nefasta se você resolve, “ah, você não quer nada, então eu não te dou nada”. E não faz nada. E aí não apoia, não estimula. Então é muito complexo. É muito complexo. Informação, informação e melhor formação para os médicos. (DIAS, 2020: 17)

A psicóloga Cristiane Kondo considera importante a judicialização e acredita que esse é “um dos fatores que vai conduzir para a mudança de comportamento desses profissionais”, mas também reforça a existência de leis que já contemplariam a questão e que, mais do que punição, o desejo é de mudança de comportamento:

Mas a gente não quer que os profissionais de saúde sejam processados. O que a gente quer mesmo é uma mudança de comportamento. Tem processo que a mulher não pede indenização em dinheiro, tem processo que a mulher pede capacitação dos profissionais daquela instituição, e mesmo assim ela sofre toda sorte (...) de humilhação. (...) Então é um processo muito difícil, tem muita mulher que não consegue lidar com isso, que abandonam no meio, mulheres que não conseguem nem abrir porque é muito difícil porque toda vez elas têm que contar a mesma história (...) e é um sofrimento muito grande, é reviver aquela dor de novo (KONDO, 2020: 12).

Nesse contexto de busca por mudança na assistência, Dias relata sua idealização de que os serviços de assistência ao nascimento, no Brasil, se organizem de forma a atender as necessidades da parturiente e da família, as “necessidades efetivas da mãe e do bebê”. Destaca, ainda, que esses serviços são organizados pela lógica do risco, da responsabilidade onde o discurso do “Eu já vi um cara ser processado porque fez parto normal, mas nunca ser processado porque fez uma cesariana”, segundo Dias, “é o discurso mais velho que existe” (DIAS, 2020: p. 18).

A enfermeira Maysa Ludovice, por sua vez, apresenta uma conclusão sobre a importância da judicialização da questão da violência obstétrica, indicando que ela é a expressão de uma falha no diálogo e que

na medida em que entre o profissional e uma, um usuário, seja ele qualquer, precisa de uma judicialização, precisa de uma intermediação, dentro desse nível de conflito é porque tem alguma coisa que nesse diálogo não está acontecendo, alguém não está

escutando alguém. Tem uma falta de escuta e de compreensão do que se está falando. Então, não tem muito jeito. Eu acho que judicializar é uma forma de gritar mesmo, de dizer "Não tem jeito! Vocês vão precisar ouvir" (LUDUVICE, 2020: 24).

O aspecto positivo da judicialização também é ressaltado pela parteira urbana, Marilanda Lima, que reitera a importância do delineamento do que é violência obstétrica, reforçando como essencial a participação de outros segmentos profissionais e das mulheres, em um processo de escuta para “definir melhor as penalidades” (Lima, 2020: 11). Essa escuta e consideração da experiência de quem vive a assistência ao nascimento está presente nos dossiês e cartilhas apresentados acima, que constroem uma narrativa da visão das mulheres que, organizadas em redes e coletivos de usuárias do sistema de saúde e de profissionais atuantes no campo, conseguiram dar visibilidade à questão, em um processo de disputa narrativa de definição da violência obstétrica.

Reiterando a questão da diferença hierárquica, a doula Fadyinha defende o uso do termo violência obstétrica exatamente pelo seu poder de chocar a categoria

Eu acho agressivo, mas é importante. Tem que chocar mesmo. Eu acho que tem que chocar, eu acho que tem que impactar nesse sentido de fazer a pessoa pensar. Caramba! Porque assim, os obstetras que fazem isso, aprenderam assim na faculdade, então para eles nunca passava na cabeça deles que isso era uma violência. Então no momento que ele ouve uma mulher falar: eu não quero violência obstétrica, alguns reagem muito fortemente. (...) Assim, tipo ofendidas de chamar de violência obstétrica manobras que eles aprenderam na faculdade. (...) Mesmo esses novos que a gente tem, que são humanistas, eles também passaram por isso. Eles aprenderam, tiveram que desaprender tudo isso e reaprender na residência o que tinha de importante para a humanização. (...) Então assim, médico falou alguma coisa, eles usam o poder deles para impor as regras que eles querem. Então assim, é um perigo isso. Então é violência sim, eu não vou deixar de falar que é violência. Falo isso em público e pode colocar que é violência sim. Porque os que não se sentem ofendidos são os que não praticam a violência. Então quem pratica a violência porque quer, porque se descobriu que é violência, procura estudar, procura se atualizar, para saber quais são as evidências científicas. (FADYNHA, 2020: p. 16)

No processo de discussão sobre o termo a ser utilizado pelo grupo da Parto do Princípio, Denise Niy afirma que, inicialmente pensaram em utilizar *violência institucional na assistência à saúde reprodutiva das mulheres*, no entanto, após o contato com a lei Venezuelana e conforme o termo começava a ser discutido, perceberam, segundo a pesquisadora, que o termo *violência obstétrica* “era mais fácil de entender (...) mais fácil das pessoas lembrarem, é mais fácil as pessoas relacionarem

com o atendimento obstétrico” em relação ao termo *violência institucional* (NIY, 2020: p. 10).

Aos atores históricos entrevistados nessa pesquisa foi demandada uma definição do que para cada um deles significava *violência obstétrica*. De uma forma geral, apresentaram as questões de manutenção de práticas consideradas danosas ou sem eficácia comprovada por evidências científicas atualizadas, além de tratamento interpessoal abusivo como xingamentos e violência física. Marilanda Lima acrescenta em sua ponderação a questão da diferença de tratamento dispendido às mulheres negras que, segundo ela, para além das outras questões citadas acima, são atendidas, muitas vezes, “de uma forma fria, sem relação de envolvimento, sem atenção devida, sabe? Algo mais rápido, mais passageira, uma atenção pouco dedicada” (LIMA: 2020, p.9). Esse dado, somado àqueles de pesquisas já abordadas sobre o menor uso de analgesia ea maior incidência de violência com mulheres negras, demonstram o racismo obstétrico, mais um desdobramento do racismo estrutural na sociedade brasileira.

Cristiane Kondo (2020) reforça a vulnerabilidade em que a mulher se encontra nessa relação de assimetria com os profissionais de saúde e, como mesmo sabendo dos seus direitos, o próprio fato de os exigir pode deixá-la em uma situação de maior vulnerabilidade ainda, posto que pode sofrer retaliação. Rattner (2020), por sua vez, discorre sobre os diferentes níveis de violências na atenção obstétrica, como a interpessoal, a institucional, a estrutural e a do sistema de saúde, perpassadas por questões de classe, raça, etnia, gênero e faixa etária. Neste sentido, afirma dialogar com as ativistas afirmando a importância do desenvolvimento de uma “cultura de paz e não violência” nos serviços de saúde, prezando pela postura “diplomática” ao invés do confronto. Cita o caso de uma palestra proferida por um professor onde o mesmo incentivava que “as mulheres deveriam pegar em armas para se defender dos profissionais”, lembrando, neste momento da fala, o caso noticiado e relatado acima de Paula, momento em que questiona

Qual atendimento que ela ia ter com a arma na mão? Me desculpa. Eu costumo dizer que numa guerra, os que mais morrem, os que mais perdem são os inocentes. Se a gente entrar em guerra dentro do espaço de atendimento, as vítimas serão os inocentes: as mulheres e os bebês; então eu prefiro muito mais trabalhar no sentido do diálogo, da diplomacia e da construção de uma cultura de paz e não violência de forma que a gente consiga através do diálogo modificar a cultura de forma que as mulheres recebam o que elas tem todo direito, que é um atendimento respeitoso, qualificado, oportuno com base em evidências científicas, que respeita a cultura dela, que respeita os desejos (...) (RATTNER, 2020: 14)

Marcos Dias aborda a questão do termo violência obstétrica em sua resistência devido as práticas contestadas serem aquelas antes naturalizadas na cultura. Para isso, faz menção à cultura machista e racista que foi naturalizada durante muito tempo no que diz respeito a apropriação dos corpos femininos e sua sexualização, destacando a mudança a partir de contestações de mulheres organizadas, no qual aquilo que sempre foi um incômodo, mesmo antes de ser nomeado e teorizado, passou a ser considerado, importunação, assédio sexual e crimes de violência contra a mulher. Nessa comparação, afirma que

A obstetrícia tinha o seu modo de fazer, mas é claro que tinha, sempre teve muita violência mesmo antes disso. A história de “na hora de fazer foi bom”, ou de bater nas mulheres, ou de punir as mulheres sempre foi uma coisa que fez parte dessa assistência. Mas uma das coisas que nesse processo, uma das coisas de apropriação das mulheres sobre o processo do parto e do nascimento é questionar o que que o médico fez comigo ou o profissional que estava me cuidando fez comigo. E aí, tem desde a violência explícita em que a mulher fala: “não, ele me deu um tapa, ele me beliscou ou ele me ameaçou” até “ah não, ele botou ocitocina e eu não queria ocitocina” ou “ele fez uma episio e eu falei que eu não queria episio”. Então assim, essa é uma discussão supersensível porque a palavra violência, ela é muito forte. Lá fora não se usa o termo violência, eles falam desrespeito, eles falam maus tratos, mas o termo violência é uma coisa que na Europa e nos Estados Unidos não se usa. Os países latino- americanos começaram a usar esse termo mais confrontador, violência obstétrica, e eles agora estão começando a incorporar o nosso vocabulário nas produções científicas lá fora (DIAS, 2020: 10)

O médico continua testemunhando a sua história para questionar o que é enquadrado como violência obstétrica ou não, afirmando que diversos procedimentos que ele utilizava em sua prática, há 30 anos atrás, fazia acreditando ser o certo porque foi ensinado daquela forma. Dias reitera que não havia muito questionamento sobre o porquê das práticas, mas apenas qual a melhor forma de executá-las. No caso da episiotomia, afirma que

Quando se começou a questionar a obstetrícia, é verdade..., a gente nunca tinha discutido se era necessário ou não. Como os médicos do início do século faziam isso porque eles botavam as mulheres para dormir, as mulheres não tinham puxo, não podiam fazer nada, eles praticamente arrancavam o bebê, isso era uma coisa que facilitava o que eles estavam fazendo. Então a lógica da episiotomia é nesse sentido. Assim, eu acho que o termo (violência obstétrica), às vezes, ele é apropriado, às vezes, eu acho que ele é uma força de barra, embora eu acredite que maus tratos e desrespeito, muitas vezes, eu

acho assim, “o cara não me deixou me alimentar”. Eu acho que isso é mau trato. (DIAS, 2020: 10)

Dias constrói uma argumentação na qual defende que algumas práticas são enraizadas na própria formação médica, associadas ao cuidado, destacando a complexidade do processo no qual algumas delas passaram a ser consideradas violentas. O obstetra argumenta que:

Então isso é sutil porque assim, tem a visão do médico de segurança, a questão do risco é um grande eixo que organiza o discurso médico. A questão do risco, um parto pode virar um catástrofe a qualquer momento. O bebê pode morrer, a mãe pode morrer, nós cuidamos de duas, nós temos dois pacientes ao mesmo tempo, então a questão do risco, ela é central para justificar a presença do médico, a participação do médico, as intervenções do médico e toda a estruturação da assistência em volta do trabalho do médico (DIAS, 2020: 11)

Para ele, porém, existem atitudes que são caracterizadas como violências incontestavelmente, como agressão física, violência verbal, ameaças, “mas também tem coisas que o cara acredita que ele está fazendo para proteger a mulher que se você classifica de violência, você cria uma resistência(...)”, ponderando o que, para ele, são os limites da definição. Mesmo assim, reconhece o caráter subjetivo e a importância de se respeitar a vivência da mulher, quando afirma que

cada mulher sabe como se sentiu. Então é difícil falar quando você não está na mesma posição e você não vivenciou aquela situação, mas eu acho que existe um certo, uma certa força de barra para algumas situações, mas eu acho que isso é irreversível. Eu acho que nós médicos vamos aprender a conviver com essa situação e cada vez ter mais consciência da questão de como as mulheres são donas dos seus próprios corpos. É o famoso não. Não é não. E aí eu acho que em obstetrícia o não vai ser não também, na mesma intensidade (DIAS, 2020: 18)

Simone Diniz, sobre o termo, afirma que, apesar de achar que maus tratos e desrespeito são palavras autoexplicativas e que davam conta do problema, de alguma forma, o termo *violência obstétrica* é mais confrontador, define melhor o problema do ponto de vista da perspectiva das usuárias, e faz efeito mais rápido (DINIZ, 2020). A médica ressalta a importância do papel das usuárias organizadas em redes e coletivos nesse processo, afirmando que “fez uma diferença muito grande, porque a gente criou uma massa crítica de usuárias”, e destaca a participação de pessoas das áreas do Direito, Jornalismo, médicas tanto gineco-obstetras como pediatras, anestesistas, profissionais da área da Saúde Pública, antropólogas, como gente qualificada para “reescrever a

experiência do parto” (DINIZ, 2020). Além disso, debates sobre temas como o racismo e o que Diniz define como hierarquias sociais em geral passaram a ser empreendidos, o que, segundo ela, “oxigenou muito o movimento” (DINIZ, 2020: p. 11). A médica ressalta, ainda, o importante papel da mobilização social desses grupos em diversas manifestações de rua, passeatas, que envolviam questões como a garantia dos direitos as doulas, a defesa do curso de obstetrícia e a passeata em defesa do médico Jorge Kuhn¹⁵³, punido pelo Conselho de Medicina por assistir a parto domiciliar. Nesse contexto, afirma Diniz, “eu acho que nesse caldo fermentou muito a força da violência obstétrica”, fomentado ainda mais pela entrada das advogadas em cena (DINIZ, 2020).



Figuras 11 e 12: 11- Cartaz de divulgação da Marcha do Parto em Casa, em São Paulo. Fonte: <https://sampasling.wordpress.com/2012/06/15/17-de-junho-marcha-do-parto-em-casa-em-todo-brasil/>; Figura 12- Reprodução de fotografia da Marcha do Parto em Casa, na orla de Salvador, BA. Fonte: <http://cabresto.blogspot.com/2012/06/grupo-faz-marcha-do-parto-em-casa-na.html>.

O caminho de reescrita da formação profissional é assinalado por todos os depoentes da pesquisa, que reconhecem um avanço na assistência obstétrica no país, comparativamente ao cenário da década de 1980, no contexto do início das lutas pela humanização e do enfrentamento à violência contra a mulher. Nesse sentido, citam o projeto Ápice On¹⁵⁴, (RATTNER, 2020; DIAS, 2020; CRISTIANE, 2020; NIY, 2020)

153 Em junho de 2012, mulheres em diversas capitais realizaram a Marcha do Parto em Casa em defesa do parto domiciliar, em repúdio a decisão do CREMERJ de punir o médico obstetra paulista Jorge Kuhn, professor da Unifesp, que defendeu em entrevista à um programa de televisão a realização desse tipo de assistência às mulheres com gravidez de baixo risco. Disponível em <https://sampasling.wordpress.com/2012/06/15/17-de-junho-marcha-do-parto-em-casa-em-todo-brasil/>, acesso em 22 de fevereiro de 2022. e <http://cabresto.blogspot.com/2012/06/grupo-faz-marcha-do-parto-em-casa-na.html>, acesso em 22 de fevereiro de 2022.

154 De acordo com definição em documento disponibilizado no site oficial do projeto, trata-se de “uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Propõe a

e, no âmbito da garantia de acesso mais estrutural, mencionam a estratégia Rede Cegonha¹⁵⁵ (RATTNER, 2020; DIAS, 2020; KONDO, 2020).

Sobre o *Ápice-On*, Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, Dias ressalta sua importância na formação dos profissionais em Hospitais Universitários e Maternidades com atividades de ensino que, segundo ele, são os tradicionalmente mais resistentes às mudanças. De acordo com o site oficial do programa, este possui como objetivo

contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado e atenção obstétrica e neonatal – baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização – disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e de gestão capaz de produzir impacto em toda a rede de serviços¹⁵⁶.

A estratégia Rede Cegonha possui quatro componentes principais, a saber, o pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação), este último visando corrigir os problemas de falta de vagas para atendimento e a locomoção insegura e incessante de gestantes que geravam situações de humilhação e, sobretudo, de perigo para o binômio mãe-bebê.

A avaliação das ações da Rede Cegonha, realizada em 2017, coordenada pela Fiocruz e pela Universidade Federal do Maranhão, demonstrou uma melhoria considerável no manejo do parto, em relação aos números apresentados na pesquisa *Nascer do Brasil* (2011). Através de um estudo¹⁵⁷, com 606 maternidades conveniadas com o SUS, responsáveis por 50% dos partos realizados no país foram demonstradas

qualificação nos campos de atenção / cuidado ao parto e nascimento; planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto; atenção às mulheres em situações de violência sexual, de abortamento e aborto legal; em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e / ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS e também reformular e / ou aprimorar processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado. Disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/09/O_projeto_ApiceOn.pdf, acesso em 16 de dezembro de 2021.

155 “É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (...) Tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional”. Disponível em <https://aps.saude.gov.br/apice/cegonha>, acesso em 16 de dezembro de 2021.

156 Disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/wp-content/uploads/2019/09/O_projeto_ApiceOn.pdf, acesso em 16 de dezembro de 2021.

157 Disponível em https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf, acesso em 21 de dezembro de 2021.

mudanças como a maior incidência de acompanhante durante o processo, maior consumo de líquidos e alimentos, além de menor uso de procedimentos, como episiotomia e manobra de Kristeler. No entanto, a posição de litotomia ainda foi descrita por mais da metade das mulheres entrevistadas, e a realização da cesariana continuou elevada, 43,8%, com 30,2% destas realizadas sem trabalho de parto¹⁵⁸.

Como conclusão da pesquisa apresentada, que descreveu os avanços e desafios na mudança da assistência obstétrica após a implementação da Rede Cegonha, destaca-se o desafio das maternidades em “oferecer ambiência adequada para o desenvolvimento fisiológico do parto, para a mulher se sentir em confiança e plena de suas competências naturais”, especialmente quando são portadoras de deficiência¹⁵⁹. Assim, é ressaltada a importância na “qualificação da assistência ao nascimento e a disseminação de conhecimento sobre o tema” como iniciativas que “devem ser estimuladas”, além da “manutenção de investimentos na qualificação dos processos”, financiamento, e ampliação da atualização na formação profissional. O compromisso com a ampliação desses avanços e a importância do monitoramento dos processos também foram citados, assim como o papel da participação das “usuárias e suas redes no exercício do controle social e no cuidado compartilhado, conforme definido na Política Nacional de Humanização”¹⁶⁰.

O desenvolvimento dessas iniciativas a nível governamental demonstra um dos resultados da tematização da violência obstétrica, com seu enfrentamento incorporado na assistência através da reformulação de práticas com outros termos mais afirmativos do ponto de vista institucional, como “boas práticas” na assistência. No entanto, a questão ainda permanece como um problema recorrente no país, com casos divulgados em noticiários com frequência, principalmente a partir da maior popularização do termo e de sua delimitação com o ativismo digital nas redes sociais de médicas, enfermeiras, doulas e de pessoas que passam pela gestação e parto e que se utilizam desses meios para difundir informações e ações de enfrentamento à violência obstétrica.

158 Disponível em https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf, acesso em 21 de dezembro de 2021, pg.3

159 Disponível em https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf, acesso em 21 de dezembro de 2021 Idem, p. 8

160 Disponível em https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf, acesso em 21 de dezembro de 2021 Idem. P. 8

Considerações Finais

Considerações Finais

A análise aqui elaborada, sobre a trajetória histórica do termo *violência obstétrica*, e do processo de mudança da visão sobre o parto, na releitura do mesmo, identifica-os como eventos socioculturais, articulados a preceitos conjunturalmente construídos. Buscou-se compreender como algumas práticas de atenção obstétrica, tantoas que, eram consideradas adequadas e passaram a ser identificadas como violentas, como as que sempre foram vistas como tal (como xingamentos e violência física), tornaram-se objeto de contestação e enfrentamento, em um processo que se desenvolveu a partir da mobilização social de vários grupos, e se desdobrou na construção de diversas ações, na criação de instituições e na elaboração de políticas públicas.

No Brasil, as práticas circunscritas ao termo Violência Obstétrica se resumem àquelas cometidas no período da gestação e parto de um indivíduo, perpetradas por profissionais da assistência à saúde, e de outras áreas que atuem indiretamente nessa assistência, que provoquem danos físicos e ou psicológicos a esse indivíduo e que possam ter consequências em sua saúde sexual e reprodutiva, na saúde do bebê, e/ou que fira os princípios de autonomia e liberdade de escolha sobre procedimentos a serem realizados em seu corpo e aos direitos garantidos, como acesso à informação e assistência baseada em evidência. Essa definição é fruto de um processo que, ao longo dos últimos 40 anos, se intensificou no país, no qual a mudança na compreensão sobre o corpo feminino, saúde reprodutiva, papéis sociais e sobre a ciência, vêm se transformando, impactando, assim, a concepção sobre o parto. Esse processo foi marcado, especialmente, pela contribuição dos estudos feministas e da militância por direitos realizada pelos movimentos sociais, principalmente o de mulheres. Essa nova perspectiva sobre o parto foi construída, também, pela participação de profissionais da saúde nesses movimentos, somado à ciência feminista, que redesenhou alguns conceitos tradicionalmente balizados sobre corpo, sexualidade e gênero.

A partir da tematização de questões como essas, além da autonomia, dos direitos humanos, dos direitos reprodutivos e da medicalização, a atuação dessas mulheres organizadas, que produziam científica e intelectualmente, e divulgavam sua produção através de livros, dossiês, cartilhas, entre outros materiais, além de atuarem na militância social, impulsionou diversos processos de transformação na prática médica e na assistência à saúde sexual e reprodutiva dos corpos que gestam e passam pelo parto.

Como expressão dessa mudança, podemos citar, principalmente, o Movimento Pela Humanização do Parto, primeira forma, considerada por alguns atores como mais dialógica, de questionar as práticas e combater as ações violentas. Além disso, essa transformação tem impactos significativos, sobretudo na construção de políticas públicas e legislações, além do caminho da judicialização que tem se construído nos últimos 10 anos, e tem gerado grandes embates entre categorias da assistência obstétrica, e entre elas e os movimentos sociais.

Nesse caminho analítico, percebeu-se uma trajetória específica que se inicia no estranhamento e na problematização de um evento, no caso, a assistência obstétrica. No Brasil, tal estranhamento ocorreu, oficialmente, através de denúncias do que acontecia em determinados serviços de saúde no tratamento dispendido às mulheres em gestação e no momento do parto/nascimento de seus filhos, a problemática começou a ser tematizada como uma questão que feria, sobretudo, os direitos humanos das mulheres, já garantidos em lei. Os casos de abusos e maus tratos físicos e psicológicos refletiam questões de gênero engendradas pela cultura sexista e repercutiam o resultado de uma estrutura de sistema de saúde inserido em um contexto capitalista e industrial. Assim, essa mudança na assistência obstétrica demandada por esses movimentos, além da desnaturalização das questões de gênero e da estrutura da assistência e do conhecimento científico, pautavam a mudança em questões relacionadas ao mercado de trabalho e ao campo de atuação profissional na área da saúde.

Para compreender a questão da violência obstétrica como um problema estrutural e que se configura, atualmente, como uma questão de saúde pública, foram retomadas algumas questões sobre a historicidade da própria concepção sobre violência em seus aspectos culturais e econômicos, processo este no qual está inserida a violência contra a mulher em geral e, a violência obstétrica, especificamente. Nesse sentido, observou-se que o contexto de tematização pública da violência contra a mulher, mais efetivamente a partir dos anos 1980, no Brasil, contribuiu para as várias mudanças percebidas na perspectiva sobre o corpo feminino, na configuração dos debates sobre direitos sexuais e reprodutivos, na elaboração de políticas públicas, nas ações de enfrentamento à violência contra a mulher, assim como na construção de propostas mais efetivas para a assistência à saúde desse segmento da população.

A partir de um olhar diferenciado para o corpo feminino, considerando questões como escolha, autonomia e conhecimento sobre seus próprios processos, além da

reivindicação do parto como um evento sexual, a influência feminista na ciência teve grande contribuição para a construção e desconstrução de visões sobre o corpo feminino, especificamente em relação à perspectiva desse corpo como falho, perigoso e sobre o qual haveria necessidade de vigilância e de intervenção, principalmente em relação à saúde sexual e reprodutiva do corpo das pessoas com útero.

A partir do questionamento sobre a naturalização do que Safiotti denominou de “destino de gênero” (SAFIOTTI, 2015), construído, sobretudo, pelos estudos feministas, houve uma ampliação da crítica à assistência prestada as mulheres durante o período de gestação, parto e nascimento. Assumiu-se que o tratamento disponibilizado a elas não era adequado, nem do ponto de vista das relações interpessoais, tão pouco no que dizia respeito às condições clínicas que resultavam de tal tratamento, tanto para a mulher, quanto para o bebê. O problema, aos poucos definido como *maus tratos, violência no parto e abortamento, violência institucional, desrespeito*, entre outros, foi se tornando alvo de olhares mais detidos tanto de profissionais quanto de grupos de mulheres organizados, amparados, sobretudo, pelas diretrizes da OMS e pela influência de outros ideários de parto que chegavam ao país. Desde a década de 1980, no Brasil, através da inserção dos debates feministas sobre direitos sexuais e reprodutivos e sobre o enfrentamento à violência contra a mulher, a questão da assistência ao parto tem passado por revisões de práticas e ações, de reformas específicas no atendimento e na formulação de políticas públicas.

Esse processo foi impactado, também, pela incorporação de dimensões específicas como gênero, sexualidade, raça e classe, através da atuação de movimentos sociais como o Movimento Negro, cujas discussões pautaram a compreensão do racismo obstétrico, por exemplo, e o Movimento LGBTQIAP+, com debates em torno de temas como identidade de gênero e orientação sexual, e de como elas influenciam no acesso aos serviços de saúde. A trajetória histórica da conquista de direito por esses e outros grupos historicamente vulnerabilizados em nossa sociedade foi importante para que o olhar sobre determinadas questões fosse incorporado, sobretudo, nas pesquisas realizadas sobre assistência obstétrica. Apesar da insuficiência de dados referentes à violência sofrida por esses grupos, por comunidades indígenas e quilombolas, e por pessoas com deficiência, o que ocorre, entre outros motivos, pela percepção tardia da importância desses dados, as principais pesquisas sobre violência obstétrica incorporam informações que expressam o racismo obstétrico. Assim, observa-se a necessidade da

inserção desses grupos de forma mais efetiva, tanto como categoria analítica, quanto a inserção efetiva dessas pessoas, inclusive como agentes do debate, para que sejam consideradas as especificidades de suas demandas e o enfrentamento das dificuldades encontradas na assistência obstétrica a esses grupos.

Quanto ao Movimento de Mulheres e Feministas, ressaltamos sua atuação significativa no âmbito específico da saúde da mulher, que marcou a construção do PAISM, na década de 1980, além da formação de diversos coletivos com foco no tema da saúde, como o Coletivo Feminista Saúde e Sexualidade, e específicos do parto, como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, criada na década de 1990, e a Rede Parto do Princípio, com o início dos seus trabalhos em 2006. Essas redes e coletivos se constituíram como os principais articuladores de debates, produzindo materiais informativos e de formação sobre questões como direitos reprodutivos, humanização do parto e violência obstétrica, organizando encontros, além da participação na articulação e elaboração de políticas públicas na área da assistência ao parto, como o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Foram também relevantes no estabelecimento de diálogos e na aproximação em termos legais e científicos de outros países no exterior, destacando-se os da América Latina no caso específico da violência obstétrica.

Atualmente, coletivos como a Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras, representado, principalmente, pela médica obstetra Melania Amorim, atua com um trabalho de impacto significativo que incorpora a adesão de evidências científicas atualizadas na assistência ao parto, com a eliminação de práticas como a episiotomia, e na denúncia e enfrentamento à violência obstétrica. O trabalho da rede e o desenvolvido por Melania Amorim também é representativo do alcance cada vez mais avançado das informações médicas e de sua circulação junto ao público leigo potencializada através das diferentes mídias sociais.

As ações dos coletivos acima apresentados, direcionadas para a questão da assistência ao parto, estavam, e estão, respaldadas pelo ideário de humanização do parto (ou de humanização da assistência ao parto) que, inserido no contexto de debates mais assertivos quanto à mudanças práticas na assistência ao parto e nas demandas de respeito aos direitos sociais e reprodutivos das mulheres, são traduzidas em políticas de construção de uma assistência diferenciada que teve, também, impacto sobre a humanização de outras áreas da saúde. Esse ideário, segundo atores importantes na trajetória de sua construção, no país, pautava a questão da violência de forma mais

“dialógica”, usando o termo “humanização” por ser, em tese, menos ofensivo aos profissionais (DINIZ, 2005; Diniz, 2020), mas já se configurava como uma forma de “prevenir” essa violência (RATTNER, 2020). Contudo, o mesmo também sofria (e ainda sofre) resistência por parte da comunidade médica que se sente acusada de ser “desumana”, além de ter passado por variações de sua compreensão semântica de acordo com o momento histórico.

O sentido da terminologia humanização, presente nas discussões desses grupos na década de 1990, tratava, resumidamente, da construção de uma assistência baseada em evidências científicas, e da garantia de respeito à autonomia e direitos reprodutivos das mulheres, questões essas que impactaram diversas esferas da assistência como a forma e o lugar onde são prestadas, quem tem direito de fazer as escolhas sobre o mesmo, além de quem tem o direito de, como profissional da saúde, fazer a assistência desse parto. A apropriação social do termo se relaciona à um padrão específico de mulheres que o acessavam (brancas de classe média/alta), e foi absorvido pelas estruturas do mercado, sendo assim, considerado por alguns restrito a questões da estrutura física diferenciada das instituições, como quarto com banheiro, que o associa à um movimento elitizado. Quando o ideário da Humanização passa a fazer parte do SUS, as mudanças incorporadas de forma pontuais ou em processos que ainda se deparam com resistência, como o caso das Casas de Parto, a compreensão dos ganhos sociais do modelo pela classe popular, dependente dos serviços públicos de saúde de forma integral. Além disso, há uma diferença na compreensão do que é humanização entre as diferentes classes sociais, reforçada pela forma distinta com que são tratadas nos serviços de saúde, além da falta de informação adequada sobre o significado do termo e de um atendimento efetivamente humanizado.

Esses novos espaços de assistência ao parto, assim como a reconfiguração profissional a eles associados, criou um cenário de acirramento de disputas de mercado, pelo processo de delimitação do ato médico que definiu a primazia da atuação desse frente aos demais profissionais, nas várias tentativas de fechamento das Casas de Parto e na inviabilização da ampliação dessa política, por exemplo. Com isso, o processo defensivo da categoria médica se ampliou diante da possível ameaça à hegemonia da sua assistência na cena do parto, além da possibilidade de contestação de decisões médicas por “leigos”, fatores que fazem com que parte da comunidade desses trabalhadores da saúde ofereça resistência a ideia que compreendem de humanização e,

de forma muita mais enfática, ao termo Violência Obstétrica. Nesse processo, a atuação das enfermeiras obstétricas, obstetrizes, doulas e parteiras urbanas, que tiveram a sua ação ampliada nesse nicho de assistência diferenciado fortaleceu-se, acirrando, assim, as disputas não só entre elas e os médicos, como entre elas mesmas, principalmente no início da implementação das políticas de humanização. A atuação das doulas passou a ser assimilada, em certa medida, como um meio de prevenção à violência obstétrica e sua atuação, apesar de questionada por alguns profissionais da assistência obstétrica, sua atuação vem se multiplicando nos últimos anos através de cursos de formação, dos perfis em mídias sociais, do trabalho voluntário no SUS, além da atuação de coletivos, associações de doulas e demais grupos de atendimento que absorvem essa profissional em seu trabalho que, associado, inicialmente, às classes média/alta, vêm trilhando um percurso de maior popularização.

Essa terminologia também não é compreendida de forma homogênea pelas gestantes e parturientes, diante, principalmente da alta carga subjetiva relacionada ao termo *violência*, conforme afirma SAFFIOTI (2015). Assim, o que é designado como violência para as mulheres pode variar, sendo o mesmo evento considerado por umas como violento e por outras como assistência humanizada. Por exemplo, se durante o processo do pré-natal não foi explicado e construído com a gestante a importância de aspectos como deambulação para o melhor desenvolvimento do parto, uma mulher que chega a uma instituição de saúde e é incentivada a andar pode entender tal evento como uma violência, posto que está com dor e que em toda a sua construção do imaginário sobre assistência ao parto, reverberado pela mídia e por experiências de pessoas conhecidas, esse se desenvolve na cama e com todas as “ajudas” possíveis da medicina.

Nas entrevistas realizadas com profissionais envolvidos com a humanização da assistência ao parto e/ou com o enfrentamento à violência obstétrica, ressaltou-se os avanços alcançados na área, principalmente no que se refere à cobertura pré-natal, ao alcance de informações e à promoção de alguns direitos já garantidos em lei que vêm modificando a cena do parto, no país, apesar do cenário da violência, em certa medida, permanecer.

Em outros países, a manutenção do contexto de violência também é detectada, como o caso dos EUA, apresentado pela médica americana Henci Goer, especialista em cuidados maternos baseados em evidência. A autora relata que, apesar de práticas como o chamado sono crepuscular não mais ocorrerem, a violência como rotina continua

provocando traumas psicológicos, além de todas as consequências físicas, sendo essa realidade, de acordo com a médica, difícil de mudar devido a estas ações serem construídas em um sistema de rígidas hierarquias hospitalares, em um contexto social autoritário, além da permanência da cultura da impunidade, na qual é reforçada a dificuldade de reação das mulheres, somada à aspectos sociais e psicológicos que envolvem as vítimas de trauma (GOER, 2010).

A manutenção das estruturas e ações violentas na assistência ao parto ainda se repetem frequentemente em nosso país, como no recente caso divulgado em dezembro de 2021, do parto da influenciadora digital, Shantal Verdelho. A mulher acusa o médico Renato Kalil de diversas violências, como insistir na realização da episiotomia com o marido dela, desconsiderando ser esta uma decisão da mulher, a tentativa de uso de medicamento para acelerar dilatação, contraindicado para mulheres com cesárea anterior (caso de Shantal), além de xingamentos e humilhações verbais na hora do parto, estes últimos evidentes no vídeo divulgado em uma emissora de tv¹⁶¹ para a qual Shantal também concedeu entrevista. Após a recusa insistente da episiotomia, o médico ainda teria tentado rasgar a vagina da influenciadora com as mãos¹⁶². Uma nota divulgada em nome do médico nega as acusações alegando distorções nos trechos do vídeo divulgados, que estariam “fora de contexto”, e ressalta que a influenciadora elogiou o parto anteriormente, em suas redes sociais, por 30 dias¹⁶³, afirmando que as acusações contra ele seriam alvo de providências jurídicas. Shantal, por sua vez, também requisitou a instauração de inquérito para investigar a conduta do médico e, após a publicização do caso, outras mulheres começaram a denunciá-lo por violência obstétrica e, inclusive, por assédio sexual.

O caso acima, que só veio a público por envolver pessoas com reconhecimento social em determinados meios, e reacendeu debates sobre o tema da violência obstétrica, que ganhou proeminência nas redes sociais, principalmente a partir de perfis de

161 Vídeo divulgado na reportagem do programa Fantástico da Rede Globo de Televisão em 9 de Janeiro de 2022. Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/10196296/?s=0s>, acesso em 17 de fevereiro de 2022.

162 Disponível em <https://www.metropoles.com/brasil/shantal-relembra-violencia-obstetrica-tentou-me-rasgar-com-as-maos>, acesso em 14 de janeiro de 2022; <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/12/olha-aqui-toda-arrebetada-influencer-shantal-diz-que-foi-vitima-de-violencia-obstetrica-de-medico-durante-parto-em-sp.ghtml>, acesso em 14 de janeiro de 2022.

163 Reportagem intitulada “Mulher acusa ginecologista obstetra Renato Kalil de abuso sexual e ele nega”, na qual também se encontra trechos da nota do referido médico sobre o caso Shantal. Disponível em <https://extra.globo.com/noticias/brasil/mulher-acusa-ginecologista-obstetra-renato-kalil-de-abuso-sexual-ele-nega-25319744.html> <https://extra.globo.com/noticias/brasil/mulher-acusa-ginecologista-obstetra-renato-kalil-de-abuso-sexual-ele-nega-25319744.html>, acesso em 22 de fevereiro de 2022.

coletivos de mulheres, médicas, doulas e enfermeiras obstétricas que têm utilizado esse instrumento para promoção de debates, divulgação de informações e exposição de relatos pessoais. Além disso, reforça como nem sempre a percepção de ter sofrido esse tipo de violência é simples, envolvendo diversas questões como falta de informação, naturalização da posição superior do médico em relação à “paciente”, percepção diferente sobre o que é “violência” de acordo com a subjetividade do indivíduo, opressões de gênero nas quais a sociedade brasileira vem sendo estruturada, entre outras. Em muitos casos, como o de Shantal, a percepção, que se inicia as vezes apenas com um incômodo inexplicável, só é elucidada ao partilhar a história, ou encontrar alguém que já viveu algo parecido (ou ler em algum lugar) e que denomine tais atos como tal. A ocorrência desse tipo de violência com mulheres que possuem visibilidade na mídia, como o caso acima e, também, o da tenista Serena Williams¹⁶⁴, que enfrentou racismo obstétrico na sua primeira gravidez, ajudam a perceber que a violência ocorre em diferentes classes sociais, ainda que, muitas vezes, com diferença nas ações de violência empreendidas e nos encaminhamentos diferenciados conforme a classe social a que pertence a mulher. Contudo, o caráter de violência permanece baseado nas questões de gênero e demais elementos de vulnerabilização a que essas pessoas estão submetidas.

Assim como a tematização pública da violência contra a mulher foi impulsionada, também, pela divulgação do assassinato de Ângela Diniz, em 1976, a revelação desses casos de pessoas com visibilidade e maior acesso à justiça são importantes para tornar público o problema de forma mais abrangente. A publicização desses casos, principalmente nas redes sociais atuais que conseguem um alcance de divulgação maior, no entanto, não bastam para criar uma cultura de prevenção e de justiça para as mulheres vitimizadas, principalmente considerando aquelas com baixa escolaridade e pouco acesso aos meios digitais, e cujos serviços públicos locais de saúde são, muitas vezes, precarizados.

O tempo mais acelerado das redes sociais atuais deram, sem dúvida, mais visibilidade a uma realidade comum em várias famílias há muitas décadas na assistência ao parto, não só no Brasil, como no mundo. Os coletivos de mulheres já se articulavam desde a década de 1990, através das listas de endereço eletrônico, rede virtual mais

164 Disponível em: <https://www.geledes.org.br/por-que-mulheres-negras-sao-as-que-mais-morrem-na-gravidez-e-no-parto/>, acesso em 14 de janeiro de 2022.

comum da época, processo acelerado a partir da evolução de novas tecnologias digitais que, além de impactar na divulgação de informação, contribuiu para a popularização de termos e questões antes circunscritos à congressos médicos e limitados à categoria, ou, no máximo, à profissionais da área da saúde mais amplamente. A emergência da figura do paciente informado e do ativismo digital ampliaram, também, o que Lo Bianco (1983) denomina de medicalização de 2º grau, na qual os indivíduos são incentivados a dominar o máximo de informações médicas e científicas sobre sua condição de saúde, na perspectiva de dialogar com os médicos, podendo assumir um lugar de coparticipante na tomada de decisões. Na área do parto, esse movimento certamente acrescentou benefícios, posto que as mulheres, ao menos aquelas com acesso à informação e tempo hábil para pesquisar sobre gestação e parto, para além do que lhes é oferecido no pré-natal, puderam se munir de informações na tentativa de tomar decisões junto aos profissionais da saúde que as acompanham. No entanto, a assimetria no acesso à informação e a responsabilidade que muitas vezes é colocado nessas mulheres no que diz respeito à tomar posse de seu processo para “evitar a violência obstétrica” acaba, por vezes, gerando ambiente de ansiedade, culpa e frustração baseado em uma visão complexa que associa a garantia de melhores chances de um parto respeitoso ao processo de informação da paciente. Essa ideia de controle através da informação e de algumas ações de preparo para o parto, em alguns casos, seguem uma cartilha prescritiva, é reforçada, principalmente, por alguns discursos dentro do próprio movimento de incentivo ao parto normal, onde a cultura do parto idealizado é difundida e gera impactos, principalmente, na esfera psicológica da parturiente, quando esse não ocorre de acordo com a idealização. Somado a isso, o acionamento da naturalização do processo de parturição, partindo para um viés de essencialização do feminino com discursos como “toda mulher sabe parir e todo bebê sabe nascer” têm ampliado a pressão sobre as mulheres e a ideia de que um parto com êxito depende somente delas, o que pode ser percebido como uma face do mesmo discurso de controle e vigilância de hábitos da biopolítica atual, na qual se insere, também, a ideia de hiperprevenção e controle de risco, como aponta Castiel (2010).

O argumento da “natureza” feminina é utilizado para endossar os discursos sobre a autonomia na hora do parto, e para criar uma narrativa de potência, em oposição à sua utilização outrora construída como justificativa de intervenções em um corpo considerado pela medicina como naturalmente falho e perigoso. Essa dualidade do sentido de natureza feminina, conforme afirma Rodrigues (2006), é administrada por

cada cultura de uma forma diferente “algumas exaltam a mulher nessa fase; outras, proscovem-nas, enquanto há ainda as que escolhem uma alternativa intermediária que consiste em exaltá-las em um nível e castigá-las em outro” (RODRIGUES, 2006: 82), sendo essa resolução intermediária a observada em nossa cultura, principalmente em relação ao parto.

A naturalização das intervenções no parto, por sua vez, se inclui na perspectiva de uma sociedade em crescente processo de medicalização, com base em uma perspectiva tecnicista que valoriza as intervenções através do uso de tecnologias e fármacos, inseridos em uma rotina da hospitalização, onde se inclui a assistência ao parto, que reproduz esse sistema. Destacam-se, também, além da reprodução das rotinas e práticas da medicalização, outras questões de formação estrutural da nossa sociedade, como racismo, capacitismo e sexismo, em relação as quais o indivíduo que presta assistência não está isento da influência de tais estruturas. O enfrentamento à essas questões demanda a efetivação de políticas públicas de reparação e educação para a sua mudança, além da sensibilização para o tema não só no ensino médico, mas em todas as etapas da educação onde os indivíduos possam formar sua subjetividade e cidadania baseadas no respeito às diferenças e aos direitos humanos, incluindo debates em torno de questões como gênero, raça e classe para a construção de novos pilares sociais. O discurso da importância da apropriação da mulher sobre o seu processo reprodutivo e sobre os aspectos fisiológicos do parto, importante para a autonomia da mulher e para a sua compreensão do processo vivido por ela, precisa estar aliada à transformação da realidade estrutural e da garantia de cumprimento de direitos das parturientes na assistência obstétrica.

Atualmente, depara-se, no país, com um processo contrário à essas reflexões, diante de um governo conservador no qual essas questões sociais envolvidas na violência em geral e, também, na violência obstétrica, são potencializadas com retrocessos no que diz respeito a questões como o debate em relação à gênero e direitos humanos, assim como na garantia de direitos reprodutivos através de constantes ataques àqueles já garantidos em lei, como nos casos de aborto legal, por exemplo, recentemente acompanhados na mídia brasileira.

Como estratégia para a construção de novas práticas na assistência utilizou-se a MBE como respaldo científico, conferindo a centralidade da decisão na construção e validação científica sobre as intervenções e demais aspectos da assistência no parto. Assim, há uma reformulação da medicalização com a introjeção de evidências

científicas pelas mulheres para que estas estabeleçam uma vigilância sobre os cuidados na assistência obstétrica para minimizar a possibilidade de sofrer uma violência. A questão da autonomia, um dos eixos centrais do movimento de humanização e de uma assistência sem violência, em alguns casos, pode estabelecer uma relação de dependência diante das evidências elencadas, na qual a subjetividade da parturiente pode ser diminuída frente à essa dependência. Assim, destaca-se a importância da ponderação dessa relação entre a subjetividade e as evidências científicas atualizadas, para que essas não se transformem em mais uma prescrição adotada de forma arbitrária, mas sim que construa em conjunto com cada indivíduo uma assistência segura e respeitosa.

Marcada por um amplo percurso histórico, a tematização da violência no parto passou a ser difundida, no Brasil, sob a designação específica – *Violência Obstétrica* – a partir de 2012, com o Dossiê elaborado pela Parto do Princípio e encaminhado à Comissão Mista Parlamentar de Inquérito sobre violência contra a mulher. O documento apresenta as definições do termo nas legislações Argentina e Venezuelana, a partir das quais constrói sua própria definição de Violência Obstétrica como todos os atos “praticados contra a mulher no exercício da sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico- administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis”, nas dimensões física, psicológica, sexual, institucional, material e midiática, que podem se apresentar associadas em um mesmo ato (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012: 60).

A partir de então, ampliou-se a ocorrência de audiências públicas sobre o tema, com a presença de profissionais, principalmente da saúde e do direito, além de terem sido criadas algumas instâncias como o Observatório de Violência Obstétrica- BR-, e o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica, recentemente organizado no Amazonas, assim como, também, a promulgação de leis específicas sobre esse tipo de violência em alguns estados¹⁶⁵. Alguns coletivos de mulheres e de doulas começaram a divulgar canais de denúncia¹⁶⁶ pelos quais as mulheres podem apresentar as suas

165 Como, por exemplo, o Estado de Santa Catarina, Lei nº 17205, de 2017, Disponível em http://leis.ale.sc.gov.br/html/2022/18322_2022_lei.html, acesso em 17 de fevereiro de 2022, e de Pernambuco, Lei nº 16499, de 2018, Disponível em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732>, acesso em 17 de fevereiro de 2022.

166 Como exemplo, o site [Violência Obstétrica Site de denúncia de Violência Obstétrica \(violenciaobstetricafale.com.br\)](http://violenciaobstetricafale.com.br), canal criado para a realização de denúncia e elucidação sobre a temática, além do canal já existentes para denúncia de violência contra a mulher, o 180, e o disque saúde 135, entre outros.

queixas, o que contribui para a judicialização da questão, o que marca a história do termo no nosso país, ponderada, por alguns profissionais entrevistados para essa análise, em relação a sua eficácia, mas, reconhecida, entretanto, por todos eles como necessária.

A judicialização da violência obstétrica contribui, certamente, para a diminuição do problema e, em seu esforço de delimitação do mesmo através da configuração de um termo específico, serviu, também, para acelerar o processo de enfrentamento à questão, conforme apontam alguns dos profissionais entrevistados para essa análise. A necessidade de adequação do termo foi importante devido a permanência de atos violentos cometidos na assistência obstétrica, mesmo depois das críticas formuladas através de debates desde a década de 1980, do movimento de humanização, a partir da década de 1990, e das políticas públicas oriundas desses processos. Além disso, a nova delimitação responde as demandas suscitadas diante da emergência de uma nova forma de produção científica sobre o parto e da resignificação de sua experiência corporal e cultural, o que gerou a mudança na perspectiva sobre algumas práticas antes consideradas aceitáveis nesse tipo de assistência.

Conforme afirmam Leila Katz et.al, em artigo intitulado “Quem tem medo da violência obstétrica”, assinado, também, pela obstetra Melania Amorim, “somente a partir do reconhecimento e da aceitação é que pode se iniciar o processo redentor da desconstrução e da transformação” (LEILA KATZ et.al, 2020: 629), conclamando os seus pares a não mais resistirem ao termo, já consagrado em literatura e popularizado, mas sim, identificarem onde estão reproduzindo essas violências e trabalhar para mudar.

No enfrentamento à violência obstétrica percebe-se, também, a importância de destacar o exercício maternidade como escolha e socialmente amparada, pois a maternidade compulsória (a não desejada) e sem esse amparo incidem sobre uma maior vulnerabilidade da mulher, não só, durante a gestação, como no momento do parto. Além disso, ressalta-se a manutenção de uma cultura de pessimização do parto (Diniz, 2009), envolvido no medo e na incerteza, que em certa medida permanece, em nosso país, expresso no slogan “chega de parto violento pra vender cesárea”, utilizado pelo movimento de mulheres nas marchas pelo parto humanizado. Esse lema pode ser comparado ao “quem ama não mata” das mulheres na década de 1980, que demonstra o perfil do país, país forjado na cultura da violência nas micro e macro relações. Diante disso, destaca-se a afirmativa de Butler sobre as mudanças das relações sociais, que, segundo ela, estão ancoradas “na transformação de condições sociais hegemônicas, mais

do que nos atos individuais provocados por tais condições” (Butler, 1998, In: Holanda (Org), 2019 P. 222). Tal reflexão sobre a importância de se enfrentar o problema a partir de diversas frentes, sem desconsiderar, entretanto, a responsabilização individual, também foi apresentado por Leal et.al em artigo sobre a pesquisa Nascer no Brasil, no qual afirmam que “os determinantes maiores dessas iniquidades estão na sociedade e não podem ser corrigidos por um esforço isolado do setor saúde (...)”, ponderando ser, também, essencial “ampliar o debate e a conscientização com o propósito de identificação e enfrentamento das práticas que potencialmente resultam nas iniquidades verificadas, o que, necessariamente, passará por medidas educativas voltadas aos profissionais dos serviços de saúde”. (LEAL ET. al, 2017, p. 13, 14).

Além de uma ação em diferentes áreas, é importante reforçar a articulação de políticas públicas de educação em todos os níveis, para a tematização de questões como gênero e sexualidade, racismo, entre outras que perpassam a violência obstétrica, desde a educação infantil. Além disso, ressalta-se a inegável associação direta com a elaboração e/ou cumprimento das políticas públicas de saúde que garantam um pré-natal de qualidade e uma assistência ao parto baseada no respeito e nas Boas Práticas.

Os direitos das mulheres, principalmente no que diz respeito às decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva, vem sendo regularmente, expropriado das mesmas em contextos diferenciados. A legislação a qual estamos submetidos constitucionalmente, como a referente aos direitos humanos e ao código de ética médica, conforme apontaram (NIY, 2021; KONDO, 2020), já assegurariam proteção às pessoas que gestam e parem, se fossem devidamente cumpridas. No entanto, nosso contexto de inserção em uma sociedade em que há manutenção de estruturas ainda coloniais, racistas e misóginas, a judicialização com penalização do indivíduo e da instituição atuam como ação reparadora diante do esforço ainda incipiente em relação às mudanças sociais mais profundas.

A frase destacada para compor o título dessa tese, “Não adianta, vocês vão ter que nos ouvir”, proferida por Ludovice (2020), representa essa necessidade de provocar inquietação no sistema e em seus atores, que vem acontecendo de forma progressiva através da reconstrução das bases da assistência obstétrica com o grupo que se predispõe à tal mudança, ou através da responsabilização jurídica dos atos de violência perpetrados contra esses corpos e seus bebês, em um esforço para que haja mudança efetiva na assistência ao parto e nascimento, no Brasil.

No momento de finalização desta tese nos encontramos, como sociedade brasileira e como população mundial, enfrentando o segundo ano de uma pandemia provocada pela emergência do vírus Sars Covid-19. O cenário de assistência às gestantes e puérperas teve altos índices de mortalidade materna pela infecção provocada pelo vírus que marcou, principalmente, o primeiro ano da pandemia, no qual o Brasil apresentou os mais significativos números de mortalidade materna pela doença. A vacinação das gestantes foi tardiamente implantada, cercada de desinformação como produto de uma onda de negacionismo quanto às comprovações científicas de segurança do processo, além da difícil trajetória enfrentada para garantir licenças trabalhistas e laudos médicos para liberação de vacinas, entre outros direitos no parto já garantidos. Certamente, a vacinação, se tivesse sido colocada em curso teria evitado o óbito de muitas gestantes e seus bebês, objeção que também pode ser caracterizada como violência obstétrica.

Referências Bibliográficas

Referências:

Fontes-

ABENFO. Anais dos Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Disponível em <https://abenfo.wixsite.com/meusite/congresso>, acesso em 30 de agosto de 2021.

ANS, 2015. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 368, DE 6 DE JANEIRO DE 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em http://www.ahseb.com.br/wp-content/uploads/2015/05/RN_N%C2%BA368.pdf, acesso em 01 de dezembro de 2021.

Araújo, galba; aráujo, lorena; JANOWITQ, Bárbara; WALLACE, Sylvia; POTTS, Maicolm. Parteras tradicionales en la atencion obstetrica del noreste de Brasil. Bol Of Sanit Pamzm 96(Z), 1984

Boletim Epidemiológico nº 20/MS (2020). Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>, acesso em 21 de fevereiro de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Série B: textos Básicos de Saúde. Priemira Reimpressão, 1985. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf

BRASIL. Decreto nº 94.406 / 1987 (Regulamentação da Lei nº 7.498 / 1986). Disponível em: https://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_ac2d8a13e198b262bb15a2ed9db0fdaf.pdf, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. III Prêmio Galba Araújo, 2001. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002554.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 2º ed. p. 13

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza-SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia : Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual / elaboração : André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos.; Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Combate à Discriminação Brasil Sem Homofobia Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf, acesso em 26 de abril de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Livro da parteira tradicional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 172 p. : il.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-Natal a Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5º edição. Gestação de Alto Risco. Manual Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf, acesso em 20 de fevereiro do 2022.

CALDEYRO-BARCIA, Roberto. Bases fisiológicas e psicológicas para o manejo humanizado do parto. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/clap0858.pdf>

Carta de Itapecerica. Anexo na íntegra In: Britto, Marcelo Andréas Faria. A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil – 1984. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Brasília, 2014

CLADEM & CRLP. Silencio e Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Salud em el Peru. Lima, 1998.

CERES. Espelho de Vênus. Identidade social e sexual da mulher. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981

Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Revogada pela Lei nº 10.406, de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071impressao.htm. Acesso em: 11 jan.2016.

Código Criminal do Império do Brasil. Art. 251. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm. Acesso em: 11 jan. 2016.

COLOVSKY, Simão. Nem de cócoras, nem deitada. A solução pode estar no parto inclinado. Revista Cláudia, 1982. Acervo da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73 Av. Mauro Ramos, 224, Centro Executivo Mauro Ramos 6º ao 9º andar, Centro, Florianópolis/SC. CEP 88020-300 Caixa Postal 163 - Fone/Fax: (48) 3224-9091 coren-sc@coren-sc.org.br | www.corensc.gov.br PARECER TÉCNICO COREN/SC Nº 023/CT/2016 Assunto: Parto Domiciliar Planejado. Disponível em <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PT-023-2016-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>, acesso em 10 de julho de 2020.

Cruelty in maternity. *Ladies Home Journal*, 1958. Disponível em: <https://archive.org/details/ladies-home-journal-v-075-n-05-1958-05/page/n45/mode/2up> Acesso em 22 de dezembro de 2020

Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993, Artigo 18. Disponível em: <http://styx.nied.unicamp.br/todosnos/documentos-internacionais/doc-declaracao-e-programa-de-acao-de-viena-1993/view>. Acesso em: 19 mar. 2015.

Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948, art. 1. DUDH, ONU-Brasil, 2009. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em 2018.

DIAS, Marcos. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 16 de janeiro 2020. Transcrita, 18 páginas. (Acervo Pessoal)

DINIZ, Carmem Simone. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 26 de janeiro de 2020. Transcrita, 17 páginas. (Acervo Pessoal)

PARTO DO PRINCÍPIO. Dossiê Violência Obstétrica. “Parirás com Dor”.. Disponível em: <https://www.partodoprincipio.com.br/cartilhas>

Emenda Constitucional nº 66, 2010. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc66.htm, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4121/1962), Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4121-27-agosto-1962-353846-norma-pl.html#>, acesso em 20 de fevereiro de 2022;

FADYNHA, Maria de Lourdes (Fadynha). Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 22 de fevereiro de 2021. Transcrita, 24 páginas. (Acervo Pessoal)

História do coletivo. O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde. CFSS, s.d, p. 2. Disponível em <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/historia-do-coletivo.pdf>, acesso em 26 de abril de 2021.

I Programa Nacional de Direitos Humanos. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/i-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-1996.html>, acesso em 13 de maio de 2021.

II Programa Nacional de Direitos Humanos. 2002. Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/ii-programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-2002.html>, acesso em 13 de maio de 2021.

III Programa Nacional de Direitos Humanos, 2009. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7037.htm, acesso em 13 de maio de 2021.

KONDO, Cristiane. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 17 de novembro de 2020. Transcrita, 16 páginas. (Acervo Pessoal)

Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Disponível em: <http://www.spm.salvador.ba.gov.br/images/pdf/LeiMaria.pdf>, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

Lei do Divórcio (Lei nº6.515/77), Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6515.htm, acesso em 20 de fevereiro de 2022, que alterou o Código Civil de 1916.

Lei nº7. 353, de 29 de agosto de 1985, Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subsecretaria para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7353-29-agosto-1985-356957-norma-actualizada-pl.pdf>, Acesso em: 11 fev. 2016.

Lei nº 16.869/2016, Santa Catarina. Dispõe sobre a presença de doulas, durante todo o período do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Disponível em: [dohttps://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias](https://leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-16869-2016-santa-catarina-dispoe-sobre-a-presenca-de-doulas-durante-todo-o-periodo-de-trabalho-de-parto-parto-e-pos-parto-imediato-e-estabelece-outras-providencias), acesso em 22 de fevereiro de 2022.

Lei nº 6.305/2017 que permite a presença de doulas nos estabelecimentos hospitalares durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/wp-content/uploads/2018/09/Lei-6305.17-Lei-das-Doulas-Rio.pdf>, acesso em 22 de fevereiro de 2022.

LIMA, Marilanda. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 27 de abril de 2020. Transcrita, 12 páginas. (Acervo Pessoal)

LUDUVICE, Maysa. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 24 de abril de 2020. Transcrita, 26 páginas. (Acervo Pessoal)

MAUAD FILHO. Gravidez de alto risco. Aspectos preventivos. Revista Cláudia, março de 1988.

Ministério da Saúde. Despacho SEI/MS – 9087621, 3 de maio de 2019. Disponível em <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

Ministério Público Federal. Recomendação nº 29, 2019, 7 de maio de 2019. Disponível em http://mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf, acesso em 20 de fevereiro de 2022.

Mulher Negra e Saúde. Caderno 1. Cadernos Geledés é uma publicação de Geledés – Instituto da Mulher Negra. 1991 – Praça Carlos Gomes, 67 – 5º andar – Cj. M – Cep: 01501-040 – Liberdade – São Paulo – SP – Fone (011) 35- 3869 – Fax 36-9901. É permitida a reprodução total ou em parte, desde que citada a fonte.

NIY. Denise Yoshie. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 11 de fevereiro de 2021. Transcrita, 13 páginas. (Acervo Pessoal)

OMS- organização Mundial da Saúde. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. OMS/SRF/MSM/96.24. Genebra, 1996.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde- Declaração OMS. 2014. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1, acesso em 22 de fevereiro de 2022.

OMS. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Organização Mundial da Saúde 2011. Versão do Original em inglês: Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. World Health Organization 2009.

OPAS. Plan de Acción Regional de la Mortalidad materna em las Americas. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington: 1990 (Apud: LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davison. Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento de variável da declaração de óbito Inf. Epidemiol. Sus v.9 n.1 Brasília mar. 2000)

PARCIONICK, Moisés. Entrevista gravada em 1997 para Memória Paranaense. IN: O médico Moisés Paciornik foi um defensor do parto de cócoras. WILLE, José. 2017. Disponível em <https://paranaportal.uol.com.br/memoria-paranaense/o-medico-mois-es-paciornik-foi-um-defensor-do-parto-de-cocoras>

PESQUISA NASCER NO BRASIL. Cadernos de Saúde Pública vol.30 supl.1 Rio de Janeiro 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso

Portaria nº 3477 de 20 de agosto de 1998, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3477_20_08_1998.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

PORTARIA Nº 1.119, DE 5 DE JUNHO DE 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022.

PORTARIA Nº 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html, acesso em 21 de fevereiro de 2022

R. CALDEYRO-BARCIA, G. GIUSSI, E. STORCH, J.J. POSEIRO, N. LAFAURIE, K. Kettenhuber, G. Ballejo, M.C. Cordano, A. Izquierdo y Z. Villarrubia. Bases Fisiológicas y Psicologicas para el manejo humanizado del Parto. Conferencia dictada por Doctor R. Caldeyro-Barcia em el Simposio sobre “Recientes adelanos em Medicina Perinatal”. Año Internacional del Niño. Congreso Internacional Comemorativo. Tokio, Japón, octubre 21 y 22, 1979.

RATTNER, Daphne. Projeto Violência Obstétrica no Brasil 1970-2012. [Entrevista concedida a Larissa Velasquez de Souza], em 04 de maio de 2020. Transcrita, 15 páginas. (Acervo Pessoal)

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos _ Rede Feminista de Saúde. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas. Promoção da equidade e da integralidade. 2006, Apoio Fundação Ford UNFPA

REHUNA- Carta de Campinas. In: Rattner D. e Trench B. Humanizando Nascimentos e Partos. São Paulo: Editora Senac, 2005. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 224 p.

Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo - Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>, acesso em fevereiro de 2022

Reportagem sobre violência obstétrica, caso Serena Willians, site Geledés. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/por-que-mulheres-negras-sao-as-que-mais-morrem-na-gravidez-e-no-parto/>, acesso em 14 de janeiro de 2022.

Reportagem sobre violência obstétrica, caso Shantal, no Jornal Metrópolis. Disponível em <https://www.metropoles.com/brasil/shantal-relembra-violencia-obstetrica-tentou-me-rasgar-com-as-maos>, acesso em 14 de janeiro de 2022;

Reportagem sobre violência obstétrica, casos Shantal, jornal O globo. <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/12/olha-aqui-toda-arrebentada-influencer-shantal-diz-que-foi-vitima-de-violencia-obstetrica-de-medico-durante-parto-em-sp.ghtml>, acesso em 14 de janeiro de 2022.

Reportagem sobre violência obstétrica, Programa Fantástico, Rede Globo. Vídeo divulgado na reportagem do programa Fantástico da Rede Globo de Televisão em 9 de Janeiro de 2022. Disponível em <https://globoplay.globo.com/v/10196296/?s=0s>, acesso em 17 de fevereiro de 2022.

Revista Cláudia. Esta criança nasceu sem violência. 1978. Arquivo da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

Saúde da mulher e direitos reprodutivos/Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Humanização do Parto. – São Paulo, 2002.

Site institucional da Parto do Princípio. Rede pela Maternidade Ativa. Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/sobre>. Acesso em: 12 ago. 2018.

WHO. Appropriate Technology for Birth. The Lancet, August 24, 1985.

WHO. International Year of the Child. 1976 Disponível em <https://undocs.org/A/RES/31/169>, acesso em 14 de julho de 2021.

WHO. Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practice guide. Department of Reproductive Health e Research. World Health Organization, Genebra, 1996.

WHO. World Health Day. Safe Motherhood. Division of Reproductive Health (Technical Support), 1998.

Women and Their Bodies. A course. By Boston Women's Health Collective. Disponível em <https://www.ourbodiesourselves.org/cms/assets/uploads/2014/04/Women-and-Their-Bodies-1970.pdf>, acesso em 11 de janeiro de 2021.

Bibliografia

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 30, nº1, jan abr, 2006.

ALBERTI, V. Ouvir Contar: textos em história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ALMEIDA, Suely Souza de. Femicídio: algemas (in)visíveis do público privado. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

- ARAUJO, M. P. Sentimento e subjetividade na história: a contribuição da história oral. IN: Andrea Casa Nova Maia; Marieta de Moraes. (Org.). Outras Histórias. Ensaios em História Oral. 1ed.Rio de Janeiro: Ponteio, 2012, v. 1, p. 175-189
- ASSIS, J. F. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensão à violência obstétrica. Serv. Soc.Soc. São Paulo, n.133, p. 547-565, set/dez, 2018.
- ATALLAH, Álvaro Nagib. Medicina Baseada Em Evidências: O Elo Entre A Boa Ciência E A Boa Prática Clínica. IN: MINAYO, MCS., DESLANDES, SF. Orgs. Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008 (2º reimpressão)
- AYRES, JRCM. Desenvolvimento histórico da epidemiologia e do conceito de risco. Rev Med (São Paulo). 2009 abr.-jun.;88(2):71-9.
- BALASKAS, Janet. Parto Ativo – Guia Prático para o Parto Natural. Ed. Ground. São Paulo. 1996.
- BARBOSA, Murillo Bruno Braz; HERCULANO, Thuany Bento; BRILHANTE, Marita de Almeida Assis; SAMPAIO, Juliana. Doulas como dispositivos para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 420-429, abr-jun 2018
- BARROSO IC. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UM FAP.2009 dez; 2.
- Batista, Luís Eduardo, Werneck, Jurema e Lopes, Fernanda, (orgs.). -- Saúde da população negra 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros : pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller)
- BELLI, L.F. La Violencia obstétrica: outra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, año 4, 1 (7): 25-34, enero-junio 2013.
- BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro. IN: Batista, Luís Eduardo, Werneck, Jurema e Lopes, Fernanda, (orgs.). -- Saúde da população negra 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros : pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller)
- BRITO, CMC; OLIVEIRA, ACGA; COSTA, APC. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar no Poder Judiciário brasileiro. Cad. Iber-amer. Dir. Sanit. Brasília, 9 (1): jan/mar, 2020, pp 120-140.
- BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados* 17(49), 2003
- BORGES MS; PINHO DLM.; GUILHEN, DA. Construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. Rev. bras. enferm. 2007 maio-jun; 60(3): 317-322.
- BRUGGEMANN, OM, PARPINELLI, MA, OSIS, MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad Saude Publica.[on-line] 2005 set/out; [citado 03 jun 2005]; 21(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>
- BUTLER, Judith. Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do ‘sexo’”. Tradução do capítulo introdutório do livro de Judith Butler, *Bodies tha matter*, Routledge, Nova York e Londres, 1993. In: Guacira Lopes Louro (org.). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Ed. Autentica. Belo Horizonte. 2000. p. 35-82

- BUTLER, Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista (Tradução de *Performative acts and gender constitution: na essay in phenomenology and feminist theory*. Theatre Journal, vol. 40, dez, 1998). In: Hollanda. Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento Feminista: conceitos fundamentais. pp 213-234. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 32, n. 3, 2012.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Cenas de Parto e Políticas do Corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- CARNEIRO, R. “Para chegar ao bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana. N. 20- aug.2015- pp. 91-112
- CASSAB, Latif Antonia. Violência de Gênero. (verbete). In: FLEURY, Elizabeth Teixeira; MENEGUEL, Stela N. (Orgs). Dicionário Femino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Pp 376-378.
- CASTIEL, L.D.; PÓVOA, E. C. Medicina baseada em evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? In: Interface Comum Saúde Educação, v. 6, n. 11, 2002, p. 117-132.
- CASTIEL, Luiz David, GUILAM, MCR; Ferreira, MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p.
- CASTIEL, Luiz David. Risco e hiperprevenção: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com formato religioso. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. [Rio de Janeiro]: Cebes, 2010. 200 p. (Coleção Pensar em Saúde). ISBN 978-85-88422-13-1.
- CASTRO et.al. O uso de medicamentos na gravidez. Ciênc. saúde coletiva vol.9 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2004
- CAVALCANTI, Carlos André. História Moderna dos Direitos Humanos: uma noção em construção. In: TOSI, Giuseppe (Org.). Direitos Humanos: História, teoria e Prática. Editora UFPB, 2004
- CHAUÍ, Marilena. Sobre Violência; Org. Ericka Marie Itokazu, Luciana Chauí- Berlink. 1. Ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.
- CHAZAN, Lilian Krakowski. “Meio quilo de gente!” - um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. Estudos Feministas, ano 10, 1º semestre de 2002
- CURSINO, Thais Pellogia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Ciênc. Saúde Colet*; 25(4): 1433-1444, abr. 2020.
- Davis, Dána-Ain. 2018. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. Medical Anthropology 38(7):560-573. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>

D'ORSI, BRÜGGEMANN, DINIZ ET AL. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S154-S168, 2014

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 2001 S5 Ž . S23, 2001.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero. Novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 23 nº. 66 fevereiro/2008.

DIAS MD. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. *Rev.eletrônica enferm.* 2007; 9(2):476-488.

DIAS, Isabel. Violência na Família — Uma Abordagem Sociológica, Porto, Edições Afrontamento, 2004. Apud CASSAB. Latif Antonia. Violência Doméstica. In: *Dicionário Femino da Infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Pp 379,380.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. DESLANDES, Suely Ferreira. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(1):109-116, jan-fev, 2004.

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

DINIZ & CHACHAM. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2006; I(1):80-91

DINIZ SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv. Hum.* 2009; 19(2):313-326.

DINIZ, Debora. Três gerações de mulheres. In: *Nova História das mulheres*. (Org) Pinsky, Carla Bassanezi; Pedro, Joana Maria. São Paulo: Contexto, 2012.

DINIZ ET ALL. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 2015.

DINIZ, S.G. Violência de gênero: o trabalho com violência de gênero como questão de saúde. Disponível em http://mulheres.org.br/violencia/documentos/violencia_de_genero.pdf.

DINIZ, Simone G. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). In: DINIZ, Simone G; SILVEIRA, Lenira Politano; MIRIM, Liz A.(org). *Vinte e Cinco Anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: alcances e limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

DINIZ,S.G.e tal. A vagina - escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* (Botucatu), vol.20,56, mar 2016, pp.253-259.

DINIZ, Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*.10 (3): 627-637. 2005.p.632.

ENEILE, Morgana. 'Ser mãe preta e periférica': sobreviventes do estado genocida da população negra. Revista RECONEXÃO PERIFÉRIAS.Nº 10 - JMARÇO 2020.Disponível em https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2020/03/rev_reconexaoperiferias0320.pdf

FEDERICI, Silvia. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução: coletivo Sycorax, São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDES, Tania. Ouvindo histórias e memórias: o depoimento oral como fonte. IN: FRANCO, Sebatião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. (Org). Uma história brasileira das doenças, volume 6. Belo Horizonte, M: Fino Traço, 2016.

FERNANDES. Patrícia Jacques. Ato médico: versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das profissões da área de saúde no Brasil Rio de Janeiro. [Dissertação] Pós-graduação em História das Ciências da Saúde. História das Ciências. 2004.

FERREIRA JÚNIOR, Antonio Rodrigues; de Barros, Nelson Filice; de Carvalho, Larrisa Carpintéro; da Silva, Raimunda Magalhães. A Doula na Assistência ao Parto e Nascimento. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4)

FICO, Carlos. História que temos vivido. In Flávia Varela, Helena Miranda Mollo, Mateus Henrique de Faria Pereira, Sérgio da Mata. (Org.). Tempo presente & usos do passado. Rio de Janeiro: FGV, 2012, v. 1, p. 31-49. p. 31

FLEISCHER S. Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, parteiras e reprodução em Melgaço, Pará. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13(3):889-98.

FLEURY E OUVÉRY. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L; et al. orgs. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro:Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: A vontade de saber, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. Seguridad, territorio, población. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GIFFIN, Karen (Org.) Questões da saúde reprodutiva. / Organizado por Karen Giffin e Sarah Hawker Costa. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (suplemento 1): 146-155, 1994.

GOER, Henci. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later, 2010. The Journal of Perinatal Education, 19(3), 33–42, doi: 10.1624/105812410X514413

- GOHN, Maria da. Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas. In: GOHN, Maria da Glória (org). Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais. 5. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- GOMES, Romeu; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; MARINHO, Alice Salgueiro do Nascimento; Silva, Luiz Guilherme Pessoa da. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 9 (4) • 2001
- GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro da. Violência contra a mulher. Uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- GUIMARÃES, Regina Guedes moreira; REGO, Sérgio. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 10 (Supl): 7-17, 2005.
- GUSMAN, Christine Ranier. Parteiras indígenas e os objetos do partejar: apropriação, usos, sentidos e significados. Tese apresentada à universidade federal de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2017.
- HIRSCH, Olivia Nogueira. Parto Natural, parto humanizado: perspectivas de mulheres de camadas médias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.
- HOGA, Luiza Akiko Komura. CASA DE PARTO: simbologia e princípios assistenciais. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):537-40
- HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento Feminista: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento Feminista Brasileiro: formação e contexto. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). Pensamento Feminista Hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
- HUGUES, Gabriela Macedo; HEILBORN, Maria Luiza. A construção de uma nova profissão: a Obstetrícia – O caso do Universidade de São Paulo. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; RODRIGUES, Andreza Pereira; NUCCI, Marina Fisher; SILVA, Fernanda Loureiro, (Orgs.). Medicalização do parto. Saberes e práticas. São Paulo: Hucitec, 2021.
- Katz, Leila; Amorim, Melania Maria; Giordano, Juliana Camargo; Bastos, Maria Helena; Brilhante, Aline Veras Moraes. Quem tem medo da violência obstétrica? Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 20 (2): 627-631 abr-jun., 2020
- KELLER, E. F. Qual foi o impacto do feminismo na ciência? **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 27, p. 13-34, jul./dez. 2006
- KLUJSZA, Stephania Goncalves. A construção Social da Violência. Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense. [Tese], 2019.
- KITZINGER, Sheila. The sexuality of birth, pp. 209-218. In S Kitzinger (ed.). *Women's experience of sex*. Penguin, Nova York. 1985.
- KOPERECK, CS; MATOS, GC; SOARES, MC; ESCOBAL, APL; QUADRA, PP; CECAGNO, S. A violência obstétrica no contexto multinacional. Ver. Enferm. UFPE online., Recife, 12 (7): 2050-60, jul., 2018.

KONDO, Cristiane; WERNER, Lara. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil. IN: DIREITOS HUMANOS NO BRASIL 2013 Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. Disponível em http://www.social.org.br/relatorio_RH_2013.pdf, p.140, acesso em 27 de outubro de 2016.

KOSELLECK, Reinhart. Uma História dos conceitos: problemas teóricos e práticos. Estudos Históricos. Rio de Janeiro. vol. 5, n. 10, 1992, p. 134-146.

LAGE, Lana; NADER, Maria Beatriz. Da legitimação à Condenação Social. In: PINSKY, Carla Bazanessi; Pedro, Joana Maria. (org). Nova História das Mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 2012.

LAGROU, Pieter. Sobre a Atualidade da História do Tempo Presente. IN: PÔRTO Jr, Gilson. História do Tempo Presente. Bauru: Edusc, 2007, p. 36-37. Apud FICO, Carlos. História que temos vivido. In Flávia Varella, Helena Miranda Mollo, Mateus Henrique de Faria Pereira, Sérgio da Mata. (Org.). Tempo presente & usos do passado. Rio de Janeiro: FGV, 2012, v. 1, p. 31-49. p. 31

LAQUEUR, Thomas W. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001

LE GOFF, Jacques. A visão dos outros: um medievalista diante do presente. In: Agnés CHAVEAU e Philippe TÉTART. *Questões para a história do presente*. Bauru: EDUSC, 1999.

LEAL, MC et.al; A cor da dor. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1

LEÃO, MRC; BASTOS, MAR. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev Latino-am Enfermagem [on-line] 2001 maio; [citado 16 maio 2001]; 9(3). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>

LISAUSKAS, Rita. Com medo de violência no parto, mãe leva pistola para a maternidade. Disponível em <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/com-medo-de-violencia-no-parto-mae-leva-pistola-para-a-maternidade/>, acesso em 28 e abril de 2021

LO BIANCO, Anna Carolina. The medical ordering of early motherhood: two London groups compared. Tese (Doutorado) – Chelseas College, London, 1983.ms.

LOURO, Guacira Lopes (org.). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Ed. Autentica. Belo Horizonte. 2000. p. 35-82

LOYOLA, M.A. Medicamentos e saúde pública em tempos de Aids: metamorfoses de uma política dependente. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2008, v. 13, suppl., p. 763-778.

LÖWY, Ilana. The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. História, Ciência e Saúde: manguinhos. v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1161-1169

MACHADO, Bárbara Araújo. Autonomia e solidariedade no movimento de mulheres negras no Brasil na década de 1980. Acervo, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 117-139, maio/ago. 2020

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. Brasília, 9 (1): jan/mar., 2020.97-119

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, Cleusa Alves; ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SOUZA, Marcus Antônio, CANDÉ, Tchernó Alliu; SIQUEIRA, Karina Machado, BARBOSA, Maria Alves. CASAS DE PARTO: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 03, p. 360 - 365, 2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do Feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2004

MATTOS, diego vieira de; vandenbergh, luc; martins, cleusa albes. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Rev. enferm. UFPE on line*; 10(2): 568-575, fev. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MOTT, Maria Lúcia. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). *Proj. História*. São Paulo, (25). Dez. 2002.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Cláudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro *Obstetrícia*, de Jorge de Rezende. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* 23 (1) , Jan-Mar 2016

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Cláudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis* 27 (03) Jul-Sep 2017.

NASCIMENTO, L C do; Santos, K F dos; Andrade, C G de; Costa, I C; Brito, F M de. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. *Rev. enferm. UFPE on line*; 11(supl.5): 2014-2023, maio 2017.

NICIDA, Lúcia Regina de Azevedo. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1147-1154

NORA, Pierre. “Entre memória e história. A problemática dos lugares”. In: *Projeto História*. Revista do programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC-SP. São Paulo, 1981.

ODENT, Michel. *A cientifização do amor*. Ed. Terceira Margem, São Paulo. 2000.

PARKER, Richard. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: In: Guacira Lopes Louro (org.). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. Ed. Autentica. Belo Horizonte. 2000, pp. 125-145.

PALHARINI, L.A. Autonomia pra quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu* (49), 2017:e174907.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Revista Brasileira de História*, vol. 23, n°45. São Paulo: ANPUH/Humanitas Publicações, 2003.

PEDRO, Joana Maria. Corpo, prazer e trabalho. In: *Nova História das mulheres*. (Org) Pinsky, Carla Bassanezi; Pedro, Joana Maria. São Paulo: Contexto, 2012.

PEDRO, Joana Maria. Corpo, prazer e trabalho. In: Pinsky, C.B; Pedro, J. M (Org.). *Nova História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2012.

PEREIRA NETO, André et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de doentes no Facebook. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, supl., dez. 2015, p.1653- 1671.

- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. O Processo de Implantação da Casa de Parto no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN. 2007.
- PERROT, Michelle. Minha história das mulheres. Trad. Ângela M.S. Corrêa. São Paulo: Contexto, 2007.192p.
- PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e Poder. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v.18, n.36, 2003.
- PIRES, Thula Rafaela de Oliveira. Por uma concepção amefricana de direitos humanos.2016. In: Hollanda (Org). Pensamento Feminista hoje: perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
- PITANGUY, Jaqueline. O movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: Giffin, Karen & Costa, Sarah Hawker. (Org.). Questões de Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- POLLAK, M. Memória, esquecimento, Silêncio. *Estudos Históricos*, v. 2, n. 3, p.3-15, 1989
- PORTELLI, Alejandro. A filosofia e os fatos: narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. *Tempo*, Rio de Janeiro, Vol 1, nº 2, 1996, p. 59-72.p,60.
- PORTELLI, Alejandro. Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética na História Oral.
- POUGY, L. G. . *O PAISM na Reforma Sanitária: redimensionando o público na saúde integral. Sexualidade em diferentes enfoques*. Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p. 108-122, 2001
- POUGY, L. G. Saúde e violência de gênero. In: Suely Souza de Almeida. (Org.). Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007, v. 01, p. 71-88
- POUGY, L. G. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha. *Revista Katalysis*, v. 13, p. 1-16, 2010
- QUATTROCCHI, Patrizia. Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual. In: Violencia obstétrica en América Latina : conceptualización, experiencias, medición y estrategias / Patrizia Quattrocchi... [et al.] ; compilado por Patrizia Quattrocchi ; Natalia Magnone. - 1a ed . - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- RABELO, Lopes, Claudia. RISCO, conceito fundamental em permanente discussão. Radis, comunicação e saúde. <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revistaradis/106/reportagens/risco-conceito-fundamental-em-permanente-discussao>, 2011.
- RATTNER, Daphne; Santos, MARCOS Leite dos; Lessa, Heloisa; DINIZ, Simone Grilo. ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Rev Tempus Actas Saude Col*.pp215-228.2010.
- REA, Caterina; MINELLA, Luzinete Simões. Gênero nas ciências biomédicas: entrevista com Ilana Löwy. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 23(2): 352, maio-agosto/2015
- REIS, Lenice Gnocchi da Costa; Pepe, Vera Lúcia Edais; Caetano, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21(3): 1139-1159, 2011.
- RIESCO, Maria Luiza Gonzales; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? *Revista Estudos Feministas* 449-459. 2/2002

RIOS, R.R. Respostas jurídicas frente à epidemia de HIV/Aids no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. CEBES, Rio de Janeiro, n. 27, p. 95-106, agosto 2003.

RODRIGUES, José Carlos, *Tabu do Corpo*. 7º ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

RODRIGUES, D.P; ALVES, V.H; PENNA, L.H.G; PEREIRA, A.V; BRANCO, M.B.L.R; SILVA, L.A. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc. Anna Nery* 2015; 19 (4): 614-620.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Edotora Fiocruz, 2001.

ROHDEN, Fabíola. Histórias em torno da medicalização da reprodução. *Gênero*, v 6, n 1, Niterói: UFF, pp. 213-24, 2006

ROSE, Nikolas. *The politic of itself: Biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

ROSE, Nikolas. *The Politics of Life Itself. Theory, Culture e Society*. Vol. 18, n.6, December, 2001

ROUSSO, Henry. Sobre a História do Tempo Presente: entrevista concedida a Sílvia Maria Fávero Arend - Fábio Macedo. *Revista Tempo e Argumento do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis*, v. 1, n. 1, p. 201– 216, jan/jun. 2009.

SAFFIOT, Heleieth I.B; ALMEIDA, Suely S. Violência de Gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro, Revinter, 1995. Apud ALMEIDA, Suely Souza de. *Femicídio. Algemas (in)visíveis do público-privado*.

SAFFIOTI, Heleieth I.B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SALEM, Tania. *O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Ver. Bras, Crescimento Desenvolv. Hum.* 2013, 23(2):190-7.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso?, *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre*, v.35, n.1, mar. 2014

[SANTOS, JM](#); [Oliveira, Tamiz Lima](#); [Souzas, Raquel](#). Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*; 17(2): 112-119, Dez. 2016. Artigo em Português | Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO | ID: biblio-1021622

SANTOS, Ariana. Medicalização e Racismo. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; RODRIGUES, Andreza Pereira; NUCCI, Marina Fisher; SILVA, Fernanda Loureiro, (Orgs.). *Medicalização do parto. Saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.

SENA, L. M; TESSER, C.D. Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21 (60): 209-20.

SENS MM, Stamm AMNF. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e170915
<https://doi.org/10.1590/Interface.170915>

SENS MM, Stamm AMNF. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180487 <https://doi.org/10.1590/Interface.180487>

SCHIEBINGER, Londa. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru-SP, EDUSC, 2001 [original em inglês: *Has feminism changed science?* Cambridge, Harvard University Press, 1999]

SCOTT, Joan. Prefácio a Gender and politics of history. *Cadernos Pagu* (3) 1994.pp. 11-27, p. 25

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & realidade*. 20(2):71-99, julho/dezembro 1995 (original de 1988). Porto Alegre: FAGED/UFRGS. p. 86

SILVA, M.G; MARCELINO, M.C; RODRIGUES, L. S.P; TORO, R.C; SHIMO, A.K.K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. Rene*. 2014, jul-ago; 15(4): 720-8.

SILVA, Fernanda; NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saude soc.* 28 (3) 07 Out 2019Jul-Sep 2019

SILVA, Tânia Maria de Almeida. *Curiosas, obstetrias, enfermeiras obstétricas: a presença das parteiras na saúde pública brasileira: 1930-1972*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010. 259p.

SILVA, FC; VIANA, MRP; AMORIM, FCM, VERAS, JMMF, Santos RC, Sousa LL. O saber de puérperas sobre violência obstétrica. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e242100 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242100>

SILVA, Eliana Gesteira da; Fonseca, Alexandre Brasil Carvalho da. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. IN: Batista, Luís Eduardo, Werneck, Jurema e Lopes, Fernanda, (orgs.). -- *Saúde da população negra* 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. -- (Coleção negras e negros : pesquisas e debates / coordenação Tânia Mara Pedroso Müller)

SIRINELLI, Jean François. Ideologia, tempo e história. In: CHAVEAU, Agnés; TÉTART, Philippe. *Questões para a história do presente*. Bauru: EDUSC, 1999.p 73-92. p. 91

SOIHET, Rachel. Feminismos, Sexualidade e Contracepção nos anos 1960-1980. In: Parente, T.G; Miranda, C.M. (org.). *Arquiteturas de gênero: questões e debates*. Palmas, TO: Universidade Federal do Tocantins, EDUFT, 2015

SOUZA, Larissa Velasquez de. *Violência contra a mulher e iniciativas de enfrentamento: o Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa – Rio de Janeiro – (2000-2013)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2016. 165 f.

SOUZA, Larissa Velasquez. *Violência Obstétrica em perspectiva histórica (1950-2012)*. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; RODRIGUES, Andreza Pereira; NUCCI, Marina Fisher; SILVA, Fernanda Loureiro, (Orgs.). *Medicalização do parto. Saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. *REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA*. 31 (2): 180 – 185; 2007

TILLY, Charles. Movimentos Sociais como Política. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº 3. Brasília, Janeiro-Julho de 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; RODRIGUES, Andreza Pereira; NUCCI, Marina Fisher; SILVA, Fernanda Loureiro, (Orgs.). *Medicalização do parto. Saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.

TESSER, C.D; KNOBEL, R; ANDREZZO, H.F.A; DINIZ, S.G. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade*. Rio de Janeiro, 1-12.

TORNQUIST, Carmen Susan. 2005. “Parteiras populares: entre o folclore e a escuta”. *Gênero*. 1º sem. 2005. Vol. 6, n. 1, p. 61-80.

TURNER, B.S. *The Body and society*. Oxford: Brasil Blackwell, 1984.

TOSI, Guseppe. Os Direitos Humanos. Reflexões Iniciais. IN:TOSI, Guseppe (Org.). *Direitos Humanos: história, teoria e prática*. João Pessoa Editora UFPB 2004. Apoio: Projeto Unicidade/ Mlal/ Cooperação italiana/MNDH

VENTURA, Miriam. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios, pp 87-100. In: Oliveira, Maria Helena Barros de *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos.* / Maria Helena Barros de Oliveira et al. (Organizadores). – Rio de Janeiro: Cebes, 2017.

VENTURA, Miriam; Simas, Luciana; Pepe, Vera Lúcia Edais; Schramm, Fermin Roland. *Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [1]: 77-100, 2010

VIEIRA, Elizabeth Meloni. *A medicalização do copo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WEEKS, Jeffrey. *O corpo e a sexualidade*. Louro, Guacira Lopes Louro(Org). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade*. 2º ed. Autêntica, Belo Horizonte, 2000.

WIEVIORKA, Michel. O novo paradigma da violência. *Tempo Social; Ver. Sociol. USP*, S. Paulo, 9(1): 5-41, maio de 1997.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *iência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868 , 2014

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amancio. *O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970*. *Interface (Botucatu)* [online]. 2018, vol.22, n.66, pp.721-731. Epub May 21, 2018.