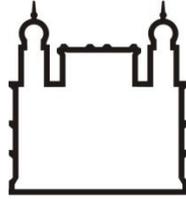


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**O DISCURSO DOS CONSELHOS DE MEDICINA SOBRE
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AUTONOMIA DAS GESTANTES**

Herlane Barros da Silva Cavalcanti

**Rio de Janeiro
Junho de 2022**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

O DISCURSO DOS CONSELHOS DE MEDICINA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AUTONOMIA DAS GESTANTES

HERLANE BARROS DA SILVA CAVALCANTI

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Luiz Antônio Teixeira
Coorientadora: Dra. Claudia Bonan

**Rio de Janeiro
Junho de 2022**

CIP - Catalogação na Publicação

Cavalcanti, Herlane.

O DISCURSO DOS CONSELHOS DE MEDICINA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AUTONOMIA DAS GESTANTES / Herlane Cavalcanti. - Rio de Janeiro, 2022.

148 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2022.

Orientador: Luiz Antônio Teixeira.

Co-orientador: Claudia Bonan.

Bibliografia: f. 132-143

1. MEDICALIZAÇÃO DO PARTO. 2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 3. AUTONOMIA REPRODUTIVA. 4. NORMAS ÉTICAS EM SAÚDE. 5. DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo apoio na elaboração desta dissertação, em especial minha mãe Suzane, cuja experiência no mestrado e doutorado muito me serviu de incentivo e encorajamento, e minhas irmãs Anna Beatriz e Maria Vitória, as três que mesmo à distância me apoiaram nesse processo.

Agradeço ao meu companheiro Iuri Gama pela parceria e incentivo nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus orientadores, Luiz Antônio Teixeira e Claudia Bonan, pela paciência e respeito durante todo processo de orientação.

Agradeço às colegas de turma, em especial Irene Navarro, confidente e apoiadora nas dificuldades enfrentadas para conclusão deste processo.

Agradeço aos demais professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto Fernandes Figueira, em especial às inspiradoras aulas dos professores Ivya Maksud e Marcos Nascimento.

Agradeço pelo financiamento da Capes-MEC.

RESUMO

Em meados do século XX, a utilização de tecnologias invasivas no processo de nascimento atingiu níveis elevados, tendo por esse motivo estimulado a reação de diversos setores sociais e científicos reivindicando a redução de intervenções nos partos, o maior protagonismo da parturiente nas decisões envolvendo o nascimento e a descentralização da autoridade médica na condução da assistência, com a introdução de outros agentes na cena do parto. No Brasil, essas reivindicações se organizaram sob o termo de movimentos pela humanização da assistência ao parto, com inserção nas políticas públicas a partir da década de 1990, impulsionadas pelas novas diretrizes desenvolvidas no âmbito da Organização Mundial de Saúde, pelo movimento de reforma sanitária brasileira e pelas conquistas das mulheres no plano internacional direcionadas ao reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos. Contudo, as propostas de humanização também esbarram nas resistências de setores do sistema biomédico a mudanças nas hierarquias produzidas pelo modelo hegemônico de assistência ao parto. Esta dissertação se volta para investigação da reação médica sobre autonomia e humanização da assistência ao parto, a partir da análise qualitativa descritiva dos discursos produzidos por normativas editadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina do país nas últimas duas décadas (2000-2019).

ABSTRACT

In the mid-twentieth century, the use of invasive technologies in the birth process reached high levels, and for this reason stimulated the reaction of various social and scientific sectors claiming the reduction of interventions in childbirth, the greater role of the parturient in decisions involving birth and the decentralization of medical authority in conducting assistance, with the introduction of other agents in the delivery scene. In Brazil, these demands were organized under the term of movements for the humanization of childbirth care, with insertion in public policies from the 90s, driven by the new guidelines developed within the scope of the World Health Organization, by the Brazilian health reform movement and for the achievements of women at the international level aimed at the recognition of sexual and reproductive rights. However, proposals for humanization also run into resistance from sectors of the biomedical system to changes in the hierarchies produced by the hegemonic model of childbirth care. This dissertation focuses on the investigation of the medical reaction to the autonomy and humanization of childbirth care, based on the descriptive qualitative analysis of the discourses produced by regulations issued by the Federal Council of Medicine and by the Regional Councils of Medicine in the country in the last two decades (2000-2019).

LISTA DE SIGLAS

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CFM - Conselho Federal de Medicina

CREMAM - Conselho Regional de Medicina do Amazonas

CREMEC - Conselho Regional de Medicina do Ceará

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

CREMERS - Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul

CREMESC - Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CRMs - Conselhos Regionais de Medicina

CRM/MG - Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais

CRM/MS - Conselho Regional de Medicina do Mato Grosso do Sul

CRM/PR - Conselho Regional de Medicina do Paraná

CRM/TO - Conselho Regional de Medicina de Tocantins

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

NOTAS PRELIMINARES SOBRE A ESCRITA DO TEXTO	6
INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	11
JUSTIFICATIVA.....	12
1 CORPO, BIOPOLÍTICA E MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	15
1.1 O DESENCANTO DO CORPO NA RACIONALIDADE MODERNA	17
1.2 BIOPODER, MATERNIDADE E O SURGIMENTO DA OBSTETRÍCIA	22
1.3 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	28
2 MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO	35
2.1 SURGIMENTO	35
2.2 HUMANIZAÇÃO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	39
2.3 SENTIDOS, CONQUISTAS E DESAFIOS DOS MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO	50
3 CONSELHOS DE MEDICINA	59
3.1 BREVE INTRODUÇÃO SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA.....	59
3.2 SURGIMENTO E STATUS JURÍDICO NO BRASIL	61
3.3 ATIVIDADE NORMATIVA DOS CONSELHOS MÉDICOS	66
4 PERCURSO METODOLÓGICO	72
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS	77
5.1 Autonomia técnica ou autoridade médica?: poderes em jogo na sala de parto	79
5.2 Afinal, a quem pertence a autonomia das parturientes?	91
5.3 Progresso sem volta: ao infinito e além.....	97
5.4 Farinha pouca, meu pirão primeiro: kristeller e negacionismo obstétrico no país das cesarianas	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
EPÍLOGO	127
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICE - PLANILHA DE NORMATIVAS	141
ANEXO - PARECER DE DISPENSA COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA CEP/IFF....	146

NOTAS PRELIMINARES SOBRE A ESCRITA DO TEXTO

*“e não quero ir pra Marte, quero ir pro Ceará”
Juliana Linhares*

Esta dissertação foi escrita durante a pandemia de Covid-19, tendo sido alguns os desafios enfrentados para sua conclusão.

Não foi simples encarar a dureza do material que escolhi para análise durante o isolamento social, numa cidade ainda estranha para mim e distante da minha família. Especialmente a partir de 2018, os documentos analisados em muitos momentos beiravam o absurdo e demonstravam, entre tantas coisas, a dimensão e profundidade do avanço político de um conservadorismo negacionista que colocava a todos em apuros. Me vi com um vasto material levantado e catalogado (em torno de 500 normativas), mas que se tornava cada dia mais intragável.

No plano social e cultural, a conjuntura social-sanitária colocava ainda em cheque os limites do modelo urbano capitalista de civilização, fazendo-nos questionar a ideia de um progresso que nega as limitações da terra e imaginar soluções para manutenção do planeta em lugares reais, originários. Buscar valorizar cosmologias, modos de vida e de pensamento de povos tradicionais e do meu povo no Nordeste foi uma das saídas encontradas, que se mostra claramente nesta dissertação.

Não encontrei melhor saída a não ser inserir literaturas que muito me nutriram e ajudaram a atravessar a pandemia e que trouxeram um novo olhar para minha vida pessoal e certamente também para as questões de pesquisa. Retirando todo o peso que trazia de outras vivências, comecei a encarar com leveza uma tarefa que em alguns momentos me pareceu impossível.

A dissertação tem, portanto, dois momentos: um estruturalista, em que uso Foucault e Bourdieu, e outro bem mais construtivista, com escritos de Ailton Krenak e Bruno Latour, especialmente durante a análise e ao final no epílogo. Embora paradoxal, são evidências de que atravessei um período histórico de crise, política e sanitária e sobretudo de transformação pessoal. Foi essa virada que me ajudou a concluir questões do texto onde não conseguia mais encontrar caminhos.

Acredito que a pandemia exigiu de muitos de nós um pouco de habilidade arte-devaneante-sobrevivente. Da maneira em que ela se encontra, com suas imperfeições e limitações de quem sobreviveu ao caos e renasceu como borboleta, sinto alegria em concluir este processo. Como diz o frevo do bloco pernambucano Madeira do Rosarinho, de Capiba: “queiram ou não queiram os juízes/ o nosso bloco é de fato campeão/ e se aqui estamos cantando essa canção/ viemos defender a nossa tradição/ e dizer bem alto que a injustiça dói / nós somos madeira de lei que cupim não róí”.

INTRODUÇÃO

Até o século XIX, o parto acontecia predominantemente em casa, sob os cuidados de parteiras e comadres, também responsáveis por uma série de práticas culturais que envolviam o nascimento (MARTINS, 2004, p.67-69; PALHARINI, FIGUEIROA, 2018, p. 1040). No decorrer do século XX, esse evento migrou paulatinamente para os hospitais, como consequência de um complexo de transformações sociais, políticas e epistemológicas que deram ensejo ao nascimento das ciências modernas e da biomedicina. As mudanças nas práticas de parto e nascimento tem sido bastante estudadas nas áreas da saúde coletiva e das ciências sociais e humanas (WELTMAN, 2018). A literatura sobre o tema tem utilizado a categoria *medicalização* para analisar tais transformações e identifica como aspectos essenciais do processo de medicalização do parto e nascimento: a centralidade do saber biomédico e do profissional médico em detrimento de outros saberes; a patologização da parturição, com uso abusivo de tecnologias e intervenções invasivas nos corpos das mulheres - como a cesariana e a episiotomia; a retirada do protagonismo feminino e o apagamento da dimensão subjetiva do parto pela imposição de protocolos e rotinas hospitalares (NICIDA et al, 2019).

A partir da década de 1950, na cultura europeia, crescem os discursos de oposição às práticas da obstetrícia clássica, acompanhados do surgimento de uma série de técnicas alternativas de preparação de gestantes e condução dos cuidados obstétricos, que prometiam um retorno ao natural, com a redução do uso de tecnologia e a devolução da dimensão afetiva ao nascimento (SALEM, 1983). O abuso no uso de tecnologia na assistência ao parto, com o crescimento das taxas de cesariana como sua maior expressão, mostrava a tendência do sistema biomédico de estímulo à passividade da parturiente, porém a profusão de métodos críticos às práticas obstétricas clássicas punha em evidência a necessidade de adaptação desse modelo médico-hospitalar para sua manutenção (SALEM, 1983).

As críticas ao modelo medicalizado de assistência ao parto foram fortalecidas pelos movimentos feministas que, a partir dos anos de 1960, questionavam a falta de autonomia e o tratamento paternalista e misógino dispensado às mulheres no âmbito dos cuidados médicos (LOWY, 2018). Os

questionamentos também se adensam a partir da compreensão no plano internacional dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, ressaltada especialmente a partir da década de 1990 nas Conferências de Cairo (1994) e Pequim (1995) (PIMENTEL et al, 2014, p. 171); as declarações dessas conferências ampliaram o escopo interpretativo de um conjunto mais amplo de tratados internacionais direcionados aos direitos das mulheres aprovados na segunda metade do século XX, como a CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) e a Convenção de Belém do Pará - Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher (1994) (PIOVESAN, p.11).

Esses questionamentos ecoaram também no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), especialmente em decorrência das fragilidades dos diversos sistemas vigentes de atenção ao parto ao redor do mundo, estimulando uma ampla análise e a revisão sistemática de estudos sobre a efetividade e segurança das práticas de parto, que resultou em publicações importantes como o documento *Care in Normal Birth: a practical guide*, de 1996. Em geral, as novas evidências científicas sobre o parto apontavam para as iatrogenias decorrentes de intervenções obstétricas comumente performadas nas parturientes ao redor do mundo e redescreviam o corpo feminino, antes problemático, como apto a parir sem a necessidade de interferências na grande maioria dos casos; o paradigma de cuidado que se desenhava propunha uma ampla redução do uso de tecnologia no cuidado obstétrico (DINIZ, 2005, p.630).

No Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990, grupos feministas, terapeutas corporais, ativistas da reforma sanitária, profissionais de saúde de diversas áreas, entre outros, põem em marcha um campo de ativismo que, apesar de sua heterogeneidade, tem sido reunido sob a denominação nativa de 'movimento pela humanização do parto e do nascimento'. Faz parte desse contexto, a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuna), em 1993, com a Carta de Campinas (DINIZ, 2005, p.631), que estabelece o objetivo de trabalhar pela incorporação das boas práticas preconizadas pela OMS no Brasil. Com o avanço da construção do Sistema Único de Saúde e das novas políticas de saúde nos marcos da Constituição de 1988, propostas da OMS e dos movimentos pela humanização do parto se

inserir nas políticas do Ministério da Saúde, sendo marcos importantes desse processo o lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000 (DINIZ, 2005, p. 630), e da Rede Cegonha, em 2011.

Em que pese as matizes das propostas e do linguajar dos movimentos pela transformação do modelo médico-centrado de atenção ao parto, a categoria nativa humanização, segundo vozes de suas formadoras, como a obstetra Melania Amorim (2016), se baseia em 3 princípios centrais: o cuidado centrado na parturiente, sensível às dimensões biopsicossocial, sexual e espiritual do parto; a assistência multidisciplinar, que integra a presença da enfermagem obstétrica e de outros agentes não médicos ao cenário do nascimento, como as doulas; e a vinculação à Medicina Baseada em Evidências (MBE), movimento que propõe uma prática clínica pautada em comprovações epidemiológicas, e que teve sua origem no esforço de construção dos parâmetros assistenciais obstétricos da OMS em 1996 (DINIZ, 2005, p.630).

Ao longo do tempo, os movimentos de humanização da assistência ao parto conquistam espaço na agenda política em direção à adequação da assistência obstétrica aos parâmetros de saúde preconizados internacionalmente. No legislativo, abundam iniciativas nos âmbitos estadual e municipal que tutelam os pressupostos do modelo humanizado de assistência pelo país (DINIZ et al, 2018), assim como aparecem as primeiras respostas jurisdicionais às demandas individuais e coletivas de mulheres, apoiadas por entidades e órgãos públicos que tutelam os direitos dos cidadãos no Brasil (PICHETH; CRUBELLATE; VERDU, 2018, p. 1064).

Contudo, mesmo encampadas pela saúde pública, as propostas de humanização também esbarram em fortes resistências de setores médicos a mudanças no modelo hegemônico de assistência ao parto e nascimento e nas hierarquias nele produzidas (PALHARINI, 2018). Observa-se as aproximações e distanciamentos de certos discursos sobre saúde doença, a vitimização da categoria médica e a defesa da condução do parto como ato médico, através da sustentação da narrativa do processo parturitivo como complexo e potencialmente danoso para a mulher e o bebê, que invariavelmente demanda

assistência médica para a garantia da vida (DINIZ, 2009; PALHARINI, 2017; PEREIRA e MOURA, 2008).

Essa reação de setores da categoria médica, especificamente dos especialistas em obstetrícia, se amplia e ganha mais espaços de poder nos anos recentes, a partir da ascensão de projetos políticos de direita, conservadores e neoliberais, que desde meados da década de 2010 empreendem no Brasil e no mundo verdadeiras cruzadas anti-gênero (PRADO e CORRÊA, 2018, p. 444). A onda conservadora se coloca contrariamente a direitos sexuais e reprodutivos - vistos como “ideologia de gênero” - e tentam aprovar no legislativo medidas que privilegiam o direito do nascituro em detrimento da autonomia reprodutiva das mulheres. Essas disputas ideológicas chegam no parto (BBC, 2019) e, principalmente nos anos recentes, assiste-se a um maior questionamento por parte de setores médicos, incluindo órgãos ético-profissionais como Conselho Federal e seus Conselhos Regionais de Medicina, a estratégias e políticas públicas alinhadas às proposições dos movimentos de humanização da assistência ao parto e nascimento.

A autoridade legal, técnica e simbólica conferida aos conselhos profissionais de medicina os investe de poder de impor ou estimular certas práticas, assim como vetar ou restringir outras. Os médicos participantes nessas instâncias na condição de conselheiros são, em grande proporção, aqueles que têm visibilidade e liderança entre a categoria profissional, sendo professores universitários, chefes de serviços e/ou autores de livros e artigos médicos destacados (NAKANO et al, 2017). Desse modo, além do poder legal, regulador e fiscalizatório, conferido aos conselhos médicos sobre o exercício da profissão, os documentos e opiniões emitidas institucionalmente ou individualmente pelos seus membros têm uma capacidade não desprezível de capilarizar e formar opiniões, seja em seu próprio meio, seja entre autoridades de saúde e outras, seja na sociedade de modo geral.

OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Com o objetivo de estudar como a corporação médica se refere às propostas dos movimentos de humanização do parto e nascimento, foram levantadas as normativas (resoluções, pareceres e despachos) editadas pelo

Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina do país, nas últimas duas décadas (2000-2019), que conversam com propostas dos movimentos de humanização do parto. Devido ao volume analisado, que alcançou a casa dos 3 dígitos, optou-se pelo recorte do objeto entre um dos 3 principais eixos conceituais da humanização do parto, sendo escolhido o primeiro, que fala da autonomia e protagonismo da parturiente a partir da consideração do parto como evento biopsicossocial. Como objetivos específicos: a) analisar como as normas dos conselhos de medicina lidam com os sentidos sobre a "autonomia" da parturiente e o caráter biopsicossocial do evento nascimento; b) analisar como os conselhos médicos lidam com a proposta promotoras de autonomia, em especial de redução no uso de tecnologia; c) analisar as discussões a respeito do documento Plano de Parto no contexto assistencial obstétrico.

JUSTIFICATIVA

O interesse pelas normas editadas pelos conselhos profissionais de medicina se justifica pela hegemonia da categoria como responsável pela assistência de saúde ao parto no Brasil (DINIZ et al, 2018, p.19), colocando-a como pedra central na discussão sobre o atual cenário obstétrico. Ademais, o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina são autarquias com personalidade jurídica de direito público, o que significa que, em função do serviço público que desempenham, foram investidas de autoridade, ou seja, poder, para supervisionar, julgar e disciplinar o exercício da profissão médica, de acordo com a Lei 3.268/1957; apesar de não promulgarem leis propriamente, editam normas que vinculam os profissionais médicos e posicionamentos, expressos através de pareceres e despachos, capazes de estimular ou desencorajar práticas da categoria.

Outros fatores de ordem pessoal influenciaram a escolha deste objeto. Minha trajetória pessoal e profissional encontrou o movimento de humanização do parto quando em maio de 2015, ainda estudante de graduação em Direito na Universidade Federal da Paraíba, iniciei meu primeiro curso de doula. Era um projeto chamado 'Doulas Comunitárias Voluntárias', da Secretaria Municipal de Políticas Públicas para Mulheres em parceria com a maternidade pública

Instituto Cândida Vargas (ICV), que formava mulheres para atuarem, durante pelo menos um ano, como doulas voluntárias no centro obstétrico do ICV em João Pessoa.

As experiências vividas enquanto doula durante 2015 e parte de 2016 me transformaram profundamente, em diversos níveis. Reconheci a dimensão afetiva e espiritual que pode estar presente nos nascimentos, assim como fui apresentada à realidade de violações a que as mulheres e bebês podem ser submetidos justo nesse momento. Estar semanalmente na maternidade, presenciando intimamente as potencialidades e dificuldades vividas pelas mulheres em trabalho de parto, assim como as linhas de força internas que pressionam o sistema obstétrico para mudança ou para manutenção do modelo de assistência, me aproximou do movimento de humanização do parto na cidade e moldou minha formação jurídica em curso para reagir às violações de direitos no parto.

Mais doula do que advogada, vim para o Rio de Janeiro/RJ em 2018, logo depois da minha formatura em Direito e no, segundo semestre do mesmo ano, passei para turma de 2019 no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, do Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente - IFF/Fiocruz. Durante o processo de construção do meu objeto, ainda no primeiro semestre, me ative à movimentação do ativismo dos movimentos de mulheres que foi desencadeada com a publicação em fevereiro de 2019 da Resolução CREMERJ nº 293/2019, que proibiu médicos de assinarem *planos de parto*¹. Com a edição desta norma, surgiu a demanda de questionar o conselho a respeito do dispositivo, bem como demandar a sua anulação, ocasião em que pude colaborar tanto como doula e ativista, quanto como advogada voluntária da DPU/RJ.

A partir de uma análise mais detida ao texto da Resolução CREMERJ 293/2019, o interesse cresceu e se expandiu para outros textos normativos similares, do CFM e outros CRMs, em cuja oposição às políticas públicas de humanização da assistência ao parto e às demandas dos movimentos de mulheres se dá abertamente. Apesar da abundante literatura sobre o

¹ Os planos de parto são documentos apresentados pelas gestantes aos profissionais e instituição hospitalar contendo diretivas de vontade sobre a assistência ao parto e cuidados com bebê, sua elaboração é considerada pelo movimento de humanização como importante recurso de educação perinatal e garantia de assistência obstétrica respeitosa. (AMORIM, 2019)

movimento de humanização do parto no país, são escassas as análises a respeito das reações contrárias que ele suscita e das resistências às proposições de mudança do modelo obstétrico por parte de agentes do sistema biomédico.

A compreensão sobre as ideias que permeiam a categoria médica através da análise dos discursos dos conselhos profissionais de medicina no Brasil se mostra importante para identificar entraves na adequação do cuidado obstétrico a parâmetros desejáveis, instrumentalizando iniciativas que objetivem a melhoria dos indicadores de saúde materno e neonatal no Brasil. Indagou-se como as correntes hegemônicas da obstetrícia constroem controvérsias em relação ao protagonismo da parturiente, reclamam e procuram restabelecer a “ordem” e restaurar a sua autoridade, no plano técnico e científico, no âmbito da atenção ao parto, bem como qual tem sido a evolução do tratamento aos direitos sexuais e reprodutivos na assistência obstétrica nas últimas décadas.

1 CORPO, BIOPOLÍTICA E MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

*Paz é corpo
 Afinal, o que pode um corpo?
 O juízo judaico-cristão me silencia
 Mas é que eu falo demais
 Se eu 'to com fome, falo que eu 'to com fome
 Se eu 'to com frio, falo que eu 'to com frio
 E caio
 Caio, mas me levanto
 Mesmo sem me mover, ainda danço
 As veias pulsam
 O coração em processo de musicalização
 Eu não sei o que pode o corpo
 Células, tecidos, órgãos
 Os órgãos compõem a melodia para o sistema
 Sistema tegumentar, esquelético, muscular,
 cardiovascular
 Respiratório, digestório, urinário, nervoso, genital
 Capitalista*

Jup do Bairro, 2021.

Diante do recorte escolhido, sinto-me compelida a trazer no primeiro capítulo um conjunto bibliográfico que demonstra a perseguição a que foram submetidas práticas populares e cosmologias de populações originárias sobre o corpo, a mulher e os modos de viver, a partir do surgimento das sociedades modernas, como forma de possibilitar todos os meios possíveis de acumulação primitiva na transição para o capitalismo. Meu esforço não se dá para que tais conhecimentos sejam dominantes e suplantem todas as outras formas de enxergar a existência, mas sim pela necessidade de que essas perspectivas não sejam novamente perseguidas e diminuídas para satisfação de interesses profissionais que na atualidade disputam pelo que Bourdieu chamaria monopólio da violência simbólica².

O corpo, a sexualidade e a reprodução são historicamente objetos centrais de controle seja pela religião, seja pelo Estado no processo de

² Segundo Pierre Bourdieu (1989, p. 11-13), os conflitos simbólicos a respeito de definições do mundo social acontecem a todo tempo entre as classes e frações de classes, quer seja diretamente na vida cotidiana, quer nas lutas travadas por especialistas pelo monopólio da produção simbólica. Para o autor, as lutas pelo poder de impor e inculcar instrumentos de conhecimento e de expressão arbitrários, como conceitos, classificações e normas - as lutas ideológicas simbólicas - reproduzem formas eufemizadas das mesmas lutas econômicas e políticas entre classes presentes no plano social, e as escolhas por certas ideologias pelos dominantes são estratégias que costumam apoiar, dentro e fora das classes, a crença na legitimidade da dominação de certas classes sobre outras.

transição para o sistema capitalista. A história da ciência moderna, nascida no seio deste sistema, participa dos intentos regulatórios sob esses domínios da vida. Como aponta Michel Foucault (1976, p.298 e 299), a medicina, seja como instituição, seja como parte do Estado, foi artífice destacado dos novos mecanismos de poder que vinham sendo lançados no limiar da modernidade e que visavam o nível individual dos corpos, e posteriormente, na segunda metade do século XVIII, a regulação das massas populacionais produzidas com a industrialização e urbanização.

O nascimento foi um dos eventos que recebeu fortes influências de tecnologias disciplinares do corpo e da biopolítica de espécie humana, ainda mais porque se processa no corpo feminino e estão as mulheres entre as principais prejudicadas pela transformação filosófica que se processa na transição capitalista.

Como podemos transformar a vida em um problema de gestão médica, o corpo em um local ilimitado de triagem e diagnóstico para todo e qualquer fim? Começamos analisando como isso aconteceu com os corpos grávidos - e continuemos a partir daí. A vigilância médica nasceu, aparentemente, do manejo da gravidez, como mostram Hallgrimsdottir e Benner (2014). Era o início do processo de medicalização, foi a primeira das etapas da vida a ser efetivamente entregue à vigilância médica. (ROTHMAN, 2014, p.2, tradução nossa)

O parto, assim como o corpo feminino, foi objetificado, quantificado e profundamente estudado pelas ciências emergentes obstetrícia e ginecologia, como forma de alcançar sua verdade e suprir a curiosidade filosófica que se voltava para alteridade da mulher e redefinição do seu papel na sociedade capitalista. Assim, de um evento doméstico e comunitário, processado sob os cuidados de parteiras, curandeiras e comadres, também responsáveis por uma série de práticas culturais que envolviam o nascimento (MARTINS, 2004, p.67-69), durante os séculos XIX e XX os cuidados femininos e o processo reprodutivo, destacadamente a parturição, foram progressivamente transferidos para o domínio da autoridade médica e para o ambiente hospitalar.

Para entender as questões atuais presentes no campo obstétrico, é imprescindível fazer um resgate, ainda que breve, dos discursos e disputas em torno do corpo feminino, da sexualidade, da raça e da reprodução, que percorreram o pensamento europeu ocidental, com a emergência da era moderna. Eles estão na origem do surgimento e consolidação da obstetrícia

como especialidade médica, influenciaram o processo de medicalização do parto, concretizado ao longo do século XX, em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, e, na atualidade, ainda ressoam na prática e no discurso médico obstétrico.

1.1 O DESENCANTO DO CORPO NA RACIONALIDADE MODERNA

A modernidade se caracterizou por um aprofundamento da racionalização nos campos filosófico, científico e religioso, em um movimento marcado pela supressão, controle e desencantamento do corpo, que foi reelaborado como alteridade desidentificada da mente e espírito humano. Essa temática se insere no campo das grandes dicotomias do pensamento moderno que dividem o mundo em hierarquias: corpo e mente, emoção e razão, natureza e cultura, mulher e homem; frequentemente relegando o corpo, as emoções e a natureza ao domínio e conquista de seus pares opostos (KELLER, 1985).

A regulação do corpo e sexualidade pela moral religiosa tem uma longa trajetória no ocidente, remontando a períodos medievais, quando o clero percebeu o poder que o desejo sexual tinha sobre os seres humanos e tentou exorcizá-lo, afastando as mulheres dos atos religiosos e tornando a sexualidade um objeto de vergonha (FEDERICI, 2004, p. 80). Durante o período barroco, que vai do final do século XVI à primeira metade do século XVIII, o controle sobre o corpo se aprofunda através do desenvolvimento de uma moral religiosa de cunho racionalista, que busca suprimir a matéria e a sensualidade como pecaminosas (LUZ, 1988, p. 97).

A atitude religiosa moralizante é fruto da preocupação com o grande desregramento dos costumes, ou “deterioração espiritual” que, proveniente do final da Idade Média (séculos XII e XIII), se reforça na cultura renascentista. Desta forma, serão as ordens religiosas e os reformadores morais leigos que iniciarão o grande processo de racionalidade social na Idade Moderna, conduzindo-a pelo caminho da ética religiosa.

Não apenas a moral racional religiosa, como também o pensamento filosófico, político e científico na modernidade irá acompanhar uma tendência ideológica de progresso como controle da natureza, das sensações da matéria e, por analogia, do corpo. Observa-se nos discursos e práticas de instituições

como os quartéis, as escolas, os hospitais, conventos e asilos a tentativa de modificação dos sujeitos, num movimento disciplinador civilizatório que antecipou teorias sociais na segunda metade do século XVIII e início do século XIX (LUZ, 1988, p. 95)

Tais discursos e práticas atualizam-se nas escolas, nos quartéis, nos conventos, nos hospitais, nos asilos, instituições criadas – ou reformadas – segundo a ótica da reforma moral. Por outro lado, os autores analisam o conteúdo moral e os efeitos políticos das teorias das disciplinas sociais (ou “ciências humanas”, se se preferir a expressão de Foucault), seu papel de ordenação de relações sociais e de construção de sujeitos segundo uma ordem racional moralizante, disciplinária, ordem adequada à sociedade capitalista industrial em formação. (LUZ, 1988, p. 95)

Foucault (1976, p. 288) demonstra que os séculos XVII e XVIII assistiram o desenvolvimento de técnicas disciplinares de poder que recaiam sobre os corpos individuais, permitindo sua distribuição espacial otimizada conforme a necessidade de organização de um campo de visibilidade, bem como do aumento da força e eficiência destes corpos, através do treinamento, do exercício, da colocação em estado de vigilância, do seu alinhamento em série, etc, em benefício da eficiência dos estados capitalistas.

[...] nos séculos XVII e XVIII, viram-se aparecer técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo, no corpo individual. [...] Eram igualmente técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer, da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios: toda essa tecnologia, que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho. Ela se instala já no final do século XVII e no decorrer do século XVIII. (FOUCAULT, 1976, p.288)

A historiadora feminista Silvia Federici (2004, p.240) aborda o “disciplinamento do corpo” foucaultiano como uma “tentativa do Estado e da Igreja de transformar as potencialidades dos indivíduos em força de trabalho”, e isso se dá primariamente a partir de uma luta contra o corpo, o qual passa a ser representado metaforicamente no debate filosófico como a fonte corruptora das faculdades mentais. Clássicos temas judaico-cristãos de embate entre anjos e demônios ganham novos sentidos ao serem incorporados a um novo paradigma antropológico - o homem como ser que congrega em si mesmo elementos opostos (razão e emoção) em constante conflito (FEDERICI, 2004, p. 240).

[...] o conflito é agora encenado dentro da pessoa, que é representada como um campo de batalha no qual existem elementos opostos em luta pela dominação. De um lado estão as “forças da razão”: a parcimônia, a prudência, o senso de responsabilidade, o autocontrole. De outro lado, estão os “baixos instintos do corpo”: a lascívia, o ócio, a dissipação sistemática das energias vitais que cada um possui (FEDERICI, 2004, p. 240).

Silvia Federici (2004, p. 241) faz ainda referência a escritos de autores como Max Weber e Karl Marx que evidenciam a alienação do corpo como marca distintiva do capitalismo, visto que na ética burguesa a aquisição se torna o objetivo central da vida, em vez de meio para satisfação de necessidades; o corpo através da força de trabalho é transformado em mercadoria independente da identificação dos sujeitos com a atividade desenvolvida, a qual está subordinada a uma ordem externa, do capitalista. Essa captação do corpo pelo mercado de capitais não se deu de forma pacífica, mas sim às custas de um delineamento legal punitivista contrário ao ócio e ao prazer, aliado a uma política de apagamento do corpo, “pensada para erradicar qualquer comportamento que não conduzisse a uma disciplina mais estrita de trabalho” (FEDERICI, 2004, p. 246)

Para a autora, a importância do corpo para a política estatal e para o discurso intelectual não se deu apenas por medo de saques ou rebeliões trabalhistas, mas também ao fato do corpo ter se convertido na maior fonte de acumulação capitalista, mais do que a terra ou qualquer outro recurso natural (FEDERICI, 2004, p. 247-48).

O corpo, então, passou ao primeiro plano das políticas sociais porque parecia não apenas como uma besta inerte diante dos estímulos do trabalho, mas como um recipiente de força de trabalho, um meio de produção, a máquina de trabalho primária. Esta é a razão pela qual encontramos muita violência e também muito interesse nas estratégias que o Estado adotou em relação ao corpo e o estudo dos movimentos e das propriedades do corpo se converteu no ponto de partida para boa parte da especulação teórica da época [...] (FEDERICI, 2004, p. 249)

Estamos falando também de uma estratégia de acumulação e poder que colonizou os continentes americano e africano, dizimando e escravizando vasta gama de população nativa. Diversas teorias eugenistas e biologizantes analisaram os corpos e o comportamento dessas culturas para desenvolver teorias racistas que justificassem a falta de humanidade no tratamento desses povos. O sistema de dicotomias da racionalista moderna recaiu também sobre

a separação entre o que é humano e o que é selvagem e sujo, o que é e o que não é digno de ser sujeito de direitos, separando seres de segunda classe das conquistas capitalistas. Como aponta Rohden (2001, p.10), nas diferenciações do que era criminoso ou íntegro, digno ou indigno “criou-se o ‘homossexual’, para dar conta de supostas diferenças do ‘instinto sexual’. Inventou-se um novo conceito de ‘raça’, sediado na corporalidade e também portador de qualidades morais, boas ou ruins.”

A filosofia de autores como Descartes e Hobbes ganharam destaque nesse período e, apesar de não tratarem primariamente de questões econômicas, é inegável para Federici (2004, p. 253) que tiveram um papel proeminente no delineamento de uma nova política corporal que contribuiu para o estabelecimento do capitalismo. Para filosofia política hobbesiana, o corpo invariavelmente reage segundo leis naturais, cabendo a um poder absoluto, o Estado, garantir através do domínio e violência sob os indivíduos a possibilidade de uma sociedade; já na filosofia de Descartes, o corpo pode ser controlado pela racionalidade individual de cada pessoa, sendo um mero autômato, ou escravo, capaz de obedecer aos comandos da mente, que ganha status de soberana (FEDERICI, 2004, p. 272-275).

Nesse sentido, o pensamento cartesiano ganhou maior destaque pois tornava possível um novo braço do poder estatal de repressão: o controle agora poderia ser exercido pelos próprios indivíduos, incorporado, através de uma filosofia e costumes que pressupunham o autocontrole, sendo assim um passo importante para controle da classe dominante sobre a “natureza humana” - a sua própria e o do proletariado (FEDERICI, 2004, p. 253,271). Afinal, as classes baixas não foram o único objeto das novas políticas, também para as classes dominantes a ética burguesa que passa a imperar é a de domesticação do corpo e batalha contra estados naturais e animais (FEDERICI, 2004, p. 270-274).

Na medida em que o indivíduo se dissociava cada vez mais do corpo, este último se convertia em um objeto de observação constante, como se se tratasse de um inimigo. O corpo começou a inspirar medo e repugnância.[...] Eram particularmente repugnantes aquelas funções corporais que diretamente enfrentavam os “homens” com sua “animalidade”. Tal foi o caso de Cotton Mather, que, em seu diário, confessou quão humilhado se sentiu um dia quando, urinando contra uma parede, viu um cachorro fazer o mesmo [...] (FEDERICI, 2004, p. 280).

Como demonstrou Foucault, a mecanização do corpo empreendida nesse período não apenas contribuiu para supressão das emoções e necessidades corporais que precisavam ser controladas, mas também suscitou uma construção de faculdades mentais e de identidade individual concebida como alteridade em relação ao corpo, em constante antagonismo a ele e com o potencial de transformá-lo (FEDERICI, 2004, p. 277).

Para Descartes, existe uma identidade entre o corpo e a natureza, já que ambos estão compostos das mesmas partículas e ambos atuam obedecendo a leis físicas uniformes postas em marcha pela vontade de Deus. Desta maneira, o corpo cartesiano não apenas se empobrece e perde toda virtude mágica; na grande divisória ontológica que institui Descartes entre a essência da humanidade e suas condições acidentais, o corpo está divorciado da pessoa, está literalmente desumanizado (FEDERICI, 2004, p. 253-254)

Toda essa domesticação e mecanização corporal não poderia ter se desenvolvido sem a desvalorização dos poderes mágicos que eram atribuídos ao corpo na Idade Média; a nova política estatal era de banimento, de criminalização, dos sujeitos e práticas sociais considerados míticos, irracionais e que se contrapunham à filosofia mecanicista ao fornecer uma visão integrativa do universo (FEDERICI, 2004, p. 257).

A erradicação destas práticas era uma condição necessária para a racionalização capitalista do trabalho, dado que a magia aparecia como uma forma ilícita de poder e como um instrumento para obter o desejado sem trabalhar [...]

Como podiam os novos empresários impor hábitos repetitivos a um proletariado ancorado na crença de que há dias de sorte e dias sem sorte, ou seja, dias nos quais se pode viajar e dias nos quais não se deve sair de casa, dias para casar e outros nos quais qualquer iniciativa deve ser prudentemente evitada? (FEDERICI, 2004, p. 259)

São essas reflexões sobre o corpo que trazem para nós os sentidos do que hoje compreendemos como obstetrícia. O controle dos nascimentos esteve inserido dentro de uma gama de transformações na visão, empreendida também pela ciência, sobre a mulher, a natureza, as populações escravizadas e nativas, entidades consideradas inferiores e parte do mundo que se deveria controlar, dominar e subjugar para satisfação das necessidades de progresso mercantilista, colonizador, machista e racista. Vemos assim o fio de onde remonta a necessidade de controle da parturição sob uma perspectiva individualista, mecanicista, tecnocrática e apartada da subjetividade que hoje se luta para desconstruir.

1.2 BIOPODER, MATERNIDADE E O SURGIMENTO DA OBSTETRÍCIA

A partir da segunda metade do século XVIII, além de técnicas disciplinares sobre o corpo, Foucault (1976, p. 289) identifica o desenvolvimento de uma nova tecnologia de poder a que denominou "biopolítica" da espécie humana. Foucault interpreta a biopolítica como a transição do modelo de poder do estado absolutista, no qual o soberano tinha o poder de morte sobre os que estavam sob seu domínio, para o modelo de poder no estado moderno, que se transforma em poder de fazer viver, de prolongar a vida, ou de deixar morrer:

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a "população" enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de "fazer viver". A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 1976, p.294)

Essa biopolítica não abandona a anterior disciplinar, mas sim a integra direcionando seu poder em direção ao controle dos fenômenos populacionais no que eles têm de globais; ela irá extrair seu saber, seu campo de intervenção, partindo de fenômenos próprios da vida como a produção, a doença, a morte (ou mortalidade), o nascimento (ou a natalidade), os quais serão estudados, quantificados e regulados por essa biopolítica (FOUCAULT, 1976, p. 288, 289, 292)

Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encurtar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade. (FOUCAULT, 1976, p. 293)

Nesse sentido, a biopolítica emprega a medicina - também dita biomedicina, medicina moderna ou medicina científica - como instrumento de produção de conhecimento sobre os fenômenos populacionais de seu interesse, assim como confere a função institucional centralizadora de

informações sanitárias, coordenação terapêutica e normatização das práticas que envolvem a higiene pública e a medicalização da população (FOUCAULT, 1976, p. 291). Para Foucault, a medicina é um saber-poder que adquire importância considerável, visto que sua intervenção se direciona ao mesmo tempo aos corpos e aos fenômenos populacionais, congregando elementos disciplinares e regulamentadores:

E vocês compreendem então, nessas condições, por que e como um saber técnico como a medicina, ou melhor, o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores. (FOUCAULT, 1976, p.301-302)

Dessa forma, o saber-poder médico capaz de “fazer viver” vai se empenhar na sistematização e combate de todos os fenômenos que prejudicam o desempenho dos corpos nos novos papéis exigidos na dinâmica capitalista, essencialmente aos homens a produção e às mulheres a reprodução. Por esse motivo, o foco de atenção da medicina e de outras disciplinas correlatas que se desenvolviam desde o Renascimento -a anatomia, a patologia e a cirurgia, etc- torna-se marcadamente o mapeamento detalhado do corpo e a sistematização dos estados mórbidos capazes de afetar o funcionamento da “máquina animada” (LUZ, 1988, p. 115).

A disciplina das doenças é, portanto, parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Por meio das categorias de: “doenças”, “entidade mórbida”, “corpo doente”, “organismo”, “fato patológico”, “lesão”, “sintoma” etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre “objetividades”, discurso que institui a “doença” e o “corpo” como temas de enunciados positivos, científicos. [...] A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como “ausência de uma patologia”. [...] É assim, da eliminação da doença no corpo dos indivíduos, que nasce a “saúde” na medicina moderna. (LUZ, 1987, p. 121)

A epistemologia iluminista acata como científico o que se insere dentro da racionalidade objetificante de fenômenos da vida e do corpo, resultando entre outras coisas, na desvalorização da subjetividade inerente a tais processos, bem como no banimento epistemológico de saberes e cosmologias

cujos paradigmas se centravam em outras formas de restauração do equilíbrio do corpo (LUZ, 1987, p. 27).

O doente em sua singularidade, ou modo pessoal de adoecer, perde sentido, priorizando-se os sintomas identificadores de patologias específicas e a busca de suas origens ou causas, seja no meio ambiente natural ou social. [...] A consequência epistemológica – e prática – deste deslocamento é que todos os saberes médicos tradicionais, ocidentais e não ocidentais centrados na concepção de força ou dinamismo vital, e na expressão singular de seu desequilíbrio no doente, são banidos da racionalidade científica. (LUZ, 1987, p. 27)

Destaca-se, para a biopolítica dos estados modernos a reprodução se torna um elemento chave a ser investigado e regulamentado, tanto que a obstetrícia foi uma das primeiras especialidades a despontar na medicina (MARTINS, 2004, p.86). Com auxílio da cirurgia e da anatomia, a obstetrícia se voltará em direção à investigação da gravidez e do parto, que serão mapeados e representados em imagens cada vez mais realistas -marcando a objetificação do corpo feminino e da geração humana na relação de objeto-corpo e sujeito-observador (MARTINS, 2004, p.90) - destituindo todas as concepções sobre esses eventos que não passavam pela racionalidade.

A reprodução da espécie tornou-se um assunto de extrema importância para os médicos e, devido ao papel desempenhado pela mulher nesse processo, era necessário conhecê-la, bem como as transformações que ocorriam no seu corpo durante a gravidez e o parto. [...] A obstetrícia científica apoderou-se deste processo ao transformar a gravidez e o parto em fenômenos essencialmente naturais, observáveis e passíveis de controle, rejeitando qualquer explicação sobrenatural a respeito da geração humana. O que ainda não se podia explicar, acreditavam os médicos, seria futuramente explicado com o progresso da Ciência (MARTINS, 2004, p.87).

Nesse processo, uma importante mudança de paradigma a respeito do corpo feminino precisa ser destacada. Se na tradição ocidental, até o Renascimento, os órgãos sexuais femininos eram descritos como analogias imperfeitas de órgãos masculinos – desse modo, a mulher era um homem imperfeito –, entre os séculos XVIII e XIX, com a revolução epistemológica introduzida pelas ciências modernas e a revolução política de matriz iluminista, o sistema de homologias sexuais foi suplantado pela noção de incomensurabilidade entre os corpos de homens e mulheres, que passaram a ser tratados como seres radicalmente diferentes (LAQUEUR, 1992).

Que homens e mulheres fossem em tudo diferentes foi uma realidade sustentada para atender interesses específicos do modelo de sociedade

capitalista que se construía, explico a seguir. Diversos estudos das ciências biológicas como a anatomia, fisiologia e craniologia se debruçaram sobre as diferenças sexuais, esquadrihando e instituindo a alteridade feminina, e deduzindo da biologia as vocações morais e sociais das mulheres – as novas ciências procuravam naturalizar a reprodução e a dominação masculina, separando as mulheres das conquistas de direitos que vinham sendo processadas nas revoluções políticas em curso (LAQUEUR, 1992, p 20-22; MARTINS, 2004).

As ciências biológicas e a medicina da mulher contribuíram decisivamente para esse longo processo de 'in-corporação' das mulheres. Esses saberes não criaram algo totalmente novo sobre a mulher, já que havia uma tradição sobre o assunto. O que eles fizeram foi dar um novo significado para esta tradição, ao mesmo tempo que se diferenciavam dela porque individualizaram seu objeto, produziram um vocabulário e um conjunto de imagens realistas com o intuito de alcançar sua verdade e, assim o fazendo, fixaram-no na ordem imutável das coisas ditas, dos nomes, das representações (MARTINS, 2004, p.14).

Para Silvia Federici (2004, p.203), essa desvalorização da mulher e estabilização do papel feminino materno nos séculos XVIII e XIX só foi possível graças à campanha de terror a que seus saberes foram submetidos durante o período de caça às bruxas. Para a autora, as violências e perseguições que em larga medida foram empreendidas pela igreja e posteriormente pelo próprio estado ficaram impregnadas na história e psique coletiva das mulheres e delimitaram fortemente seus horizontes de possibilidades. Assim, uma vez que foram destituídas de um “universo de práticas, relações coletivas, e sistemas de conhecimento que haviam sido a base do poder das mulheres na europa pré-capitalista [...]”:

A partir dessa derrota, surgiu um novo modelo de feminilidade: a mulher e esposa ideal - passiva, obediente, parcimoniosa, casta, de poucas palavras e sempre ocupada com suas tarefas. [...] Embora na época da caça às bruxas as mulheres tenham sido retratadas como seres selvagens, mentalmente débeis, de desejos insaciáveis, rebeldes, insubordinadas, incapazes de autocontrole, no século XVIII o cânone foi revertido. Agora, as mulheres eram retratadas como seres passivos, assexuados, mais obedientes e morais que os homens, capazes de exercer uma influência positiva sobre eles. Até mesmo sua irracionalidade podia ser valorizada [...] como um mecanismo providencial que assegurava que as mulheres continuassem se reproduzindo [...] (FEDERICI, 2004, p. 205).

A maternidade foi assim colocada como destino essencial para completa realização da mulher, função de redenção para um ser considerado vulnerável ao desequilíbrio, à doença e ao pecado. Às mulheres foram atribuídas as atividades do âmbito privado, doméstico, instituído como a esfera do afeto, do cuidado e da moralidade. Na ciência sexual moderna, não mais visto como testículo imperfeito, o útero se tornou símbolo da função social destinada, pela natureza, às mulheres: a maternidade, o cuidado do lar, dos filhos e dos doentes (LAQUEUR, 1992, p. 18 e 19; MARTINS, 2004, p. 37 e 38; VIEIRA, 2002, p. 32).

Como aponta Paula Vosne Martins (2004, p. 100), a obstetrícia foi das primeiras ciências a levar adiante o modelo biológico das diferenças sexuais, se voltando para estruturas e processos que foram considerados a explicação da natureza e papel social da mulher. Inicialmente os partos eram atendidos pelas parteiras e apenas quando as coisas se complicavam os cirurgiões eram chamados; como estavam voltados para resolver situações que as parteiras não conseguiram solucionar, seu aparato se desenvolveu basicamente em torno da intervenção e da patologia (MARTINS, 2004, p.72)

De uma forma geral, os manuais de obstetrícia dos séculos XVI e XVII são registros de uma prática que vai se tornando cada vez mais intervencionista. Os cirurgiões acabaram por desenvolver uma verdadeira obstetrícia patológica para a qual criaram todo um arsenal cirúrgico que muito contribuiu para a supremacia dos médicos-parteiros sobre as parteiras. Além das pinças, tesouras, dos fórceps, ganchos e perfuradores, também faziam parte da prática intervencionista as manobras obstétricas e as operações, como a embriotomia e a cesariana. (MARTINS, 2004, p.72)

Como esclarece Paula Vosne Martins (2004), aos poucos, diante das campanhas contra a mortalidade materno-infantil e da valorização da cirurgia e da medicina, os cirurgiões e em seguida os médicos vão cada vez mais substituindo o lugar das parteiras, que começam a figurar como suas assistentes. Paulatinamente, possibilitada pelo deslocamento da parturiente a um lugar de passividade, a obstetrícia tornou-se um estudo “preciso, quase matemático, ao transformar o corpo materno em um espaço analisável, mensurável e passível de intervenção”, e não só o corpo grávido, mas o momento do parto. O estudo do mecanismo do parto foi fundamental para obstetrícia, que desvendava e quantificava o fenômeno da parturição em todas as suas variações de tempo e mecânica (MARTINS, 2004, p.96)

Para agir, era necessário saber reconhecer cada momento do parto, das primeiras contrações até o nascimento da criança. Este intervalo de tempo, que podia ser bastante longo, foi minuciosamente estudado. O corpo da parturiente devia ser manipulado pelas mãos do médico para que fossem conhecidas as posições, o que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, mas nem sempre isso ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos até aceitavam estes comportamentos, principalmente entre a clientela atendida em casa, mas a tendência foi convencer a parturiente que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados (MARTINS, 2004, p. 96)

Ao mesmo tempo em que se estabelece a ciência dos partos, no século XIX, outro marco importante, ainda dentro do espaço de definições abertas pelo paradigma da incomensurabilidade entre os corpos, fundamenta o desencantamento do corpo e naturalização do corpo feminino para reprodução. Naquele século, aconteceu o reposicionamento de uma já antiga percepção a respeito da concepção: a de que ela prescindia do orgasmo feminino, antes considerado central para reprodução (Laqueur, 1992, p. 15).

A mulher não só não precisa sentir prazer para conceber, como não precisa nem ao menos estar consciente. [...] a ciência médica e aqueles que confiavam nela deixaram de considerar o orgasmo feminino relevante para geração. A concepção, diziam, podia ocorrer secretamente, sem os ditos tremores ou sinais de excitação; a noção antiga que de "afora o prazer não existe nada no mundo" foi desacreditada. O orgasmo, antes um sinal do processo de geração, profundamente arraigado nos corpos do homem e da mulher, um sentimento cuja existência não era mais aberta a debate que a sensação calorosa e agradável que geralmente acompanha uma boa refeição, foi relegado ao reino da mera sensação, à periferia da fisiologia humana - acidental, dispensável, um bônus contingente do ato da reprodução. (LAQUEUR, 1992, p. 15)

A nova perspectiva lançada sobre o lugar do prazer feminino na reprodução abriu espaço para redefinição da sexualidade da mulher e para o desenvolvimento no século XIX de uma especialidade unicamente voltada para patologias femininas, a ginecologia: a ciência da mulher (LAQUEUR, 1992; MARTINS 2004). O surgimento da obstetrícia é anterior à ginecologia, mas no Brasil, elas se desenvolvem simultaneamente, basicamente de maneira indissociada, no século XIX.

A medicina da mulher como ciência emergente defendeu a tese de que a maternidade e a ausência de desejo sexual seria o exercício normal da

reprodução para as mulheres, sendo patológicos estados desviantes e inconformados; dentro de uma visão que usava descobertas biológicas como determinantes para o comportamento social, se as mulheres poderiam cumprir sua função reprodutiva sem a necessidade de orgasmo, o desejo sexual nelas passou a ser construído como anormal e desviante do entendimento social de feminilidade da época (MARTINS, 2004, p.113). Como não se encaixavam nestas definições, a ciência das mulheres era predominantemente patológica e intervencionista:

O debate em torno da sexualidade feminina na segunda metade do século XIX se deu no terreno da patologia. [...] a sexualidade feminina tornou-se um problema e o corpo da mulher um objeto que requeria intervenção médica [...]. [...] toda e qualquer doença feminina foi interpretada pelos médicos como tendo etiologia sexual, ou seja, a definição da feminilidade estava intrinsecamente associada à patologia e requeria intervenção médica. (MARTINS, 2004, p.113)

Assim, vimos que esteve no seio da obstetrícia a desconsideração da sexualidade e subjetividade femininas. Em seu surgimento e consolidação, a estrutura assistencial-terapêutica construída em torno da mulher e do parto, tendeu à desvalorização da subjetividade presente no evento de fazer nascer, à desconsideração da sexualidade feminina para além da maternidade, e à excessiva patologização do corpo de mulheres; questões que estruturaram por séculos todo aparato biomédico e submetem até a atualidade mulheres, nos mais diferentes níveis, à perda de autonomia em processos de cuidado.

1.3 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Atualmente no Brasil os nascimentos acontecem predominantemente em contexto hospitalar – em 98% das vezes (DINIZ, 2009) - e essa transferência da casa para o hospital foi acompanhada de um conjunto de transformações no campo do parir e nascer, que vêm sendo abordado pela literatura científica sob a categoria de *medicalização do parto*, se traduzindo no avanço da jurisdição médica sobre este processo reprodutivo (NICIDA, 2020). A hospitalização e mercantilização do parto acompanhou um processo mais amplo de avanço da jurisdição médica sobre outros muitos domínios da vida das mulheres e da sociedade, concretizando o controle médico sobre esse evento reprodutivo (VIEIRA, 2002, p. 21)

No século XIX em países europeus como França, Inglaterra e Alemanha, as promessas biomédicas de tornar um evento marcadamente crítico, doloroso e imprevisível como o parto em algo seguro, controlável e indolor tiveram forte apelo entre as mulheres, que passaram a almejar os benefícios das novas tecnologias obstétricas, mesmo quando era abundante o parto domiciliar e a assistência de parteiras (MARTINS, 2004, p. 79). Contudo, o estabelecimento da obstetrícia e da hospitalização do parto foi um processo que não se deu de maneira uniforme no mundo - e mesmo dentro das dimensões continentais do Brasil, não é algo que esteja igualmente estabelecido nos diferentes modos de vida que coexistem no território-, a obstetrícia chega no país inicialmente através de parteiras diplomadas e médicos formados no exterior e apenas no século XX se estabelece como especialidade médica, já associada à ginecologia, e logo em seguida à hospitalização do parto (MARTINS, 2004, p. 135).

No Brasil, o desenvolvimento do estudo da obstetrícia foi bastante precário até o final do século XIX, devido às reduzidas oportunidades de ensino prático nas faculdades de obstetrícia, pois nessa época eram mais comuns partos domiciliares, realizados por parteiras, com a presença médica apenas quando algo se complicava (MOTT, 2002, p. 200; MARTINS, 2004, p.83). Instituições hospitalares, como as Santas Casas, eram consideradas ambientes inadequados para o parto por reunirem muitas enfermidades e abrigarem pessoas à margem da sociedade. Apenas mulheres escravizadas e pobres que não tivessem outro lugar recorriam ao hospital para o nascimento de seus filhos (MOTT, 2002, p. 198). Por este motivo, no século XX as primeiras maternidades foram construídas para essas mulheres, cujo domicílio fosse considerado impróprio para o parto, sob o discurso do amparo à pobreza e valorização da infância (MARTINS, 2004, p. 197-198; MOTT, 2002, p. 201).

Como analisou Foucault (1979, p. 166) sobre a *Lei dos pobres* na medicina social inglesa, a qual possibilitou um maior controle médico da população, no século XIX, “a partir do momento que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos”. No caso da obstetrícia, foi a partir dos corpos de mulheres que não tinham outra escolha, em sua maioria negras, que se desenvolveu o ensino prático dessa especialidade, mas a partir de quando se tornou confiável o

bastante para ser rentável como serviço, rapidamente a assistência hospitalar gratuita se tornou escassa, e as mulheres mais vulneráveis tiveram que ser realocadas para serviços domiciliares (MOTT, 2002, p. 211).

Com o progressivo aumento do repertório de intervenções nos partos, inclusive cirúrgicas, possibilitado pelo avanço da microbiologia e de drogas anestésicas e antibióticas, aos poucos as exigências em termos de assepsia e tecnologia eram tão grandes que sequer o domicílio de famílias ricas podia dispor dos recursos necessários para um nascimento seguro (MOTT, 2002, p. 204). Na década de 1930, o hospital começa a ser oficialmente recomendado pela literatura médica como ambiente mais apropriado para o nascimento, e a partir da experiência possibilitada pelos serviços obstétricos gratuitos, começam a surgir maternidades privadas, com serviços remunerados a serem oferecidas principalmente às camadas mais abastadas da sociedade (MOTT, 2002, p.205).

Furquim Werneck, professor da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, descreveu a maternidade da cidade dizendo que além dos leitos gratuitos, foi também "prevista uma seção para pensionistas, 'pois as vantagens da internação em uma maternidade não deveriam ficar adstritas às menos favorecidas da sorte', o que seria uma iniquidade", mesmo porque algumas intervenções só poderiam ser praticadas com segurança na maternidade (MOTT, 2002, p. 201).

Segundo a historiadora Cassia Roth (2018, p.923), ao analisar dados de parto na cidade do Rio de Janeiro, apesar da forte campanha empreendida pelo Estado e pelo capital em favor do parto hospitalar, até a década de 1940 a medicina obstétrica não oferecia melhores resultados em comparação à assistência de parteiras em termos de redução da mortalidade materna e natimortalidade.

Embora não fosse mais seguro a princípio, o ambiente hospitalar foi recomendado como mais adequado para o parto, em boa medida às custas da desqualificação técnica de parteiras -alcanhadas de curiosas, entre outros termos -, da supervalorização de desfechos negativos no ambiente domiciliar, e do deliberado encobrimento do expressivo número de casos de natimortalidade relacionados ao uso do fórceps, instrumento símbolo da obstetrícia (ROTH, 2018, p.923).

A difamação de parteiras não licenciadas, propagada por Magalhães, também encobria seus próprios dados de natimortalidade iatrogênica devido ao uso excessivo do fórceps. Costa, no entanto, estava mais

disposto a envolver seus colegas. Ele argumentou que altas taxas de intervenção obstétrica, particularmente o uso do fórceps, eram outra causa de natimortalidade, e defendia mais "partos naturais" (Costa, 1924). Em seu relatório de 1930 sobre as taxas de natimortos na cidade, por exemplo, Costa descobriu que o uso do fórceps por médicos era a segunda principal causa de morte fetal. Ele alertou seus colegas sobre "intervenções violentas": "não apoiem os pés contra as barras da cama do hospital durante as manobras de fórceps, nem permitam que o feto fique pendurado pelo pescoço durante extrações difíceis: usem mais habilidade e menos força" (Costa, 1930, p.188). (ROTH, 2018, p. 927, tradução nossa)

Muitas foram as causas de morte materna que puderam ser prevenidas com a assistência pré-natal que vinha sendo preconizada, porém, até o desenvolvimento de algumas drogas nas décadas de 1930 e 1940, como a penicilina, no momento do parto a assistência obstétrica pouco tinha a oferecer de vantagem em comparação à assistência de parteiras (ROTH, 2018). Apesar da redução da mortalidade materna e fetal ser um objetivo comum no mundo ocidental, os dados da época eram bastante imprecisos e poderiam deixar de lado situações de importante registro, como mortes decorrentes de abortos (ROTH, 2018). Com o passar do tempo, a assistência obstétrica conseguiu reduzir mortes, porém muito se debate na atualidade a respeito de iatrogenias em obstetrícia: problemas que apesar de serem manejados pela assistência, tem nos excessos da própria assistência a sua causa (ROTH, 2018; TEIXEIRA, NAKANO, NUCCI, 2018).

Para além do crescente aparato obstétrico, não se pode olvidar outro importante fator que contribuiu para o processo de hospitalização do nascimento. Foi preponderante para a atratividade do parto hospitalar entre mulheres, as novas dinâmicas familiares produzidas pela modernidade e urbanização, com o esfacelamento de práticas comunitárias de apoio à maternidade antes comuns à vida social (FEDERICI, 2004; LEAVITT, 1986). É o que evidencia o relato de Hallie Nelson, trazido por Judith Leavitt (1986) no livro *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950*, que discute o processo de hospitalização do parto e sua transformação em ato médico através de testemunhos de mulheres norte-americanas:

[...] O hospital acenou para o crescente número de mulheres que acharam seus partos domiciliares logisticamente difíceis de administrar. As experiências de Hallie Nelson na área rural de Nebraska, repleta de secas, enfatizaram algumas das razões pelas quais as mulheres haviam começado a temer a provação de um parto em casa. Lembrando de quando estava grávida de seu quinto filho em 1936, Nelson escreveu: "Estávamos no limite para encontrar uma

mulher para cuidar de mim e do bebê e para ajudar a cuidar das crianças". Embora ela tivesse sido relativamente bem-sucedida em encontrar amigos e parentes vizinhos para atendê-la durante seus primeiros quatro partos, desta vez Hallie lamentou: "Os Clines haviam deixado as colinas... Minha irmã Beulah não estava disponível... Os outros vizinhos tinham seus próprios filhos para cuidar" (LEAVITT, 1986, p.175 e 176, tradução nossa).

No Brasil, será em meados do século XX que a medicalização passa a se fortalecer, aliada à ampliação do número de maternidades e clínicas médicas (SILVA, 2019, p. 171). Os partos que antes eram assistidos por parteiras em domicílio paulatinamente tem os hospitais como lugar para acontecer, sendo cada vez mais conduzidos por médicos obstetras, cuja assistência deveria seguir um modelo ideal de rotinas e intervenções - que foram abundantemente debatidas em diferentes técnicas e roteiros- capazes de balizar e aprumar o processo parturitivo, considerado vulnerável à patologia e ao descontrole devido ao distanciamento das mulheres da natureza no meio urbano civilizado (SILVA, 2019).

De algo que antes acontecia em casa, sob os cuidados de outras mulheres, parteiras e comadres, o parto passou a ser um evento hospitalar, alijado de saberes comunitários, permeado por um número cada vez maior de intervenções e protocolos assistenciais padronizados e controlados, constantemente alheios à subjetividade da parturiente, e centralizado na figura do obstetra, que tem um papel mais interventivo na condução da assistência. A culminância do processo de medicalização do parto demonstra ao final do século XX a assistência à parturição como processo traumatizante além da estagnação dos indicadores de saúde materno-infantil.

No exemplo do Brasil, entre a década de 1990 e os anos 2000 a razão de mortalidade materna reduziu de 143/100.000 nascidos vivos (nv) para 72/100.000 nv, porém no período de 2000 a 2010 essa razão oscilou entre 72 e 69/100.000 nv e nova oscilação ocorre entre 2010 e 2017 entre 62 e 65 óbitos/100.000 nv; a relativa estagnação dos últimos anos não nos permitiu alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio da ONU de redução da mortalidade materna até 2015, e também estamos longe de alcançar os 30 óbitos para cada 100.000 nv pactuados como Objetivos do Desenvolvimento Sustentável até 2030 (SILVA et al; 2021, p. 932). A autora Carmen Simone Diniz localiza esse fenômeno como paradoxo perinatal brasileiro, a que pode

ter sua explicação na qualidade do cuidado obstétrico, especialmente no emprego inadequado de tecnologia nos partos, seja pela sua falta, seja pelo seu excesso, bem como aos vieses de gênero que circundam a assistência às parturientes (DINIZ, 2009)

A mortalidade materna entre mulheres negras é duas vezes maior, além de serem essas mulheres mais expostas a situações de racismo estrutural e institucional dentro das maternidades. Mulheres negras sofrem mais violência obstétrica do que mulheres brancas por uma série de estereótipos incutidos pela racionalidade racista e colonialista herdada pelo Brasil após séculos de escravização e marginalização dessa população. São as pessoas negras as que mais sofrem procedimentos não consentidos e sem analgesia, desrespeito e falta de informação sobre sua saúde e direitos. Em sua dissertação de mestrado, Ariana Santos (2020, p. 28 e 119) aponta:

A mesma ciência que durante anos legitimou o massacre da população negra a partir da construção do "conceito biológico" de raça e posteriormente de eugenia, é a "ciência" que ainda hoje (quando a genética comprova a não existência de raças) busca justificativas biológicas para óbito gestacional no Brasil ser duas vezes maior em mulheres negras quando comparadas às brancas. [...]

O racismo obstétrico, pautado na colonialidade, escolherá quais mulheres merecem cuidados em saúde e quais merecem ser negligenciadas. À mulher negra, pensada ainda como uma peça dispensável, é ofertado o tratamento que se construiu a partir da lógica de hierarquia das diferenças entre corpos e portanto a esta destina-se dor, sofrimento e morte.

No Brasil contemporâneo, procedimentos e medicamentos invasivos como ocitocina sintética, amniotomia, tricotomia, enema, litotomia, manobra de kristeller, episiotomia (LEAL, 2014), entre outros produzidos pela ciência dos partos nos últimos séculos, se tornaram parte de uma rotina exaustiva para parturientes. E mesmo na atualidade diante de recomendações de organismos nacionais e internacionais como a OMS, apoiadas por estudos científicos robustos, apontarem para necessidade de redução dessas intervenções, persiste para boa parte das mulheres, em especial negras, indígenas e pobres, que não podem recorrer a uma cesariana, um pacote interventivo traumatizante.

Ainda, a ampla cirurgificação do nascimento é uma das expressões mais representativas da medicalização do parto e da influência de fatores

mercadológicos no modelo de assistência obstétrica no país. Segundo dados extraídos do DATASUS, em 2018 tivemos um percentual de 55,9% de cesáreas (BRASIL, 2018) e na saúde suplementar esse número atinge 83% dos nascimentos no mesmo ano (ANS, 2019), apesar da cirurgia apresentar maiores riscos de imediato e longo prazo para saúde de gestante e bebê (OMS, 2015). Estudos sobre a cesariana apontaram a sua normalização como forma de nascer no Brasil, associada a fatores como expectativas e um modo de vida medicalizado por parte das mulheres, pagamento insuficiente dos profissionais na saúde suplementar e excesso no uso de tecnologia invasiva no parto vaginal (NAKANO, BONAN, TEIXEIRA, 2015; DINIZ, 2009).

2 MOVIMENTOS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO

2.1 SURGIMENTO

Na assistência ao parto, a ideia de resgatar a mulher da sentença de dor que lhe foi destinada no paraíso é antiga, sendo comum há muitas décadas a utilização do termo humanizar associado a uso de tecnologias biomédicas capazes de abreviar o parto, lhe reduzir as dores ou mesmo apagar tal experiência, respectivamente através do uso de fórceps, anestésicos, amnésicos e sedativos, que separadamente ou em conjunto foram bastante difundidos em diferentes técnicas oferecidas às classes média e alta no mundo industrializado, inclusive no Brasil, ao longo do século XX (DINIZ, 2005, p. 628). Mas a utilização do termo humanização do parto em associação a propostas de redução de tecnologia empregada na assistência é um movimento bem mais recente.

Os questionamentos ao modelo obstétrico biomédico surgem desde meados do século XX, embora não sejam o que localizamos aqui como movimento de humanização da assistência ao parto. Desde a década de 1950 no mundo se desenvolveram vanguardas obstétricas que criticavam a mecanização da assistência, sendo das mais conhecidas delas o método Lamaze, psicoprofilático ou “parto sem dor”, desenvolvido pelo médico francês Fernand Lamaze tendo como auge a década de 1970, no Ocidente em Guerra Fria; na França o método se difundiu e inspirou novos outros semelhantes por todo Ocidente, como o método Leboyer, “parto sem violência”, “parto na água” e “parto de cócoras”, que foram trazidos inclusive para o Brasil (TORNQUIST, SPINELLI, 2009, p. 129).

Em geral, tais vanguardas obstétricas desenvolveram técnicas de preparação para o parto oferecidas pelos consultórios médicos no Brasil para a clientela majoritariamente branca e com condições financeiras e sociais de arcar com os recursos dos métodos (AYRES et al, 2019, p.59; TORNQUIST, SPINELLI, 2009). Tais correntes tinham em comum a proposição de atividades de preparação para o parto, que deveriam se iniciar tão logo a gestação se estabelecesse, geralmente conduzidas por médicos e obstetizes, com o intuito de resgatar condições psicoemocionais favoráveis à parturição prejudicadas

pela urbanização; os métodos propunham um “retorno ao natural”, com a diminuição de intervenções no parto e a criação de uma ambiência necessária para maior satisfação das mulheres (TORNQUIST, SPINELLI, 2009, p.134; SALEM, 1983, p.4).

Porém o uso do termo humanização do parto como hoje é utilizado remonta a movimentações que se processaram na Europa a partir de 1979, o Ano Internacional da Criança, no âmbito de discussões internacionais em termos de saúde pública que se concentraram em avaliar os reais benefícios de práticas obstétricas cristalizadas na assistência (DINIZ, 2005, p.630). Naquele ano foi criado um comitê europeu para estudar as intervenções na assistência obstétrica na região; tais debates foram motivados pela inquietação a respeito da multiplicidade geográfica de protocolos assistenciais ao parto, que apesar do alto custo para os sistemas públicos de saúde em todo mundo, não resultava em uma redução satisfatória da mortalidade materna e neonatal; esse comitê se desdobrou internacionalmente em diversos grupos de trabalho, no âmbito da OMS, envolvidos no esforço de sistematização dos estudos científicos sobre parto (DINIZ, 2005, p. 630)

Foi a partir do esforço empreendido na colaboração internacional em torno dos estudos sobre o parto, na OMS, que se desenvolveu a metodologia de revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, que daria origem ao movimento da Medicina Baseada em Evidências Científicas (MBE), bastante influenciada pelo epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane³ (DINIZ, 2001, p.3). Apesar da MBE ter tomado rumos diversos, mais ou menos conservadores, no âmbito do parto foi responsável por uma redescritão do processo de parturição; o paradigma da assistência passou a ser de um uso cuidadoso de tecnologia no cuidado obstétrico, com a des-incorporação de tecnologias danosas (DINIZ, 2005, p.630):

O corpo feminino, antes necessariamente carente de resgate, é redescrito como apto a dar à luz, na grande maioria das vezes, sem necessidade de quaisquer intervenções ou seqüelas previsíveis. O nascimento, antes um perigo para o bebê, é redescrito como processo fisiológico necessário à transição (respiratória, endócrina, imunológica) para a vida extra-uterina. O parto, antes por definição um evento médico-cirúrgico de risco, deveria ser tratado com o devido

³ “A colaboração internacional de grupos de pesquisa que compõe este esforço de sistematização e divulgação da evidência científica disponível tomaram o nome de “Iniciativa Cochrane” e “Biblioteca Cochrane” em sua homenagem” (DINIZ, 2001, p.3)

respeito como “experiência altamente pessoal, sexual e familiar” (WHO, 1986). Os familiares são convidados à cena do parto, especialmente os pais, antes relegados ao papel passivo de espectadores. De evento medonho, o parto passa a inspirar uma nova estética, na qual estão permitidos os elementos antes tidos como indesejáveis – as dores, os genitais, os gemidos, a sexualidade, as emoções intensas, as secreções, a imprevisibilidade, as marcas pessoais, o contato corporal, os abraços (DINIZ, 2005, p.630).

Para discutir os resultados da colaboração internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e os escritórios regionais da OMS na Europa e Américas organizaram uma conferência internacional, em Fortaleza, que resultou na Carta de Fortaleza (1985), também chamada *Appropriate Technology for Birth* (DINIZ, 2005, p. 630; 2001, p. 3). Publicada no *Lancet*, o texto provocou reações indignadas por parte de entidades médicas (Wagner, 1997, p.373), pois propunha reformulações profundas na assistência ao parto - além de pautar um índice de cesariana entre 10%-15%, recomendava “ [...] a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim dos enemas, raspagens e amniotomia, a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto.” (DINIZ, 2005, p.630).

Como resultado de todo o acumulado nesse período, em 1996 a OMS publica o documento *Care in Normal Birth: A Practical Guide*, um apanhado de todos os procedimentos meta analisados pela Iniciativa Cochrane no âmbito do parto, que foi disponibilizado em português pelo Ministério da Saúde no ano 2000 (DINIZ, 2001, p.5). As recomendações da OMS apontavam para o excesso de tecnologia empregada pela assistência obstétrica e seus efeitos iatrogênicos, classificando as condutas obstétricas em quatro níveis de efetividade e segurança: categoria A - condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; categoria B - condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; categoria C - condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto; e categoria D - condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas (DINIZ, 2005, p.630; 2001; OMS, 1996).

Ao mesmo tempo continuava a progredir a medicalização, hospitalização e mercantilização do nascimento no Brasil, que tem a partir da segunda metade do século XX um crescente aprofundamento desses fenômenos (NAKANO et

al, 2015, p.886). No Brasil, o esforço pela alteração do modelo altamente medicalizado de assistência e uso cuidadoso de tecnologia no cuidado obstétrico foi batizado com o nome de movimento pela humanização do parto e nascimento, com expressões em vários Estados desde a década de 1970 e 1980, como apresenta Simone Diniz :

Na década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás, e de grupos de terapias alternativas como a Yoga, com o Instituto Aurora no Rio. Na década de 1980, vários grupos oferecem assistência humanizada à gravidez e parto e propõem mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005, p.631).

O movimento pela humanização do parto se desenvolvia assim paralelamente ao crescimento no campo social, na década de 1970, das ideias da segunda onda feminista, que trazia como slogan “nosso corpo nos pertence”, defendendo a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres como bandeira central (PITANGUY, 2018, p. 83). Nessa década, muitas reivindicações em termos de direitos reprodutivos esbarraram em barreiras junto a instituições aliadas do movimento feminista na luta pela redemocratização no Brasil, como a Igreja Católica, mas muitos desses ideais puderam se aninhar entre feministas da área da saúde através de temas menos polêmicos, mas não menos importantes, como a violência contra mulher (ÁVILA,1993, p.166-168). A partir da década de 1980, a pauta dos direitos reprodutivos pôde avançar como política pública, inicialmente em dispositivos do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e mais tarde, com o fim da ditadura militar, compuseram o conjunto de direitos reivindicados pelo Conselho Nacional dos Direitos da Mulher à Assembleia Nacional Constituinte de 1986 (PITANGUY, 2019, p.82 e 83).

Em 1993, é fundada a ReHuna (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), tendo como marco expressivo a Carta de Campinas, estruturando o movimento de humanização do parto no Brasil. Composta por diversos profissionais de saúde, principalmente enfermeiras e médicos, pesquisadores, agentes públicos e atores sociais, com forte participação do movimento feminista e de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), a ReHuna e seus integrantes foram responsáveis por diversas iniciativas públicas e privadas em

direção à mudança do modelo obstétrico no Brasil; são exemplos a assessoria ao Ministério da Saúde na formulação dos Centros de Parto Normal, Casas de Parto e na elaboração do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna, além da produção de campanhas e materiais como livros, filmes, cartilhas informativas e traduções de autores expoentes no tema para o português (RATTNER, 2010).

As reivindicações do movimento de humanização do parto no Brasil agregaram o aporte das grandes conferências de direitos humanos das mulheres que debateram os direitos sexuais e reprodutivos na década de 1990 e que serão adiante melhor abordados, como a Conferência de Cairo em 1994, e a Conferência de Pequim, em 1995. Assim, em seus muitos sentidos possíveis, a humanização do parto no Brasil tem como uma das primeiras caracterizações a junção entre o uso apropriado de tecnologia nos partos mais uma assistência que respeita os direitos humanos das mulheres (DINIZ, 2001).

2.2 HUMANIZAÇÃO E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Os documentos de proteção aos direitos humanos no âmbito internacional se desenvolveram, inicialmente, a partir de um modelo de proteção geral, que tinha como parâmetro sujeitos genéricos e abstratos: homens, brancos, ocidentais e proprietários. Apenas mais tardiamente, de forma titubeante, entre avanços e retrocessos os instrumentos de proteção dos direitos humanos se estenderam a grupos sociais historicamente excluídos, visando não só da redistribuição de recursos, como também do reconhecimento das especificidades das múltiplas identidades de gênero, raça, etnia, entre outras categorias, com o fim de realizar o exercício democrático e efetivamente igualitário dos direitos (PIOVESAN, 2014, p.23-24).

A mudança de perspectiva dos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos em direção à proteção especial da mulher, a partir da segunda metade do século XX, refletiu também a evolução da percepção social do papel feminino na esfera pública, conquistada pelo movimento feminista com a crescente ocupação dos espaços políticos de discussão e reivindicação de reconhecimento das agendas das mulheres, acentuada, na década de 90,

pela crescente interligação dos movimentos sociais em todo mundo (PITANGUY; 1999, p. 19 e 20).

Nesse processo, dentre os instrumentos que marcam o avanço da consideração das mulheres como sujeitos de direitos no plano internacional, merecem especial evidência a CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), no âmbito da Organização das Nações Unidas; a Convenção de Belém do Pará - Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher (1994), no âmbito da Organização dos Estados Americanos; assim como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência de Cairo, realizada em setembro de 1994) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Conferência de Pequim, em setembro de 1995), ambas com destacada defesa aos direitos sexuais e reprodutivos.

Mesmo não tendo sido cristalizadas em tratados de direitos humanos, as Conferências de Cairo e Pequim resultaram em documentos de ação, ou seja, intenções proferidas pelos estados participantes, que apesar de pouca efetividade, tiveram um importante papel no alargamento interpretativo dos direitos humanos das mulheres elencados em instrumentos normativos anteriores (PIOVESAN, 2014, p.11). Tem especial conexão com a assistência ao parto, a elaboração internacional e reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como componente essencial dos direitos humanos de mulheres e meninas, cuja garantia foi defendida nas conferências como fator essencial para promoção do desenvolvimento das nações.

A Conferência de Cairo, traz a seguinte elaboração sobre os direitos sexuais e reprodutivos, no ponto 7.3 da sua Plataforma de Ação:

[...] os direitos de reprodução abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos de acordos. Esses direitos se baseiam no reconhecido direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de seus filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais alto padrão de saúde sexual e de reprodução. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos. [...] (ONU, 1994, p 62)

Além de conceito semelhante ao de direitos sexuais e reprodutivos da Conferência de Cairo, a Conferência de Pequim trouxe algumas inovações: a consideração sobre as relações de gênero como produto de determinantes sociais e culturais passíveis de modificação, centrais na superação da desigualdade entre homens e mulheres; o enfoque no empoderamento da mulher, prescrevendo como dever para os estados e a sociedade a criação de condições para que as mulheres tenham controle sobre seu desenvolvimento; e o noção de transversalidade, que visou integrar a perspectiva de gênero em toda atuação governamental (VIOTTI, 2006, p. 149).

Apesar das restrições, as conferências reuniram grande número de países e representantes feministas de relevante atuação, o que foi importante para que as mulheres pudessem ter contato com a realidade de outras partes do mundo, além de terem sido determinantes para construção de políticas públicas, pois representaram um espaço de abertura pública às demandas dos movimentos sociais. Por exemplo, a Plataforma de Ação da Conferência de Cairo foi apreciada pela assembleia geral da ONU e resultou nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) lançados pela organização no ano de 2000, dentre os quais se destacam objetivos voltados para a melhoria de indicadores relacionados aos exercício dos direitos reprodutivos, como a mortalidade materna e neonatal.

Muitas políticas públicas em direção à consideração das mulheres como sujeitos de direitos e à promoção de direitos sociais foram construídas no contexto favorável e no campo de legitimidade conferidos pelas conferências de Cairo e Pequim. Contudo, mesmo antes delas, no Brasil, na década de 1980, já se iniciava o debate sobre direitos reprodutivos. No ambiente político da transição democrática e com a ascensão de movimentos sociais como o da reforma sanitária, das populações negra e das mulheres - que contava com o retorno do exílio de feministas que tiveram contato com o debate sobre aborto, contracepção e sexualidade no mundo - a oposição às políticas de controle demográfico de cunho neomalthusiano e a bandeira dos direitos reprodutivos como direitos humanos se fortaleceram (ÁVILA, 1993, p.165-167).

Como destaque no plano das políticas públicas no Brasil em termos de saúde sexual e reprodutiva, temos a criação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Apesar de ter funcionado pouco na

prática dos serviços, o PAISM se adiantou em uma década às conferências da ONU no tema, ao tratar sobre planejamento familiar e direitos reprodutivos como direito de cidadania da mulher, numa visão integral de saúde, fugindo, assim, da dicotomia rasa entre contracepção e concepção que dividia o debate nacional entre controlistas e natalistas na época (ÁVILA, 1993, p. 166 e 172; LEAL, 2018, p.1921; SCAVONE, 2004, p.57).

Apesar de inicialmente não terem sido incluídos no texto constitucional de 1988, alguns temas de direitos sexuais e reprodutivos constituíram fator importante de disputa no período de elaboração da constituição no final da década de 1980. Graças à movimentação feminista, iniciativas conservadoras para retroceder os dispositivos legais sobre o aborto e proibi-lo em qualquer circunstância, através da inserção da proteção da vida desde a concepção, não puderam avançar como matéria constitucional (PITANGUY, 2018, p. 89).

Na década seguinte, constitucionalmente estampado e regulamentado através da lei 8.080, de 1990, o dever do estado de promover o direito à saúde universal era aos poucos materializado através do SUS, e as políticas públicas em saúde da mulher, bem como a discussão legislativa no Brasil, recebiam as influências do debate internacional em torno dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como do ideário de profissionais de saúde, estudiosos e ativistas de diferentes frentes, que compuseram o movimento sanitarista brasileiro (SCAVONE, 2004, p. 58; PITANGUY, 2018, p.92).

Após a criação do SUS, surge em 2000, como iniciativa pública para melhoria da assistência obstétrica no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que estabelecia procedimentos adequados para a atenção ao parto e nascimento, incorporando as descobertas científicas da OMS de redução de intervenções na parturiente, ainda com um componente para o treinamento e cadastramento de parteiras tradicionais (LEAL et al, 2018, p.1921). Segundo o programa, a humanização da assistência é condição primeira para um adequado acompanhamento do parto e puerpério, implicando a adoção de práticas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000, anexo II). No PHPN, o Ministério da Saúde definiu o termo humanização de forma a incluir a atualização de protocolos que impõem intervenções desnecessárias e prejudiciais às mulheres, nos seguintes termos:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.[...] O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002b, p. 5 e 6).

No mesmo ano, foram lançados os ODM pela ONU, que no âmbito da saúde reprodutiva, propôs a redução das razões de mortalidade materna em todo mundo, com meta de redução para o Brasil de 3/4 até o ano de 2015⁴. Diante disso, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a proposta do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, traçando estratégias para fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos óbitos maternos dos estados e municípios, assim como a disseminação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna para identificação das falhas assistenciais e fatores sociais vulnerabilizantes (BRASIL, 2004).

No mesmo ano, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, formulada entre sociedade civil, profissionais de saúde e sociedades de especialistas, que reafirmou o conceito de direitos sexuais e reprodutivos elaborado no âmbito da ONU, ampliando a abordagem do PAISM para reconhecer nas políticas públicas de atenção à sexualidade e reprodução a diversidade social e cultural entre mulheres de diferentes raças, etnias, classes e orientações sexuais (LEAL et al, 2018, p.1921).

Nos anos que se seguiram, duas alterações legislativas representaram mais avanços na garantia de dignidade da parturiente, a Lei nº 11.108/2005, que modificou a Lei 8.080/90 para garantir a todas as parturientes a presença de um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto; e a Lei 11.634/2007 que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2005; 2007).

Apesar de todos os esforços e da melhoria de boa parte dos indicadores relacionados à cobertura do sistema de saúde na atenção à gestação e ao

⁴ Todos os ODM propostos pela ONU foram alcançados pelo Brasil, menos a meta de redução da razão de mortalidade materna. O país reduziu de 143 a 62 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos entre 1990 e 2015, o que totaliza 56% de redução. Para 2030 o Brasil assumiu como Objetivo de Desenvolvimento Sustentável a redução da mortalidade materna para 30 óbitos/100 mil nascidos vivos (VALADARES, 2018).

parto, se observava a dificuldade em atingir a redução da mortalidade materna proposta pela ONU, sendo a grande parte das mortes de causas evitáveis. Essa situação foi analisada por especialistas como Simone Diniz (2009, p. 315-318) como o paradoxo perinatal brasileiro, evidenciando a necessidade de adequação da assistência obstétrica no país a parâmetros de qualidade mais elevados, com a adoção de boas práticas obstétricas e manejo adequado da tecnologia no parto, afastando vieses de gênero no parto, especialmente para redução de iatrogenias.

No caso da assistência ao parto, a cegueira de gênero leva pesquisadores e profissionais a aceitar crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, relacionadas a este “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade. Uma das expressões deste viés é a crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, portanto necessitado de correção e tutela, expressas nas intervenções. Tal crença leva à superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções. Um exemplo desta ‘cegueira de gênero’ é a história da episiotomia [...] (DINIZ, 2009, p. 318).

A partir desta constatação dos problemas do modelo obstétrico sustentado pelo Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2011 a estratégia Rede Cegonha, que reuniu os avanços legislativos dos direitos reprodutivos no Brasil às políticas anteriores de assistência ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade na assistência obstétrica (LEAL et al, 2018, p.1923). Para o enfrentamento à mortalidade materna, o programa buscou a superação da violência obstétrica e da baixa qualidade da assistência na rede pública, apostando na humanização da assistência e na maior inserção da enfermagem obstétrica no cuidado como estratégia para melhoria dos indicadores de saúde materna (DINIZ, 2019, p.2). A portaria que lançou o programa, explicitou ainda como referencial para as práticas obstétricas as recomendações da OMS de 1996 *Care in normal birth: a practical guide*.

De forma semelhante as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, aprovadas através da Portaria MS/SAS n. 353 de 2017, mostram procedimentos que não devem ser realizados, assim como boas práticas na assistência ao parto:

12 Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. [...]

17 Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

18 As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher

100 A amniotomia [rompimento da bolsa das águas] precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.

101 As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. [...]

115 Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. [...]

118 A manobra de Kristeller [pressão no fundo do útero] não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto [...]

141 Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo. [...]

144 Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como estratégia de humanização da assistência ao parto no Brasil, as Diretrizes Nacionais supracitadas também reforçaram a importância das enfermeiras obstétricas e obstetrias para diminuição das intervenções e melhoria da satisfação das parturientes:

11 É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetrix na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017b, p.15).

Para contribuir nos empenhos mencionados em direção à garantia de uma assistência reprodutiva adequada, soma-se a pesquisa Nascer no Brasil, um inquérito nacional sobre assistência ao parto realizado pela Fiocruz entre os anos de 2011 e 2012, que avaliou o atendimento de um total amostral de 23.894 puérperas, atendidas em hospitais públicos e privados, em todas as regiões do país (DINIZ, 2019, p. 2). A Nascer no Brasil trouxe dados que apontaram para baixa utilização de práticas favorecedoras da progressão fisiológica do trabalho de parto - como liberdade de movimentação, presença de acompanhante, técnicas de alívio da dor - e ao mesmo tempo demonstrou a utilização excessiva de tecnologias que geram dor e sofrimento nos partos- uso rotineiro de ocitocina sintética, amniotomia, litotomia, episiotomia e manobra de

kristeller. Resumidamente, apenas 5% de todas as mulheres analisadas tiveram parto sem intervenções, tendo sido mais frequentes as intervenções naquelas de risco obstétrico habitual em comparação às de alto risco, o que demonstra que, em grande parte, as práticas foram desnecessárias e incompatíveis com as reais indicações clínicas (LEAL et al, 2014, p. S21 e S22; DINIZ, 2019, p. 2, 5).

Um dos grandes exemplos do modelo intervencionista brasileiro é o alto índice de cesarianas, que representa 55,5% dos nascimentos no país, com um salto para 84,6% dos nascimento quando analisamos apenas as taxas da saúde suplementar (ANS, 2016), rendendo ao Brasil o título de segundo lugar na lista dos países que percentualmente mais fazem cesarianas no mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana. Essa realidade expõe as vida das mulheres e seus filhos aos maiores riscos associados à cirurgia, sobrecarregando o sistema de saúde com complicações materna e neonatais decorrentes das cirurgias. Ressalte-se que ocorrem muitas vezes sem indicação clínica, por conveniência médica, por desestímulo ao parto normal no decurso do pré-natal e não raro contra a vontade da mulher, trazendo danos físicos e emocionais para as mulheres e seus filhos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 110-120).

Com objetivo de reduzir as cesarianas na saúde suplementar, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com Institute for Healthcare Improvement e o Hospital Israelita Albert Einstein, lançou em 2015 o Projeto Parto Adequado, cujo objetivo é incentivar maternidades privadas a organizar o modelo de atenção ao parto e nascimento, reduzindo cesarianas, a partir de apoio institucional, técnico e científico baseado em experiências exitosas semelhantes no setor privado (LEAL, 2019, p. 2).

Se por um lado há o excesso de cesáreas para mulheres usuárias da rede privada, por outro há o excesso de intervenções e de violência para aquelas que parem na vigência de um modelo obstétrico resistente à adoção de boas práticas, de maneira ainda mais profunda para as que têm sua existência perpassada por encruzilhadas de vulnerabilidades de raça, etnia, classe social, idade, capacidades, orientações sexuais e identidades de gênero. Segundo dados na Nascer no Brasil, em comparação às brancas, puérperas de cor preta possuíram maior risco de terem um pré-natal

inadequado, falta de vinculação à maternidade e peregrinação para o parto, ausência de acompanhante e menos anestesia local para episiotomia (LEAL, 2017).

Essa realidade incide mais fortemente ainda no tocante aos direitos das gestantes no sistema prisional. A pesquisa da Fiocruz Nascir nas Prisões entrevistou mulheres encarceradas entre os anos de 2012 e 2014, identificando, além de deficiências na assistência de saúde, graves violações de direitos: apenas 3% delas tiveram a presença de acompanhantes de sua escolha durante o parto e em cerca de 90% dos casos, os familiares das mulheres não foram avisados do início do trabalho de parto, 36% delas se referiram ao uso de algemas em algum momento da internação para o parto (LEAL et al., 2016, p. 2065-66). O resultado da Nascir das Prisões estimulou a promulgação da Lei nº 13.434/2018, que altera o Código de Processo Penal para vedar o uso de algemas em mulheres grávidas durante o parto e a fase de puerpério imediato (BRASIL, 2017a).

Desde 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu os maus-tratos na assistência ao parto como violação de direitos humanos na Declaração WHO/RHR/14.23 de 2014 (Declaração da OMS: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde):

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. 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 (OMS; 2014, p. 1-2).

Mais recentemente, a Relatoria Especial sobre violência contra a mulher da ONU utilizou pela primeira vez o termo *violência obstétrica* em um documento oficial, o relatório datado de 11 de julho de 2019, com título "A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence", com o objetivo de ampliar a abordagem da violência obstétrica como violação de direitos humanos:

In recent years, the mistreatment and violence against women experienced during facility-based childbirth and in other reproductive health services has gained global attention, inter alia, through the numerous testimonies posted by women and women's organizations on social media; this form of violence has been shown to be widespread and systematic in nature. In recognizing that these issues have not been fully addressed from a human rights perspective, the Special Rapporteur decided to prepare her thematic report on mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence (ONU; 2019).

O termo Violência Obstétrica primeiro surge na legislação Argentina (2009) e Venezuelana (2007, p.30) de proteção integral à mulher, como uma das formas de violência contra mulher. Dispõe o art. 13 da Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (VENEZUELA, 2007, p.30, de 2007):

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

No Brasil, a pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado” mostrou que 1 a cada 4 mulheres sofre violência durante o parto no Brasil (PERSEU ABRAMO, 2010). O dossiê “Parirás com Dor”, publicado em 2012 pela rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres também denuncia uma série de situações degradantes coletadas entre brasileiras e classifica as violências obstétricas entre de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60 e 61).

Apesar de não ser tipificada no Brasil, organizações como a ONG Artemis (DINIZ et al, 2018, p.22; SOUSA, 2015) e o grupo Nascer Direito, compostos em sua maioria por advogadas feministas, elaboram o enquadramento jurídico do tratamento obstétrico abusivo a dispositivos nacionais e internacionais que compõem o ordenamento brasileiro e tutelam direitos humanos e fundamentais da mulher. Possivelmente fruto desse

ativismo, surgem aos poucos avanços jurisprudenciais no reconhecimento dessas teses jurídicas, como exemplifica o julgado:

RESPONSABILIDADE CIVIL – DANO MORAL - VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Direito ao parto humanizado é direito fundamental.** Direito da apelada à assistência digna e respeitosa durante o parto que não foi observado. **As mulheres têm pleno direito à proteção no parto e de não serem vítimas de nenhuma forma de violência ou discriminação.** Privação do direito à acompanhante durante todo o período de trabalho de parto. Ofensas verbais. Contato com filho negado após o nascimento deste. Abalo psicológico in re ipsa. **Recomendação da OMS de prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Prova testemunhal consistente e uniforme acerca do tratamento desumano suportado pela parturiente. Cada parturiente deve ter respeitada a sua situação, não cabendo a generalização pretendida pelo hospital réu, que, inclusive, teria que estar preparado para enfrentar situações como a ocorrida no caso dos autos. Paciente que ficou doze horas em trabalho de parto, para só então ser encaminhada a procedimento cesáreo. Apelada que teve ignorada a proporção e dimensão de suas dores. O parto não é um momento de "dor necessária". Dano moral mantido. Quantum bem fixado, em razão da dimensão do dano e das consequências advindas. Sentença mantida. Apelo improvido. (TJ-SP 00013140720158260082 SP 0001314-07.2015.8.26.0082, Relator: Fábio Podestá, Data de Julgamento: 11/10/2017, 5ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 11/10/2017) (grifos acrescidos).

Apesar de garantias legais, muito ainda é necessário para efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos fixados em documentos nacionais e internacionais de direitos humanos, mesmo porque, como levanta o feminismo negro e dos países do sul, não existe liberdade individual descolada da justiça social (CORRÊA e PETCHESKY; 1996, p.169). O acesso aos serviços reprodutivos e o tipo de assistência de saúde varia de acordo com diversos fatores sociais, podendo frequentemente impossibilitar o acesso ou, quando não, expor pessoas gestantes, parturientes e puérperas a maiores riscos físicos e psíquicos, seja pelo excesso, seja pela falta de intervenções adequadas, seja pelas invisibilidades, discriminações e violências. Assim, para garantia do direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres é imprescindível a promoção de direitos humanos positivos, que demandam investimento do poder público, para supressão das desigualdades estruturais que restringem as decisões sexuais e reprodutivas (CORRÊA e PETCHESKY; 1996, p.153).

2.3 SENTIDOS, CONQUISTAS E DESAFIOS DOS MOVIMENTOS PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O movimento pela humanização da assistência ao parto e nascimento nasce e se desenvolve dentro de uma confluência de discursos - por isso frequentemente utilizo o vocábulo *movimentos*, no plural. Desde o ativismo feminista no Brasil, o movimento sanitarista brasileiro, as conferências internacionais de direitos humanos das mulheres, pesquisadores de ciências sociais, humanas e da saúde, profissionais, funcionários públicos, entre outros atores movimentam desde o final do século XX um corpo de discussões, reivindicações, políticas públicas e projetos legislativos em torno da assistência ao parto e nascimento no Brasil.

Como alguém que transita entre tais movimentos, observo que atualmente, a pertinência do termo *humanização do parto* vem sendo debatida pelos movimentos que reivindicam a transformação do modelo obstétrico, seja pela apropriação do termo pelo mercado capitalista - que vende como *parto humanizado* um conjunto de características superficiais que nem sempre satisfaz as reivindicações por uma assistência respeitosa e menos intervencionista-, seja, por parte de mulheres negras e de populações tradicionais, pelo modo como a assistência obstétrica se processa sob os princípios da humanização do parto, supervalorizando o conhecimento biomédico em detrimento de práticas tradicionais.

Apesar dos questionamentos, o termo se apresenta no Brasil como categoria de reivindicação importante, tendo sido usado em discussões e políticas públicas historicamente relevantes para o avanço da agenda de saúde da mulher e da criança no âmbito do Ministério da Saúde. O termo está presente no art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em leis municipais e estaduais por todo país, julgados de tribunais, no linguajar de ativistas, atores políticos, juristas, assim como no senso comum, que ora o associa a uma assistência respeitosa, ora a uma assistência que rejeita todo tipo de intervenções médicas e farmacológicas (VILELA, 2015).

No campo do direito, abundam iniciativas legislativas aprovadas em todo país nas esferas estaduais e municipais sobre temas como violência obstétrica,

parto humanizado, doula e plano de parto (DINIZ, 2018). Os movimentos de humanização do parto também colecionam apoio de órgãos públicos responsáveis pela garantia de interesses dos cidadãos, como Ministérios Públicos e Defensorias Públicas Federais e Estaduais em todo país (PALHARINI, 2017, p. 8). Por exemplo, destacam-se as campanhas e audiências públicas em direção à implementação de boas práticas no parto e redução da violência obstétrica nos estados de São Paulo⁵, Pernambuco⁶, Amazonas⁷, Santa Catarina⁸, Paraíba⁹, Rio de Janeiro¹⁰, entre outros.

Em 2001, a pesquisadora Carmen Simone Diniz (2001) posicionou a humanização do parto como um movimento que propõe uma assistência pautada na medicina baseada em evidências científicas e no respeito aos direitos humanos. Outros são os sentidos possíveis para essa proposta, como analisou a mesma pesquisadora em seu doutorado sobre as diferentes sentidos de humanização da assistência ao parto; seu estudo entrevistou profissionais de saúde, gestores e pacientes em duas maternidades financiadas pelo SUS, identificando os seguintes sentidos para a humanização do parto:

a) Humanização como a legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada na evidência (evidence-based, orientada pelo conceito de tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia). [...]

⁵ Cartilha sobre Violência Obstétrica da Defensoria Pública do Estado de São Paulo:

http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf

⁶ 2019 MPPE promove cinedebate jurídico sobre violência obstétrica

<https://www.mppe.mp.br/mppe/comunicacao/noticias/11019-mppe-promove-cinedebate-juridico-sobre-violencia-obstetrica>

⁷ Comitê de Combate à Violência Obstétrica no Amazonas criado em 2019 e composto pelo Ministério Público Federal no Amazonas (MPF), Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Secretaria de Estado da Saúde (Susam), o Ministério Público do Estado do Amazonas (MP/AM), a Secretaria Municipal de Saúde (Semsam), a Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (Sejus), a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP), a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), as Defensorias Públicas da União (DPU) e do Estado do Amazonas (DPE/AM), o Conselho Regional de Enfermagem do Amazonas (Coren/AM) e o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Amazonas (Cedim), <https://spark.adobe.com/page/3Eee8ziTAzn59/>

⁸ Campanha sobre combate à Violência Obstétrica reeditada em 2020 pelo Ministério Público de Santa Catarina

<https://documentos.mpsc.mp.br/portal/manager/resourcesDB.aspx?path=5146>

⁹ “Mês da Mulher: Órgãos assinam termo de cooperação que cria fórum de combate à violência obstétrica, nesta segunda” (março, 2018) www.mppb.mp.br/index.php/35-noticias/mulher/19559-mes-da-mulher-orgaos-assinam-termo-de-cooperacao-que-cria-forum-de-combate-a-violencia-obstetrica-nesta-segunda

¹⁰ Cartilha Gestação, Parto e Puerpério disponível no site <https://violenciaobstetricafale.com.br> da Defensoria Pública do RJ: <https://view.joomag.com/minha-primeira-publica%C3%A7%C3%A3o-cartilha-gesta%C3%A7%C3%A3o-parto-e-puerp%C3%A9rio/0762910001567480823>

- b) Humanização como a legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, e famílias) na assistência ao nascimento. [...]
- c) Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população. [...]
- d) Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto. Incluiria o deslocamento da função principal, ou pelo menos exclusiva, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstetra – legitimado pelo pagamento desse procedimento pelo Ministério da Saúde. [...]
- e) Humanização referida à legitimidade financeira (sic) dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos. [...]
- f) Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza e da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. [...]
- g) Humanização como direito ao alívio da dor, da inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários, antes restritos às pacientes privadas – como a analgesia de parto. [...] (DINIZ, 2005, p. 633-635)

Mais recentemente, expoentes do movimento como a obstetra e divulgadora científica Melania Amorim (2016), frequentemente reconhecem a humanização do parto como a integração harmoniosa e simétrica de três princípios centrais: a) o protagonismo da mulher, um cuidado centrado na parturiente, sensível às dimensões biopsicossocial e espiritual do parto; b) a assistência trans ou multidisciplinar, que integra a presença da enfermagem obstétrica e de outros agentes não médicos ao cenário do nascimento; e c) a vinculação à Medicina Baseada em Evidências (MBE).

Como temos explicado há anos, a humanização da assistência ao parto consiste na integração harmoniosa e simétrica de três pontos fundamentais: a visão do parto como evento biopsicossocial e espiritual (não como ato médico) que deve ter assistência transdisciplinar, centrada na mulher, que retoma o seu protagonismo, ou seja, a sua autonomia sobre o parto, além de uma sólida vinculação com a Medicina Baseada em Evidências (AMORIM, 2016)

Assim, a proposta de humanização do parto defende, em resumo: a autonomia da gestante (de decidir o local, domicílio ou hospital, mais confortável para o seu parto e os procedimentos e intervenções que deseja fazer uso durante a assistência), a desincorporação de tecnologia danosa à parturição e o uso criterioso, baseado em evidências científicas das tecnologias (com críticas ao alto índice de cesarianas e de procedimentos invasivos no parto normal); e a descentralização da assistência profissional na figura

médica, defendendo a valorização e autonomia da enfermagem obstétrica em partos de risco obstétrico habitual, bem como a presença de outros agentes não-médicos, como doulas e acompanhantes de livre escolha da gestante.

Ainda que por vezes possa adicionar contornos essencialistas e romantizados sobre a parturição (TORNQUIST, 2002), os movimentos de humanização do parto partem de um paradigma científico e medicalizado para restaurar, entre outras coisas, a potência da corporalidade feminina no ato de parir, de fazer viver; é o que traz a resenha de Dulce Ferraz (2016) sobre o livro “Cenas de Parto e Políticas do Corpo”, de Rosamaria Carneiro, publicado pela editora Fiocruz em 2015, fruto de uma etnografia entre os anos de 2008-2010 dentro dos movimentos de humanização.

Nesta análise, emergem, do universo simbólico analisado por Carneiro os deslocamentos de sentidos operados pelas mulheres adeptas do parto humanizado. Escolho dois deles para comentar. O primeiro é a ideia de natureza, que aparece no uso dos termos “parto natural” ou “parto mais natural”. Se, a princípio, eles podem provocar certo incômodo para quem (como a autora e eu mesma) olha para este universo com as lentes do feminismo, o que Carneiro mostra é que os sentidos do que é chamado de natural por essas mulheres não se vinculam à ideia de essencialidade ou de natureza feminina. O natural remete, ao invés, à redução do intervencionismo e ao respeito à autoria das mulheres no processo de parir. Natural, nesta concepção, é o parto livre da parafernália tecnológica, acolhedor, que respeita as escolhas e o tempo de cada mulher e que lhe permite experimentar e expressar sensações corpóreas intensas. FERRAZ, 2016, p. 1089)

Porém, a humanização parte de uma vinculação às evidências científicas em uma estratégia de apropriação política de um discurso técnico; ainda que arriscada, essa associação encerra o processo de mudança científica que acompanhou as publicações das recomendações da OMS e a influência das próprias usuárias e ativistas no desenho dos estudos, que possibilita por exemplo, a produção pesquisa epidemiológica a respeito de aspectos subjetivos e extra-clínicos, como a satisfação das mulheres no parto (DINIZ, 2005, p. 633). Evidências científicas são produzidas e defendidas a partir da reivindicação e inquietação das mulheres e dos espaços de poder científico que elas conseguem ocupar nessa disputa, como mostra as

trajetórias pessoal e profissional de expoentes do movimento, como as obstetras Melânia Amorim¹¹ e Leila Katz¹²

O movimento de humanização também se desenvolve no próprio meio médico, com a adesão de obstetras ativistas pelo parto. Como identificaram Kampf e Dias (2018, p. 1159) a respeito da episiotomia, a forma de construir conhecimento prático, técnico e científico sobre o processo de parto e nascimento no Brasil está em processo de transformação a partir das novas formas de pensar possibilitadas pela participação de médicos pesquisadores no movimento de humanização. Relativamente à episiotomia, sua prática vem sendo rejeitada pelos movimentos de humanização do parto, sendo crescente no Brasil o número de profissionais, médicos e de enfermagem, que aboliram o procedimento¹³.

Assim, o movimento de humanização do parto não rompe com o sistema biomédico, pelo contrário, surge entre uma mistura de agentes dentre os quais as categorias médicas e de enfermagem são parte importante (TORNQUIST, 2002), contudo, em muitas formulações, as propostas do movimento desestabilizam hierarquias de poder conquistadas principalmente pela medicina sobre o corpo da mulher durante os últimos dois séculos de medicalização do parto. Essa desestabilização, além de concretizada por um movimento social, também se faz com capital científico, quando analisamos que a bandeira das evidências científicas, foram um pilar importante, talvez imprescindível, para que o movimento avançasse na agenda pública.

Observadores dos movimentos de humanização apontam reivindicação de recursos biomédicos pelas usuárias, bem como o manejo de informações biomédicas para a tomada de decisões:

Nenhuma dessas mulheres nega saberes médicos e científicos; ao contrário, todas recorrem a eles ao longo da gestação e quase todas dão à luz assistidas por algum profissional de saúde. No entanto, o cuidado que valorizam é aquele que, embora se ampare no saber

¹¹<https://cientistaqueviroumae.com.br/blog/textos/mae-pesquisadora-referencia-feminista-e-ativista-dra-melania-amorim-uma-cientista-que-virou-mae> entrevista com a obstetra Melânia Amorim <http://lattes.cnpq.br/5713345383835064>.

¹² <http://lattes.cnpq.br/5028144850530032>.

¹³ Publicação em rede social da obstetra e pesquisadora Melânia Amorim em 2017 apresentando um mural de profissionais que não acreditam em episiotomia, com cerca de 400 comentários repletos de relatos de profissionais que não realizam o procedimento e adotam outras estratégias para o manejo de intercorrências nas quais o procedimento poderia ser recomendado <https://www.facebook.com/photo/?fbid=1724934074186709&set=a.255756767771121>

técnico, também oferece acolhimento, calor, escuta e toque. São mulheres que valorizam o conhecimento que têm de seus próprios corpos, seus saberes, suas histórias e seus desejos e, por isso, buscam um cuidado que as atenda de forma integral e respeitando sua singularidade.

Outra discussão importante sobre os sentidos de humanização é aquela relativa aos limites do conceito de autonomia dentro dos próprios movimentos de humanização. Quando a autonomia é usada em dissonância ao ideário de humanização do parto, como quando da reivindicação por mais tecnologia na assistência ao parto, nem sempre ela é acolhida, como quando uma mulher pede por uma episiotomia ou por uma cesariana e não tem seu pedido acolhido (MENDONÇA, 2021). Caberia indagar no entanto até que ponto a reivindicação de uma intervenção capaz de trazer danos pode ser irrestritamente atendida pelos pacientes, se isso não significaria a isenção da responsabilidade do estado e dos profissionais de saúde pela assistência prestada. A normalização da cesárea, e outros procedimentos que são culturalmente normalizados no parto vaginal, é argumento suficiente para que riscos epidemiológicos importantes sejam desconsiderados em benefício da autonomia individual? Qual o equilíbrio entre a vinculação irrestrita a protocolos preconizados pela MBE e o respeito à autonomia da parturiente?

Enquanto movimento que utiliza o status do conhecimento biomédico para validar suas proposições, este não raro sofre com a reprodução irrefletida por parte de seus integrantes de mecanismos de biopoder que se voltam contra a autonomia reprodutiva das próprias mulheres. Socialmente falando, é impossível para algumas deixar de utilizar-se ou simplesmente ignorar os mecanismos de fazer viver disponíveis ao conhecimento científico, a tirania do risco se impõe também dentro da humanização do parto. Apesar do peso das evidências científicas dentro desse paradigma ter sido sustentado para a desincorporação de tecnologia danosa no parto, em benefício dos corpos grávidos, esse discurso tornou-se princípio sustentador do movimento e muitas vezes impede que a pauta se descole demais dos limites comprovados ou aprovados pela ciência.

Dados recentes sobre a assistência obstétrica no país demonstram que políticas públicas de humanização da assistência ao parto tem produzido resultados em boa parte das instituições de saúde na adoção de boas práticas

de cuidado e redução de tecnologias invasivas nos nascimentos (BRASIL, FIOCRUZ, 2021).

Após controle de variáveis intervenientes, um dado surpreendente foi a menor chance de cesárea na Região Sudeste, a mais rica e que tem as mais elevadas proporções de população com seguro privado de saúde. Esse achado pode refletir o início de uma reversão do modelo “cesarista” e de excessivas intervenções, pois nessa região foi também maior a frequência de boas práticas obstétricas e é onde são mais intensos os movimentos de ativistas do parto normal, profissionais de saúde e das mulheres em favor do parto humanizado. (LEAL et al, 2014, p.S29)

Ocorre que isso não se dá sem a produção de conflitos, são abundantes na literatura dificuldades e resistências campo obstétrico no tocante à reformulação das práticas de cuidado e as disputas entre obstetras e novos agentes que passaram a compor o cenário do parto, como acompanhantes, doulas e em especial a enfermagem obstétrica, cuja autonomia técnica passa a ser valorizada no parto normal nas novas políticas públicas (ANGULO-TUESTA et al, 2003; ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015).

Apesar dos avanços na agenda do movimento de humanização do parto no Brasil ao longo dos últimos 20 anos, desde a criação do PHPN no Ministério da Saúde, a perspectiva geral é que os setores médicos apresentam muitas resistências a mudanças no modelo hegemônico de assistência ao parto e nas hierarquias nele produzidas (PALHARINI, 2017). A medicina foi vista durante muito tempo somente pela face relacionada ao benefício da saúde da sociedade. Além disso, sua prática foi vista como baseada quase que exclusivamente na experiência profissional de cada médico. Nos últimos anos a MBE passou a questionar os critérios de produção de verdades da medicina e apontar as disparidades da práticas médica; cabe lembrar que o movimento nasceu diante da multiplicidade de condutas sobre o parto (DINIZ, 2005). Ajudado pela MBE, o movimento de humanização do parto ameaça com capital científico uma prática obstétrica já estabelecida, levantando os preconceitos, os vieses de gênero e as limitações que podem subsistir nas escolhas clínicas, além de denunciar práticas discriminatórias, paternalistas ou violentas a que estão expostas as parturientes (DINIZ, 2009).

Luciana Palharini (2017, p. 27), ao analisar pronunciamentos oficiais de órgãos médicos, identifica o sentimento de ameaça à autonomia médica diante da acusação de violência obstétrica por movimentos de humanização a

práticas antes performadas deliberadamente nas parturientes, como destaca no trecho:

Esse sentimento de ameaça decorre do fato de que está havendo um movimento para que aconteçam mudanças nas práticas de assistência e proposições de novos modelos, ainda que muito pouco efetivo na prática. Mas decorre, também, de uma ameaça mais real e imediata para a classe médica, que é a de um novo problema no campo judicial. Os movimentos sociais de mulheres têm se organizado na tentativa de coibir abusos e dar nome à violência obstétrica cometida, denunciando procedimentos que, até então, eram realizados deliberadamente e sem tantos problemas.

A mesma pesquisadora coloca em evidência a divergência sustentada por setores importantes da categoria médica em relação ao termo violência obstétrica. Segundo a autora, os órgãos médicos desviam da problemática debatida pelos movimentos sociais - os maus tratos e o excesso de intervenções dolorosas no parto sem comprovação científica de benefício -, reputando boa parte dos problemas da assistência ao parto às deficiências do sistema de saúde, ao passo que levantam um discurso de vitimização da especialidade obstétrica (PALHARINI, 2017, p. 28).

O discurso médico hegemônico inverte a lógica, colocando como maiores vítimas os obstetras que, bem-intencionados e acima de qualquer demérito, estariam sendo alvo de injustiças ou das condições inadequadas de trabalho, impedidos, dessa maneira, de exercitar a boa prática. A profissão é o tempo todo reafirmada em termos de excelência e da exclusividade para uma assistência completa, em paralelo à defesa da violência como uma questão individual e comportamental de alguns médicos (PALHARINI, 2017, p. 26).

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um despacho orientando que o termo violência obstétrica fosse evitado ou abolido, alegando que nos cuidados em saúde não há intencionalidade dos profissionais que justifique falar-se em violência. O Ministério Público Federal editou em seguida Recomendação¹⁴ ao órgão para que revisse o entendimento, trazendo embasamento legal e científico para utilização do termo. Interessante notar que o despacho segue entendimento prévio do Conselho Federal de Medicina no Parecer 32/2018, demonstrando a dificuldade da classe médica em enfrentar o

¹⁴ MPF recomenda ao Ministério da Saúde que atue contra a violência obstétrica em vez de proibir o uso do termo. Assessoria de Comunicação. Procuradoria da República no Estado de São Paulo. <https://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>

problema e admitir situações de violência que permeiam os serviços de saúde materno-infantil.

Essas disputas entre setores da categoria médica e os proponentes da humanização do parto e nascimento tem se dado de maneira crescente em resoluções e pareceres editados pelo CFM e CRMs, que utilizando o poder regulamentador do exercício da medicina, tentam cercar conquistas e estratégias dos movimentos de humanização, a exemplo da Resolução Cremerj 293/2019, proibindo profissionais de aceitarem planos de parto; a Resolução Cremesc nº 193/2019, proibindo médicos de acompanharem partos domiciliares; e a Resolução CFM nº 2232/2019, instruindo médicos a não aceitarem a recusa terapêutica de pacientes gestantes, em nome do direito à vida do concepto (REHUNA, 2020). Reações como essas também se processam no nível legislativo, como a profusão em todo Brasil de projetos de lei, apoiadas por órgãos médicos, que dão acesso a cesáreas eletivas no SUS, subvertendo a ideia de autonomia proposta pelo movimento de humanização do parto (REHUNA, 2020).

Essas iniciativas de resistência à mudança e negação de uma realidade, apesar de inicialmente se processarem prioritariamente dentro dos espaços de poder médico, têm extrapolado esse campo, e evocado, com uma frequência cada vez maior, categorias discursivas defendidas no plano político pelo projeto neoliberal conservador de direita, que desde a última década tomam crescimento no país ¹⁵(PRADO, CORRÊA, 2018).

¹⁵ SECRETÁRIO DE PAZUELLO COM CADEIRA NO CFM É O ELO ENTRE O BOLSONARISMO E A CLASSE MÉDICA Raphael Câmara defende abstinência sexual pregada por Damares, medida que dificulta aborto em caso de estupro e, claro, falso tratamento precoce contra a covid-19. MARTINS, 2021.
<https://theintercept.com/2021/02/08/raphael-camara-secretario-de-pazuello-e-elo-entre-bolsonarismo-e-cfm/>

3 CONSELHOS DE MEDICINA

3.1 BREVE INTRODUÇÃO SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

A medicalização da vida se refere ao crescimento da jurisdição médica sobre as decisões que antes se passavam no campo da cultura de cada sociedade. No ocidente, cada vez mais as decisões sobre doenças e em seguida sobre saúde foram sendo abarcadas pelo campo de saber biomédico, cujo trabalho se fortalece como atividade autônoma e profissional, ao passo que se construiu a corporação médica como instituição com função pública, que ganha aos poucos contornos estatais.

Foucault identifica um acentuamento do processo de medicalização no contexto de pós-Segunda Guerra, quando a medicina passou a mediar não apenas os processos de cura, mas também de saúde e bem-estar. A medicalização indefinida, como cunhada pelo autor, se daria através de ações autoritárias de imposição de políticas sanitárias, bem como por uma característica de ausência de exterioridade da medicina, ou seja, ausência de experiências corporais não mediadas pelo conhecimento médico científico (FOUCAULT apud ZORZANELLI, 2014, p.1861).

"Se ao longo do século XIX ainda existiam campos "não médicos", isto é, práticas corporais, higiênicas, dietéticas, sexuais não mediadas pela ciência médica, o decorrer do século XX torna esse espaço cada vez mais estreito, apontando para a formação de "estados médicos abertos", nos quais a dimensão da medicalização já não encontra limite e incorpora não somente a salubridade, mas também a saúde e o bem estar, encarregando-se de uma função normatizante, pela qual se definem os limites do normal e anormal." (ZORZANELLI, 2014, p.1861).

O aprofundamento do domínio médico sobre a sociedade chamou a atenção de muitos cientistas sociais nas décadas de 70 e 80, Zorzanelli (2014, p.1862) destaca principalmente as teorias de Irving Zola e Ivan Illich sobre o tema. O poder médico surge como avaliador moral da sociedade, ainda mais pernicioso, pois revestido de uma aparente capacidade de revelar a verdade, a partir da posição de neutralidade e objetividade da ciência (ZOLA apud ZORZANELLI, 2014, p.1862 e CLARK, 2010, p. 164). Alguns anos mais tarde em 1976, Illich analisou as estratégias médicas ao rotular, descrever, autorizar experiências com o corpo, evidenciando seu potencial de gerar aos indivíduos

uma perda da autonomia para lidar com o próprio sofrimento (ILLICH apud ZORZANELLI, 2014, p.1862).

Desde o final do século XX, nas sociedades ocidentais, a medicina enfrenta uma crescente crise de autoridade e confiança que se processa tanto por parte de organizações governamentais e institucionais que tendem a crescer a fiscalização à profissão, quanto da parte de pacientes e movimentos da sociedade civil que reivindicam uma expertise e proatividade quanto ao seu diagnóstico e tratamento em franco desafio à autoridade médica (FUREDÌ, 2006, p.15).

The past two decades have seen the rise of the "expert patient" and advocacy organizations and self-help groups that are devoted to contesting medical authority. These movements contest the status of medical diagnosis and of expertise. They assign lay experience a privileged status, and demand institutional, scientific, and cultural affirmation for their representation of the constitution of illness. In contrast to the expectation of some of the critics of the medical profession, these groups do not threaten or diminish the power of the process of medicalization. On the contrary, it can be argued that today the main driver of the trend towards medicalization is the transformation of the docile patient into a consumer, or an active patient, in search of a diagnosis (FUREDÌ, 2006, p.15).

Para Frank Furedi (2006, p.15), o foco excessivo no processo de medicalização como promotor de um único interesse profissional estreito distraiu aquelas primeiras teorias de medicalização das influências culturais que a expansão desse processo imprimiu na sociedade. Para o autor, atualmente o imperialismo médico está em decadência, e outros atores não-médicos dão conta do processo de medicalização em vez desses profissionais. Atualmente, movimentos questionam a autoridade médica e propõem a emancipação do que não é doença do seu domínio, diz-se que a medicina serve para a patologia e falha na promoção da saúde, a qual é muito mais bem gerida por conhecimentos não-médicos, que vão desde saberes populares, terapêuticas holísticas, até conhecimentos mais comumente atrelados ao campo da saúde, como a psicologia, a fisioterapia, etc.

O doente em sua singularidade, ou modo pessoal de adoecer, perde sentido, priorizando-se os sintomas identificadores de patologias específicas e a busca de suas origens ou causas, seja no meio ambiente natural ou social. [...] A consequência epistemológica – e prática – deste deslocamento é que todos os saberes médicos tradicionais, ocidentais e não ocidentais centrados na concepção de força ou dinamismo vital, e na expressão singular de seu desequilíbrio

no doente, são banidos da racionalidade científica. (LUZ, 1987, p. 27)

A visão da medicina moderna sobre saúde é essencialmente de superação de estados patológicos através do emprego de tecnologias científicas capazes de extirpar a doença das pessoas. Em sua origem ela é bélica, determinista, positivista, conferindo objetividade aos agentes causadores das doenças e ao mesmo tempo, retirando a subjetividade e a multifatorialidade do foco de análise e elaboração científica sobre a saúde e a doença.

A disciplina das doenças é, portanto, parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Por meio das categorias de: “doenças”, “entidade mórbida”, “corpo doente”, “organismo”, “fato patológico”, “lesão”, “sintoma” etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaurar-se-á como um discurso sobre “objetividades”, discurso que institui a “doença” e o “corpo” como temas de enunciados positivos, científicos. [...] A saúde passará a ser vista não como afirmação da vida, mas como “ausência de uma patologia”. [...] É assim, da eliminação da doença no corpo dos indivíduos, que nasce a “saúde” na medicina moderna. (LUZ, 1987, p. 121)

Quando o parto é medicalizado dentro desse paradigma, o corpo feminino se torna um campo de batalha contra a morte e um arsenal é construído em torno deste evento para possibilitar o nascimento com vida. O modo pessoal de cada mulher viver esse processo, os ritos que compunham o dar à vida, a delicadeza da maneira de nascer de cada ser e os mistérios, sabedorias e aprendizados que circundam esse portal, foram ofuscados pela padronização da biopolítica do fazer viver, que classifica e roteiriza o nascimento. Os múltiplos modos de alimentar o equilíbrio desse evento - a saúde integral, como hoje propõe a OMS - são um novo paradigma ao qual a obstetrícia vem sendo provocada a se adequar.

3.2 SURGIMENTO E STATUS JURÍDICO NO BRASIL

Apesar de sua importância, não é fácil encontrar nas principais fontes bibliográficas do país a história dos conselhos de medicina do Brasil. Poucas foram as fontes em periódico e uma das principais usadas neste estudo afirma a escassez de informações sobre o tema (NEVES; SIQUEIRA 2009, p. 141). Para elaboração deste tópico foram utilizadas 3 principais fontes, sendo a

primeira delas o artigo de Nedy Neves e José Eduardo Siqueira, publicado na Revista Brasília Médica, em 2009, que investigou nas bibliotecas dos conselhos regionais de medicina como se deu a consolidação destas instituições médicas. Outro importante texto que trabalha o papel dos conselhos de medicina no Brasil é a Dissertação de Mestrado de Patrícia Jacques Fernandes (2004) intitulada "*ATO MÉDICO: Versões, Visões e Reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil*"; esta dissertação, me trouxe ainda a próxima fonte. Mary Jane Spink abordou aspectos sociohistóricos implícitos à regulamentação profissional das principais profissões de saúde no artigo-capítulo "Regulamentação das Profissões de Saúde: o espaço de cada um" que contribuiriam bastante para nossa análise.

Como acontece em muitas sociedades capitalistas periféricas, a regulamentação profissional no Brasil nem sempre se deu a partir da consolidação de uma prática social, mas como passo seguinte à importação de cursos formativos (SPINK, 2003, p.88). A regulamentação profissional é um passo fundamental ao processo de estruturação de uma categoria profissional, que denota o reconhecimento da importância social de uma profissão para sociedade, o poder político de uma determinada categoria, assim como demonstra o interesse social do estado em regular o trabalho e fiscalizar certo exercício profissional (SPINK, 2003, p. 94).

[...] a regulamentação profissional está associada tanto à percepção da necessidade de fiscalizar o exercício profissional, para controle e proteção da comunidade, quanto à necessidade de garantir uma fatia do mercado de trabalho, pela definição de atribuições privativas e pelo monopólio de certas técnicas e sua aplicação. (SPINK, 2003, p. 96)

A regulamentação de uma profissão pode ser vista a partir de dois principais ângulos: como forma de contribuição para sociedade ou consumidores ou como modo de contribuição para a própria categoria - que pode contar com órgãos de representação dos interesses da categoria que decorrem de um processo de evolutivo dos conhecimentos técnico-científicos (SPINK,2003). Ao analisar a história de criação dos conselhos, vê-se que está intimamente ligada ao movimento corporativo, tendo as primeiras entidades médicas caráter misto ético e associativo, congregando funções de defesa salarial, fiscalização e elaboração de códigos de ética (NEVES; SIQUEIRA,

2009, p.14). A atividade dessas entidades reflete a transformação dos médicos de autônomos para também prestadores de serviço, vinculada muitas vezes a uma maior ação estatal sobre questões de interesse social, como a saúde, intensificada a partir da Era Vargas (NEVES; SIQUEIRA, 2009, p.3).

No caso da profissão médica, a regulamentação ocorreu na década de 1930, através do Decreto nº 20.931 de 1932, estando entre as primeiras profissões de saúde regulamentadas no Brasil, juntamente com a odontologia, veterinária e as profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira. O decreto dispunha sobre o exercício da medicina e o funcionamento de estabelecimentos médicos, trazendo ainda a necessidade de registro do diploma no Departamento Nacional de Saúde Pública e em repartição sanitária estadual competente (SPINK, 2003, p.97). Em 1967, através do Decreto-Lei nº 150, o registro dos diplomas foi dispensado para as profissões que tivessem constituído seus conselhos profissionais, conferindo maiores competências a estes órgãos (SPINK, 2003, p.97).

A primeira tentativa de instituir um conselho de medicina do Brasil ocorreu durante a Era Vargas através do Decreto-Lei nº 7.955/45, que instituiu o Conselho de Medicina, “destinado a zelar pela observância dos princípios da ética profissional no exercício da Medicina”; apesar do projeto não ter tido significativa aplicabilidade à época, coloca a medicina como profissão de saúde com mais antigo conselho federal (NEVES; SIQUEIRA 2009, p.145; SPINK, 2003, p.98). Um período importante para profissão médica foi a década de 1950, época da fundação da Associação Médica Brasileira (1951), que agrupou diversas entidades médicas, e da criação dos primeiros Conselhos Regionais de Medicina (CRMs), como o Conselho do Estado do Ceará, do Distrito Federal -Rio de Janeiro à época- (1951), os Conselhos do Pará (1952) e o do Rio Grande do Sul (1952) (NEVES; SIQUEIRA 2009, p.145). O papel dos CRMs se fortaleceu através da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, promulgada por J. Kubitschek, quando ganharam autonomia para fiscalização da profissão; essa mesma lei também foi responsável pela reestruturação dos Conselhos de Medicina, Federal e Regionais com o modelo institucional que se mantém até hoje (NEVES; SIQUEIRA 2009, p.145).

Através da Lei nº 3.268, de 1957, o Conselho Federal de Medicina e seus Conselhos Regionais (CFM e CRMs) foram constituídos como Autarquias

Federais dotadas de personalidade jurídica de direito público. Da análise da legislação que as cria se depreende que aos conselhos profissionais foram concedidos poderes para, em essência, estabelecer os critérios éticos para o exercício da atividade médica, fiscalizar o cumprimento dessas normas éticas, bem como estabelecer punições, que vão desde advertências até a cassação do exercício profissional médico. Assim, apesar de no ordenamento jurídico brasileiro ser livre o exercício profissional, os conselhos de medicina tem prerrogativas legais para restringir este direito, se encaixando nas hipóteses constitucionais de limitação: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, **atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer**”, art. 5º, inciso XIII, da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Para Mary Jane Spink, a função dos conselhos de medicina como órgão de representação dos interesses da categoria foi restrita pela promulgação da Lei nº 6.994, de 1982, que direcionou os recursos financeiros arrecadados pelas anuidades dos conselhos basicamente para fiscalização do exercício profissional (SPINK, 2003, p. 102). Contudo, essa disposição foi revogada pela Lei nº 9.649/1998, tendo atualmente os conselhos liberdade para destinação de seus recursos, devendo apenas os conselhos regionais prestar contas de suas atividades ao conselho federal e este aos conselhos regionais (art. 58, § 5º).

Desde o início da sua regulamentação, a medicina se apresenta como hegemônica entre as profissões de saúde, sendo cada vez mais o espaço dos conselhos de medicina não apenas instâncias de fiscalização do exercício da profissão como também espaço que fortalece reivindicações da categoria perante o Estado (SPINK, 2003). Como traz Machado (p.14,), “as corporações profissionais de nossos tempos (médicos, professores, advogados etc.) [...] são muito mais arenas políticas conflitivas, competitivas, do que consensuais e harmoniosas. Muito mais complexas do ponto de vista político, ético e ideológico do que seriam as corporações durkheimianas, “o corporativismo foi implantado sim, mas a serviço das micro coletividades, dos guetos profissionais com forte atrelamento ao Estado.” (MACHADO, p. 14).

A criação dos Códigos de Ética Médica e a estruturação dos Conselhos de Medicina foram passos fundamentais ao processo de auto-regulação da categoria médica, contribuindo para o fortalecimento e estruturação da profissão, assim como o seu monopólio do mercado de trabalho entre as

demais profissões de saúde (FERNANDES, 2004, p.5). Através de seu código de ética e da atuação fiscalizatória, normativa e disciplinar dos conselhos de medicina a profissão cria não apenas padrões de conduta médica perante a sociedade e seus pares, como também um ambiente de diálogo interno em busca de reivindicações próprias da categoria perante o estado (FERNANDES, 2004, p. 4), a exemplo da aprovação da Lei 12.842, de 2013, que não apenas define atos exclusivos da medicina em seu art. 4º, como também reforça os poderes dos conselhos de medicina.

É inegável que uma corporação profissional que apresenta coesão suficiente para elaborar conhecimentos que fundamentam as suas práticas e se auto-regular tem maiores chances de se tornar hegemônica em um mercado, quando comparada com outras que não estejam no mesmo nível de organização. Contudo, pode-se dizer que é a partir da auto-regulação que a corporação vai se articular em busca de estratégias que afirmem a sua relevância num mercado disputado por outras corporações. Este tipo de mobilização tem por objetivo identificar as necessidades do conjunto da profissão, ao mesmo tempo em que busca a aprovação do Estado para as suas reivindicações. Os profissionais pressionam o Estado para que ele atenda as suas reivindicações voltadas para a garantia do monopólio de sua atividade. Esta ação é corporativa. Traduz ou busca traduzir interesses do conjunto da corporação. (FERNANDES, 2004, p. 4 e 5)

Com a aprovação da Lei nº 12.842, de 2013, também chamada Lei do Ato Médico, diversas práticas de saúde tiveram seu escopo de realização vinculado, de maneira privativa à profissão médica. Jaqueline Fernandes analisou em sua dissertação de mestrado a movimentação em torno dessa reivindicação, que desde 2002 ganhou expressividade no debate público e nas casas legislativas do Congresso Nacional, trazendo as visões e reações de representantes corporativos de profissões de saúde, entre elas a medicina, a respeito do que identificou como "mais uma das estratégias empreendidas pela corporação médica para formalizar, em termos legais, sua hegemonia no mercado de trabalho de saúde".

A função dos conselhos de medicina como protetora dos interesses da categoria vem sendo muito bem colocada nos últimos anos, e ganha novos contornos a partir da ascensão de um projeto político neoliberal e ultraconservador no Brasil nos últimos anos (THE INTERCEPT BRASIL, 2021). Mais recentemente, o discurso dos conselhos médicos se modifica em direção a uma aliança com o atual projeto político, a partir da chegada de uma nova

gestão do CFM em 2019. Abaixo são transcritos alguns trechos do editorial *Saúde e medicina no Brasil* da Revista Bioética 2019:

Um novo caminho se inicia com a nova gestão do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Um fenômeno inédito aconteceu no Brasil, em que colegas, independentemente da vinculação a instituições médicas, foram eleitos por seus pares na esperança de que a medicina recupere seu prestígio e sua dignidade como a nobre profissão que sempre foi.

Impossível desvincular o fenômeno político da mudança na presidência da República, nos ministérios e no direcionamento ideológico vivido por mais de 30 anos no Brasil, que resultou na proletarianização do trabalho médico e desprestígio da classe.

Com o passar dos anos, os médicos se deram conta de que política é economia concentrada e que não chegaremos a lugar algum sem nos importar com esse aspecto, ainda que as melhores técnicas cirúrgicas e a excelência dos tratamentos sejam aprendidas nos livros, congressos, cursos práticos etc.

[...]

Em plena era dos meios de comunicação de massa, a limitação da propaganda médica por questões éticas e a invasão de outras profissões na área tornaram-se realidades. Contamos há alguns anos com a Lei 12.842/2013 12, Lei do Ato Médico, que define a competência do profissional. Mesmo com essa lei, sofremos constantes ataques de outras profissões da área da saúde, com resoluções de seus respectivos conselhos de classe, constituindo muitas vezes exercício ilegal da medicina.

[...]

Tatiana Bragança de Azevedo Della Giustina – Editora Geral
Rev. bioét. (Impr.). 2019; 27 (4): 583-6 p. 583-584

3.3 ATIVIDADE NORMATIVA DOS CONSELHOS MÉDICOS

Ao longo do século XX, fruto de algumas disputas da categoria, a profissão médica ganhou uma expressiva estruturação legal e social no Brasil. Considerando o prestígio da função desempenhada pela medicina nas sociedades capitalistas ocidentais, além da especificação técnica deste conhecimento, o Estado brasileiro outorgou poderes aos Conselhos Médicos que antes lhes cabiam, como a fiscalização do exercício profissional e a punição de médicos que não atuem de acordo com os preceitos éticos estabelecidos por seus pares no Código de Ética Médica (CEM). Assim, além do respeito ao Código de Ética Médica (CEM), os médicos precisam pagar anuidades e observar as normas que os conselhos de medicina (CFM e CRMs) elaboram a respeito do exercício profissional médico. Diz o CEM (CFM, 2019):

Capítulo III
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL
É vedado ao médico: [...]

Art. 18. Desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los.
(grifos acrescentados)

Feitas estas considerações, cabe aqui agora apresentar algumas definições e percepções sobre as espécies normativas que aparecerão na análise. Segundo a plataforma de busca por normas do CFM, a produção normativa dos conselhos médicos gira em torno dos tipos: Resolução, Parecer, Recomendação, Despacho e Nota Técnica. Na plataforma de busca de normas <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas>, quando o cursor passa por cada tipo de norma, aparecem as seguintes definições:

Resoluções são atos normativos emanados dos plenários do Conselho Federal de Medicina e de alguns dos Conselhos Regionais de Medicina que regulam temas de competência privativa dessas entidades em suas áreas de alcance, com poder coercitivo.

Pareceres são os relatórios finais sobre questionamentos enviados ao Conselhos Federal e Regionais de Medicina referente às suas competências legais.

Recomendações são indicações concebidas pelo plenário do Conselho Federal de Medicina para orientar os profissionais médicos, sem poder coercitivo.

Notas técnicas são manifestações técnico-jurídicas emitidas pela Coordenação Jurídica do Conselho Federal de Medicina aprovadas pela Diretoria.

Despachos são manifestações técnico-jurídicas emitidas pela Coordenação Jurídica do Conselho Federal de Medicina aprovadas pela Diretoria. (CFM)

Muitos dos termos utilizados pelo CFM e CRM fazem parte do vocabulário de outros espaços de produção normativa, mas aproveitarei este momento para trazer algumas impressões sobre a história e função desses elementos no caso da produção normativa dos conselhos de medicina. Ainda, aprofundarei a explicação das resoluções e pareceres, pois são os tipos normativos que mais aparecem nas publicações dos conselhos, e conseqüentemente, as principais espécies normativas que surgiram da seleção deste estudo.

As **resoluções** são normas éticas que vinculam o exercício da medicina, podem ter abrangência regional ou federal, a depender da jurisdição que a emite, CRMs ou CFM. Já os **pareceres** são documentos de ordem técnico-normativa elaborados por conselheiros (em geral médicos) e/ou câmaras técnicas com respostas a questionamentos de profissionais, instituições de saúde ou outros membros da sociedade a respeito da melhor conduta técnica,

ética e legal. Anunciam o entendimento de alcance e escopo interpretativo de um conselho sobre direitos e deveres que recaem sobre médicos e instituições de saúde, orientando o exercício da medicina e resolvendo dúvidas de profissionais de saúde, instituições, órgãos estatais ou outros membros da sociedade interessados.

Os pareceres são elaborados por sujeitos aos quais foi conferido poder dentro das entidades profissionais, portanto, os discursos nelas contidos transparecem além de um *habitus* dos sujeitos que as editam, mas uma manifestação deste *ethos* que passou por mecanismos filtradores específicos do meio social e político que o imbuíram de poder, o que torna os discursos representativos ao menos do grupo dominante eleito dentro de certo contexto temporal e histórico.

Segundo Filho e Hossne (2017 p.), desde a criação dos conselhos a distribuição dos questionamentos para elaboração de pareceres segue essencialmente a mesma sistemática, apesar de cada conselho ter sua própria resolução sobre o tema, na qual o presidente da regional “delega a função de distribuir consultas aos secretários, que, por sua vez, as repassam por despacho aos conselheiros da regional ou ao coordenador da câmara técnica relacionada ao tema central.”. No âmbito do Conselho Federal de Medicina, a emissão de pareceres foi inicialmente regulamentada pela Resolução CFM 1.335/1989, porém atualmente ela é disciplinada pela Resolução CFM nº 2.070/2014¹⁶.

A respeito das resoluções e pareceres:

“[...] desde o início de suas atividades, o Conselho Federal e os conselhos regionais de medicina têm publicado pareceres-consultas por conta dos crescentes conflitos éticos relacionados tanto às novas técnicas diagnósticas e terapêuticas, quanto à evolução dos direitos dos pacientes e avanços nas áreas de humanidades.” (FILHO, HOSSNE, 2017)

¹⁶ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2014/2070> . Caso tenham os leitores interesse em entender mais profundamente as regras que disciplinam a elaboração de pareceres, importa ressaltar que durante os anos analisados (2000-2019) nesta dissertação, outras resoluções sobre a emissão de pareceres estiveram em vigência, como a Resolução CFM nº 1.892/2009 <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1892>; a Resolução CFM Nº1.769/2005 <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2005/1769>; Resolução CFM nº 1.450/1995 <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1450> Ademais, cada regional pode ter uma sistemática especializada.

Enfatizo principalmente a questão dos vieses contidos nas perguntas, visto que muitos pareceres dos conselhos de classe de medicina são respostas a perguntas de profissionais de saúde ou usuários, que comumente deixam impresso nas suas formulações uma parcialidade - existem perguntas que são uma tentativa de respaldar condutas (do que é possível fazer diante de problemas como falta de recursos, conflitos de responsabilidade, etc) ou mesmo de instruir profissionais de saúde diante de demandas de atendimento que os colocam em situações limítrofes do que consideram ético e legal -, para além da questão de quais consultas são eleitas ou priorizadas para serem respondidas pelos conselhos.

Na consulta abaixo, que gerou o Parecer CRM-DF nº 02/2016, em que pese os julgamentos morais do consulente - CBD, sua consulta é bastante representativa do potencial que os pareceres podem ter de respaldar condutas dos profissionais médicos.

Histórico

CBD refere atendimento a paciente estrangeira que gerou dúvidas quanto a sua conduta.

Informa ser obstetra tendo atendido em seu consultório uma paciente americana para parto natural. Questões emocionais da paciente lhe chamaram atenção como casos extraconjugais, primeiro parto com muitas dificuldades chegando a cesárea nos USA, separação dos pais, mãe ausente, enfim várias questões preocupavam por interferirem no processo de parto e pós parto.

Com 34 semanas a paciente lhe mandou uma mensagem dizendo que não havia sentido o bebê mexer desde o dia anterior, pedindo que fosse examiná-la em sua casa. Assim foi feito, mas na visita não conseguiu auscultar, dirigindo-se ao Hospital Daher para submetê-la a uma USG, constatando-se óbito fetal.

A paciente seguiu com reações atípicas e independente da morte do bebê insistiu em parto domiciliar. Soube que a paciente, sem que lhe comunicasse, planejava um parto desassistido, só a chamando em caso de complicações. Insistiu com a paciente com sua ida para o hospital quando fosse iniciado o trabalho de parto.

No dia 12/09/2011, quando iria propor a internação para indução com ocitócito, soube que outro profissional estava em sua casa e iriam tentar o parto domiciliar. [...]

Parecer

Médica obstetra relata ter acompanhado paciente que evoluiu com óbito fetal, negando-se a seguir suas orientações, o que fez com que não mais desejasse continuar acompanhando-a.

O inciso VII dos Princípios Fundamentais do CEM respalda a atitude da médica ao estabelecer que o médico não é obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuando-se as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência ou quando sua recusa pudesse trazer danos à saúde do paciente, que não se enquadram no caso relatado.

Brasília, 26 de dezembro de 2015.

Cabe ainda trazer a explicação sobre outros termos jurídicos que podem aparecer durante as análises, a exemplo do preâmbulo e dos "considerandos", bastante presentes no material analisado, especificamente, nas resoluções regionais e federais. Segundo o art. 6º da Lei Complementar nº 95, de 1998, o preâmbulo é o texto inicial que indica o órgão ou instituição competente para a prática do ato normativo e sua base legal (TRINDADE, 2016). Essa fundamentação legal em alguns textos normativos pode acabar se estendendo à apresentação da problemática social que motivou a promulgação do ato normativo na forma de parágrafos que frequentemente iniciam com o vocábulo "Considerando...".

Além do preâmbulo e seus "considerandos", algumas resoluções dos conselhos de medicina trazem ao final do texto normativo uma exposição de motivos, o que num processo legislativo oficial normalmente constaria apenas no projeto de lei e não na lei aprovada (TRINDADE, 2016). No caso das resoluções dos conselhos de medicina, cujas tramitações são processadas internamente, a exposição de motivos provavelmente tem o intuito de informar melhor o seu público, médicos e sociedade em geral, sobre a discussão que levou à edição da norma.

Nem sempre as exposições de motivos estão presentes nas resoluções estudadas, elas parecem mais frequentemente nos últimos anos na temática investigada, ainda mais quando a questão é controversa, mas isso pode decorrer simplesmente das flutuações das disposições normativas dos próprios conselhos no tema. Por exemplo, a Resolução CREMERJ 295/2019 do CREMERJ¹⁷ disciplina a edição de resoluções e pareceres do órgão, traz em seu art. 2º, inciso I, a exposição de motivos como regra geral para resoluções. Ou seja, o formato e procedimento das normativas irá flutuar de acordo com as diferenças de regulamentação entre os conselhos regionais.

Quanto ao conteúdo dos posicionamentos, eles nem sempre são uníssonos. Algumas leis estaduais e municipais são evocadas e, portanto, o posicionamento dos conselhos pode variar de acordo com legislação local, mas não apenas em função disso. É comum a diferença entre discursos entre

¹⁷ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2019/295>

CRMs de diferentes estados sobre uma mesma matéria, e mesmo entre os CRMs e posições do próprio CFM, mas essas dissonâncias não são feitas de maneira frontal, aparentando por vezes serem decorrentes do desconhecimento de posicionamentos prévios ou concomitantes.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A abordagem desta pesquisa é de natureza qualitativa, cujo objetivo, portanto, não pretende ser o de traçar um panorama exaustivo a respeito de como e em que diferentes níveis se posicionam os conselhos profissionais de medicina em todo Brasil, apesar de eventualmente inferências possam surgir de uma análise geral das normativas. Como esclarece Maria Cecília Minayo (2017, p.2), embora ambas se complementem, a pesquisa qualitativa tem natureza diversa da pesquisa quantitativa, pois diferente desta não fala da magnitude nem busca mostrar as homogeneidades dos fenômenos, mas sim tratar de sua intensidade, identificando significados e singularidades.

[...] a pesquisa qualitativa, usando-se a linguagem de Kant, busca a "intensidade do fenômeno", ou seja, trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas. (MINAYO, 2017, p.2)

Foi usada uma combinação de métodos entre a Análise de Conteúdo e a Análise de Discurso Crítica (ADC). A ADC foi usada em especial nas Resoluções CREMERJ 293/2019, CRM-SC 193/2019 e CFM 2.232/2019 sobre plano de parto, parto domiciliar e recusa terapêutica, respectivamente.

A ADC, de Norman Fairclough é um método que se propõe a identificar processos de mudança social que envolvam disputas de poder e hegemonia, entendendo o discurso como agir dentro dessas mudanças sociais. A ADC não é precisa ao propor procedimentos de análise, antes ela sugere que os pesquisadores utilizem-na de diferentes maneiras, de acordo com a natureza do objeto e suas perspectivas do discurso (FAIRCLOUGH, 2001, p. 275).

A ADC de Fairclough propõe a análise do discurso como prática social a partir em 3 níveis, o gramatical, que analisa como os sistemas linguísticos operam a representação da realidade e a construção de identidades, do eu; o relacional, em que se identifica a construção das relações sociais através do discurso; e o social, nível em que se pensa a estruturação, a reprodução e a contestação das hegemonias dentro dos discursos. São especialmente estes dois últimos níveis, o relacional e o social, os mais factíveis de serem empreendidos de acordo com o campo de estudos em que esta pesquisa de

desenvolveu, sendo também bastante pertinentes para alcançar os objetivos propostos, pois podem evidenciar os efeitos das normativas, a quais dos agentes do campo os conselhos de medicina falam, quais ideias rejeitam e quais sustentam através do seu discurso.

Por esta se tratar de uma análise documental, de normativas editadas por conselhos de medicina, é por certo menos tortuoso demonstrar a representatividade destes discursos em relação ao conjunto social estudado, embora devamos contextualizar o fato de que estes documentos comumente não representam consensos no meio médico, mas sim são produtos de disputas políticas inerentes a qualquer representação oficial de uma categoria profissional.

O material analisado se encontra publicado no site do CFM, que dispõe de uma plataforma de busca de normas, em que é possível pesquisar as normativas do próprio conselho nacional e de todos os conselhos regionais do Brasil por ano, tema, termo e tipo de norma (resolução, parecer, recomendação, despacho e nota técnica)¹⁸. As espécies normativas que mais se destacam foram os pareceres e resoluções, sendo os primeiros bastante mais numerosos, alguns despachos e recomendações foram selecionadas, porém nenhuma nota técnica foi encontrada.

Através do tema 'obstetrícia' e do termo 'parto' foram encontradas cerca de 500 normativas, que precisaram ter ao menos a ementa lida. Delas, 178 foram coletadas, baixadas e classificadas segundo a afinidade com um dos 3 principais pilares atualmente considerados centrais pelos movimentos de humanização do parto. Devido à quantidade de documentos, optei pelo recorte do pilar que conversa com o protagonismo/autonomia da gestante, a partir da compreensão das dimensões biopsicossociais do parto.

A decisão pelo período extenso decorre da necessidade de identificação do processo de mudança e a reação pelas corporações médicas aos momentos chave de criação de políticas públicas que resultaram em mudanças no modelo de atenção ao parto no Brasil. Nesse sentido, o início da pesquisa no ano 2000 se justifica por ter sido o ano de lançamento do PHPN, programa que representa o início de uma série de políticas voltadas para a humanização

¹⁸ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas

da assistência ao parto no âmbito do Ministério da Saúde, também foi o ano em que as recomendações da OMS de 1996 foram oficialmente traduzidas para o português pelo Ministério da Saúde (DINIZ, 2001). Igualmente, a decisão de levantar resoluções de todo país se dá pelo interesse em identificar, nas diferentes regionalidades do país, a diferença ou convergência de tensões, os diferentes níveis de implementação de políticas públicas e de inserção dos movimentos de parto.

Para o levantamento dos documentos, na plataforma citada, utilizamos a busca pelo tema “obstetrícia” ou pelo termo “parto”. A necessidade de utilizarmos também esse termo específico para a busca do material se deu ao percebermos que a recente resolução do CFM de nº 2.232/2019, que teve grande repercussão entre os movimentos de mulheres, não foi captada apenas pelo tema “obstetrícia”. A resolução tratava de casos gerais, entre os quais as gestantes estariam incluídas, em que a recusa terapêutica de um paciente poderia ser ignorada por médicos. No caso da recusa de gestantes, a resolução foi suspensa por decisão judicial.

Durante a elaboração do projeto de pesquisa, chegamos a divagar sobre a possibilidade de utilização de outros termos de busca, bem como a construção de outros materiais para análise, como a ida a campo para elaboração de entrevistas. Porém eu me sentia mais segura com um material documental, não só por ser recém saída de uma graduação em direito e ter pouquíssima experiência em pesquisa, como também porque a montanha de normativas e a extensão de anos que tinha para pesquisar era gigantesca e não deixava muito espaço para outros horizontes. A plataforma de normas do CFM não possibilitava a escolha de mais de um termo de busca, nem a busca simultânea em uma extensão de anos, ou seja, foram buscados na plataforma em todos os conselhos do Brasil - nesse ponto o site permitia a busca simultânea em todos os conselhos do país- o termo “parto” a cada ano entre 2000 e 2019 (ou seja, 2000, depois 2001, depois 2002... até 2019) e por tema “obstetrícia” a cada ano (!!!), o que tornou o processo bastante exaustivo. Inclusive, justo ao final do levantamento da documentação, a plataforma de busca de normas no site do CFM foi atualizada para pesquisa simultânea de mais de um termo, o que teria viabilizado a inclusão de outros termos na pesquisa, como violência obstétrica, nascimento, parir, parturição, “autonomia”

- esta uma ótima sugestão de Andreza Nakano na qualificação -, entre outros, porém, o trabalho já estava feito e vida acadêmica que segue. Bem, não fossem as dificuldades encontradas, sinto que adicionar outros termos de busca teria sido proveitoso e outros rumos poderiam decorrer dessa ampliação.

A primeira leva de normativas levantadas, desde os anos de 2000 a 2019, foram organizadas em planilha, contendo colunas com as seguintes informações: o conselho que emitiu o documento, o tema/termo pesquisado, o tipo de normativa (parecer, resolução, recomendação, etc), o número, o ano de publicação, a ementa ou breve resumo do conteúdo, quem assina o documento (especialmente relevante no caso de pareceres), uma classificação do nível de aproximação com o objeto (A, B, C e D) e o link para acesso à normativa. Na planilha de normativas também se fez indicação de qual/quais pilares do movimento de humanização mais se trata no documento. São os pilares 1) Autonomia - escolha informada, recusa terapêutica, diretiva antecipada de vontade (plano de parto), escolha do local de parto (domiciliar), discussões sobre os termos “humanização do parto” e “violência obstétrica”; 2) Boas práticas - discussão sobre procedimentos (episiotomia, kristeller, cesárea, etc); e 3) Cooperação - autonomia da enfermagem na assistência ao parto, funcionamento das casas de parto, presença de acompanhante, presença da doula, assistência de parteiras e enfermagem obstétrica.

Durante a análise do material, tive a sensação de que algumas normativas teriam o potencial de ocupar toda uma dissertação ou tese, o material de análise é surpreendentemente rico, especialmente os documentos mais recentes, de 2018 e 2019. Acredito que durante o processo vamos amadurecendo o olhar e a intuição de pesquisa, e apesar de questionar constantemente todo trabalho que tive de classificação e organização deste extenso material, entendo que tudo isso faz parte do processo de estudo, ter lido esses documentos me mostrou coisas interessantes e no mínimo de ajudou a ter uma visão ampliada sobre o fluxo e os interesses presentes nestes textos.

Foram analisados ao menos 500 documentos, muitos que falavam a respeito dos mais variados temas, e embora nem todos apareçam nos capítulos de análise, todos fizeram parte da minha compreensão das questões de pesquisa e da maneira de classificar os tópicos a serem desenvolvidos.

Sinto que se tivéssemos feito antes um recorte do material e se fosse outro o contexto sanitário, teria sido possível ir à campo, bem como se aprofundar na análise do material. No contexto em que se encontra, a análise pode ser classificada como descritiva da situação da posição dos conselhos de medicina no debate acerca da autonomia e humanização do parto.

Para iniciar a discussão dos resultados, gostaria de localizar os leitores a respeito do recorte escolhido e introduzi-los aos tópicos de discussão.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

As reivindicações dos movimentos de humanização, apesar de comumente categorizadas em três eixos¹⁹, constantemente se entrecruzam na casuística dos pareceres e resoluções dos conselhos de medicina. A análise empreendida utiliza como recorte a primeira delas, o respeito à autonomia da parturiente e valorização de elementos subjetivos no nascimento, porém será frequente que esses temas tragam consigo considerações sobre o uso da tecnologia biomédica, discussões sobre quais as evidências científicas eleitas, bem como ranhuras e disputas entre os atores envolvidos no parto diante das propostas ministeriais e fortalecimento de um ideário de assistência multiprofissional. Estas últimas questões serão, portanto, inevitavelmente abordadas, apesar de não serem o foco principal da pesquisa.

Dentro do tema escolhido para análise, as principais questões localizadas foram divididas em quatro perspectivas, ou argumentos, que são os quatro tópicos do capítulo seguinte: 5.1 autonomia ou autoridade médica, que trata dos incômodos produzidos pelo avanço da agenda de humanização a respeito do que os conselhos chamam de perda da autonomia profissional; 5.2 de quem é a autonomia da mulher?, que discute como os conselhos entendem a extensão da autonomia de pessoas gestantes; 5.3 Progresso sem volta: ao infinito e além, que aborda a visão da categoria a respeito da medida de utilização da tecnologia biomédica no nascimento e se desdobra no 5.3.1 Aparato biomédico como avanço x parto, sujeira e subjetividade e 5.3.2 A resolução da recusa terapêutica (uma moderna caça às bruxas) e o caso da autonomia na cesárea: economia dos riscos ou de poder?; e finalmente o 5.4 Farinha pouca, meu pirão primeiro: negacionismo obstétrico no país das cesarianas, que trata das queixas médicas a respeito do termo 'humanização

¹⁹ Como vimos em outros capítulos, as propostas de humanização do parto defendem, em resumo: a valorização de aspectos subjetivos do nascimento com o respeito à autonomia da gestante - de decidir o local, domicílio ou hospital, a companhia de pessoas que lhe tragam acolhimento como acompanhantes e doulas, a posição confortável para o seu parto e os procedimentos e intervenções que deseja fazer uso durante a assistência-; a desincorporação de tecnologia danosa à parturição (com críticas ao alto índice de cesarianas e de procedimentos invasivos no parto normal) e defesa de utilização de protocolos embasados em evidências científicas atualizadas; e a descentralização da assistência profissional da figura médica, defendendo a valorização e autonomia da enfermagem obstétrica na condução de partos de risco obstétrico habitual, bem como de outros agentes não-médicos, como fisioterapeutas e psicólogos dentro de um atendimento multiprofissional.

do parto' e das acusações de violência obstétrica. Peço desculpas por já trazer no título um *spoiler* das conclusões de análise.

Interessante pensar que caso fosse escolhido qualquer um dos outros pilares do ideário da humanização como recorte, todos estas perspectivas muito provavelmente apareceriam, e me pergunto qual é a real diferença de ter escolhido o aspecto da autonomia e da subjetividade para análise. Acredito que contribuiu para essa escolha o referencial teórico me parecer o mais atraente de todos, além do que, trazendo a autonomia como enfoque, puderam ser reunidas as normativas que mais me moveram em direção aos objetivos de pesquisa. Ademais, a autonomia das mulheres no parto é um tema que tinha maior capacidade de retratar a escalada conservadora que tomou conta das instituições no país. De toda forma, sinto que a classificação das normativas nos três eixos escolhidos foi longe de perfeita, ou mesmo suficiente, mas considero que fizemos o que estava ao nosso alcance para tornar o volume de normativas possível de ser enfrentado.

Do levantamento e recorte realizado, chegou-se ao total de 41 normativas, sendo 09 delas emitidas pelo CFM e as 32 restantes pelos CRMs das regiões a seguir listadas. Uma versão simplificada da planilha consta como apêndice desta dissertação.

- Sudeste (12 normas) - CREMESP (4), CRM/MG (4), CREMERJ (4);
- Sul (9 normas) - CRM/PR (5), CREMERS (2) e CREMESC (2);
- Centro-oeste (5 normas) - CRM/MS (5); e
- Norte (2 normas) - CREMAM (1), CRM/TO (1).
- Nordeste (2 normas) - CREMEC (2);

As Regiões Sudeste e Sul são as que apresentaram maior atividade normativa e as únicas a publicarem o tipo normativo resolução além do CFM. Foram 5 resoluções analisadas no total, que foram publicadas apenas a partir de 2012, se acentuando em 2019, ano em que 3 resoluções foram emitidas pelos conselhos federal, Cremerj e Cremesc. Passemos a análise das resoluções.

5.1 Autonomia técnica ou autoridade médica?: poderes em jogo na sala de parto

Este tópico analisa os dizeres dos conselhos médicos sobre a maneira que a corporação vêm lidando com diretrizes ministeriais e protocolos institucionais emitidos pelo Ministério da Saúde e pela gestão de hospitais, maternidades e casas de parto Brasil afora, assim como, alguns documentos estratégicos para a manifestação de vontade e garantia de autonomia lançados mão por parturientes, especificamente os planos de parto. Analisa-se aqui, especificamente, a reação dos profissionais a quaisquer normas, diretrizes, documentos - institucionais, ministeriais, planos de parto - que incentivam a adequação da assistência obstétrica ao que vem sendo recomendado nacional e internacionalmente pelo movimento científico, político e sanitário que designamos no plural nesta dissertação: *movimentos de humanização do parto*. Estes movimentos propõem, em resumo, a redução de intervenções obstétricas, a valorização de elementos subjetivos da parturiente, sua autonomia e direitos de escolha informada e autorizam a maior participação de outros agentes no cenário do nascimento além de médicos, como enfermeiras obstétricas - como parte integrante e em algumas vezes bastante para a atenção ao parto normal-, doulas e acompanhantes de livre escolha da mulher. Estas propostas, terminam por desestabilizar hierarquias estruturadas em torno da categoria médica nas salas de parto, e o incômodo produzido por elas é o principal núcleo de sentido analisado neste tópico: como a medicina lida com intervenções externas sobre seu espaço de trabalho, que é também seu espaço de poder, as salas de parto?

No âmbito da assistência obstétrica, a categoria médica acumula uma série de conquistas ao longo dos dois últimos séculos de medicalização do parto, de maneira expressiva no Brasil. Além do estabelecimento da medicina como profissão, esta categoria possui um caráter central entre os atores biomédicos envolvidos na assistência ao parto, sendo considerada em muitos níveis como imprescindível para o nascimento. O próprio local de parto foi transferido do domicílio para o hospital, lugar que concentra todo aparato técnico-científico da biomedicina, onde a categoria médica detém historicamente o monopólio de uso desse aparato. Contudo, o crescimento dos

movimentos de humanização do parto desde o final do século XX desestabiliza, utilizando capital científico e político, o capital social, o prestígio, acumulado em torno das instituições e da profissão médica nesse campo.

Tem se tornado visível a força com que a estrutura obstétrica e seus agentes tentam resistir às reformas propostas pelos movimentos de humanização e manter o que a categoria designa como *autonomia técnica ou profissional*²⁰ sobre as decisões terapêuticas que recaem sobre os corpos que parem, usando não apenas seu poder normatizado dentro das salas de parto, como também estruturas técnico-políticas como os conselhos médicos. Vejamos o trecho do Parecer CFM nº32/2018 abaixo:

Os movimentos sociais e feministas, apoiados em publicação da OMS de 1996, e em outras surgidas após este período, organizaram protocolos de atenção ao parto voltados para a chamada “atenção humanizada ao parto”, com foco principal na assistência provida pela enfermeira obstétrica e a doula. As evidências científicas encontradas **passaram** a ser chamadas de “**boas práticas**”, o que, por si só, **discrimina** as práticas que não estejam de acordo com estas. É importante salientar que o Ministério da Saúde vem dando **total** apoio a estes movimentos, em especial nas últimas duas décadas, e **estabelecendo** políticas públicas sem ouvir as entidades médicas, que foram **completamente afastadas** deste cenário. PARECER CFM nº 32/2018 <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32> (grifos acrescentados)

Existe uma disputa entre o novo modelo obstétrico que vem sendo proposto, autorizado por evidências científicas, e um clássico, consagrado, autorizado tacitamente por anos de prática, mas cuja importância é arguida também a partir de valores de cientificidade. O Parecer CFM 32/2018 tem como tema o termo “violência obstétrica”, e demonstra a inquietação da categoria em relação às acusações de violação nos partos, inclusive negando o potencial danoso de alguns procedimentos obstétricos, que foram tratados no parecer como procedimentos padrão, consagrados, próprios da prática obstétrica.

A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando

²⁰ O Código de Ética Médica traz no capítulo I, o princípio fundamental VII - “O médico exercerá sua profissão com **autonomia**, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente” (grifo acrescentado) (CFM, 2019, p. 15).

conhecimentos científicos **consagrados**, reduzindo a segurança e a eficiência de uma **boa prática** assistencial e ética.

[...]

Procedimentos como clister, tricotomia, ocitocina, amniotomia, restrição no leito durante o período de dilatação, episiotomia e mesmo a cesariana têm sido considerados “violentos” e em desacordo com evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

3—Através de portarias, programas oficiais e mudanças frequentes na legislação do SUS, instalou-se uma série de regras e protocolos, em que a figura do médico, em especial os obstetras, tem sua participação diminuída e questionada, inclusive **desautorizando** o uso de condutas **consagradas** e **cientificamente comprovadas**.

PARECER CFM nº 32/2018

O incômodo demonstrado na escrita do parecer é notório em relação às mudanças propostas na assistência, são evocados argumentos sobre a segurança e eficiência do parto, ao passo que o status de poder e consagração da obstetrícia é reclamado para não abrir mão total agência do obstetra sobre o corpo e parturição. Evidencia-se o desejo pela manutenção do amplo domínio sobre o evento, pelo lugar simbólico de produção das vidas que nascem graças aos obstetras e apesar das mães e seus corpos defeituosos, carentes de intervenção. Como aceitar as evidências de que esses corpos têm a capacidade de fazer nascer e perder o protagonismo sobre esse evento? Os relatos de violência obstétrica falam também de uma dificuldade dos profissionais em acatarem escolhas autônomas durante a assistência.

Existe o incômodo manifestado no Parecer 32/2018 CFM em relação ao modo que a presença médica na sala de parto tem sido “diminuída ou questionada” pelos programas de saúde pública. A dificuldade de construção de uma relação fluida e horizontal na assistência multiprofissional, bastante relatada pela literatura, é notória, mas reposicionada nas normativas como advinda do desconforto de médicos que enxergam nesse tipo de assistência o aviltamento da profissão, visto que o parto deveria ser competência médica.

A dificuldade da categoria em dividir espaço com a enfermagem é demonstrada em outros momentos. Por exemplo, a exposição de motivos de outra normativa, a Resolução CREMERJ nº 293/2019, extrapola as questões centrais da resolução (plano de parto) e faz um apanhado do cenário obstétrico brasileiro, incluindo como problema que vitimiza médicos na atuação, o fato de termos "maternidades públicas tomadas por **não-médicos**" para, segundo o conselho, "baratear a assistência em demérito da qualidade", o que por fim

vem ocasionando o "abandono da obstetrícia por médicos competentes que não aceitam se submeter a isso" além do aumento das mortalidade materna e infantil nos últimos anos. Conforme é colocado pelo CREMERJ, a medicina seria a mais qualificada para lidar com pacientes em "permanente risco de morte", não vislumbrando outra justificativa para a presença de "não-médicos" na assistência ao parto que não o barateamento dos custos.

O discurso acima desqualifica a política pública, a enfermagem obstétrica e quaisquer outros profissionais de saúde "não-médicos" envolvidos no nascimento, além de proporcionar um apagamento do importante papel da enfermagem obstétrica na melhoria da assistência obstétrica. Chega-se ao ponto de inferir que a mortalidade materna e infantil seria agravada pela atuação dessas profissionais na assistência multiprofissional, o que vai de encontro com estudos e políticas públicas recomendadas pela OMS. Destaque-se que o estado do Rio de Janeiro, assim como o conjunto da região Sudeste, tem uma boa implementação da estratégia Rede Cegonha, que tem como um dos princípios a assistência multiprofissional, com a maior autonomia da enfermagem obstétrica na assistência a partos normais de risco habitual, sendo possivelmente razão das alegações da resolução CREMERJ.

Em várias normativas, o principal argumento usado pelos conselhos para contrapor as alegações de violência obstétrica são os riscos envolvidos no nascimento para parturientes e bebês, os quais justificariam a autoridade ou liberdade profissional médica para interferir nesse evento. Na Resolução CREMERJ 293/2019, ao mesmo tempo em que os riscos da cesariana e da manobra de Kristeller são relativizados ou mesmo negados, em todo o restante da exposição de motivos o uso da retórica do risco para defesa da liberdade de atuação profissional é uma constante - o risco, especialmente o de morte, apoia boa parte da argumentação desta sessão, com uso de termos como: "morte" (5 vezes) + "morrer" (1 vez), "risco" (7 vezes), "grave", "perigosa".

O delineamento da autonomia de gestantes merece análise mais detalhada, e será tema de um único tópico a seguir. Importa dizer que essa autonomia é muitas vezes questionada, mesmo quando amparada por leis e normas, como nas duas consultas abaixo, em que o CRM/PR e o CREMEC foram questionados, respectivamente, sobre o poder decisório do obstetra

barrar certa assistência pediátrica e o poder decisório dos médicos sobre a presença de acompanhantes na sala de cirurgia:

Venho por meio desta, consultar o parecer do CRM quanto **ao direito do obstetra em escolher o pediatra que fará a Assistência do Recém-nascido** em sala de parto, mesmo que contrapondo a escolha da paciente (gestante) ou a uma escala de neonatologistas de plantão do serviço. Questiono ainda, a situação em que tal imposição do obstetra ocorra mesmo quando este não realizou o pré-natal da paciente. PARECER CRM/PR 1519/2003
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2003/1519>

Dirijo-me a V.Sa no sentido de solicitar um Parecer Oficial deste Conselho sobre a permissão ou não de acompanhantes em sala de cirurgia quando da realização de cesariana. Tenho sofrido, como Diretor Técnico do Hospital Antônio Prudente e também como anestesista atuante, pressões intensas de acompanhante que por vezes recorrem até mesmo à ANS e ao Ministério Público para entrarem em sala de cirurgia, alegando amparo na Lei 11.108. Finalmente, somos obrigados a aceitar pessoas estranhas ao serviço no centro cirúrgico? **Perdemos a autoridade sobre o nosso local de trabalho? Quem manda na sala de cirurgia? A ANS, o Ministério Público, os acompanhantes de pacientes, ou ainda somos nós?** PARECER CREMEC N.º 22/2012 (grifos acrescidos)

As normativas acima demonstram não só hierarquia entre parturientes e o médico consulente, como também possivelmente hierarquias entre as especialidades médicas na sala de parto, quando se ventila a possibilidade do obstetra decidir quem pode prestará a assistência pediátrica. Existe uma dificuldade no tocante a compreensão sobre a hierarquia das normas por alguns profissionais, que frequentemente questionam normas e leis instituídas, como no caso do direito a acompanhante tratado acima. Nos dois casos, a pretensão dos consulentes não recebeu aval dos conselhos, o que demonstra que as noções de hierarquia e autoridade aqui demonstradas não são uníssonas para a categoria, porém a mera existência de tais perguntas é passível de análise e demonstram a quantidade de poder que a categoria toma para si na sala de parto.

Ainda, existem situações em que os conselhos ratificam práticas de seus inscritos consideradas pela literatura abraçada pelos movimentos de parto como desatualizadas ou comumente mal utilizadas. O trecho abaixo foi retirado do Parecer CRM-TO 3/2014, aprovado em sessão plenária, na qual a conselheira parecerista redige em terceira pessoa o questionamento do médico consulente. Nota-se no texto, que é rotina para o profissional prescrever

enema, tricotomia, indução de parto e litotomia, apesar da edição de uma nova resolução do seu serviço que desrecomenda tais práticas de rotina. A parecerista não considera a política de humanização do Ministério da Saúde, em vez disso apenas ratifica o relato e justificativas que foram levadas ao CRM-TO pelo profissional, aprovando integralmente sua conduta.

[...] Entendo que a resolução [do serviço xxxx] abre espaço para o médico agir livremente dentro das suas já elaboradas condutas e de acordo com o caso em questão. **O médico que desejar continuar como rotina, prescrevendo enema, poderá fazê-lo e usando a relação médico-paciente, esclarecer a sua paciente sobre essa necessidade**, assim, ao ser perguntada pela enfermagem sobre a aceitação do procedimento, a mesma já terá decidido com o seu médico se vai ou não se submeter ao enema. Entendo que a prescrição médica, por ser para cada paciente, individual, poderá ser feita de comum acordo com a paciente, assim como o local de realização do parto, reforçando a humanização do parto, tão propagada nos dias atuais. PARECER CRM-TO nº3/2014 (Aprovado em Sessão Plenária de 29/08/2014) <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/TO/2014/3>

As últimas consultas evidenciam uma importante função das normativas dos conselhos médicos, que é assegurar os profissionais em relação a condutas das quais existe dúvida sobre a adequação legal e ética. Os profissionais consultam os seus conselhos em busca não apenas de esclarecimento de questões limítrofes, mas também procuram respaldo para suas condutas quando em desalinho com normas ou leis. Os conselhos são portanto uma importante fonte de segurança jurídica, ao menos ao nível ético-administrativo, que através de suas normativas indica sua disposição política em defender um ponto de vista divergente, bem como limita e prediz as consequências dos atos de seus inscritos perante o seu poder disciplinar.

Outra função das normativas pode ser a orientação de instituições públicas que buscam pareceres técnicos para apreciação de políticas públicas ou projetos de lei, como no parecer abaixo, em que o CRM/MS foi consultado sobre o Projeto de Lei 8.605/17 com a seguinte ementa: "Dispõe sobre medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Município de Campo Grande, MS, e dá outras providências". O principal argumento contrário a lei é o respeito à autonomia médica durante o parto:

Desta forma, consideramos que o referido Projeto de Lei não deve, da forma como está, receber a aprovação deste Conselho haja vista que nos itens comentados ferem frontalmente a **autonomia médica**, e que se o médico abdica desta autonomia pode aumentar muitos insucessos e permitiria que outras pessoas decidam sobre matéria médica. PARECER CRM/MS nº 13/2018 (grifos acrescidos)
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2018/13>

Vejamos outro parecer, dentro da temática da autonomia profissional, e o embate entre esta e a proposta de redução de procedimentos no modelo obstétrico de assistência. O trecho abaixo é apenas o último quesito, que resume boa parte dos 9, apresentados pelo consulente ao CFM no Parecer nº37/2016:

9- [...] Até que ponto a administração médica dos hospitais pode ou deve interferir na **autonomia** dos especialistas em obstetrícia cadastrados no seu corpo clínico no que se refere à indicação de **indução do trabalho de parto, de condução do trabalho de parto, de optarem por partos vaginais ou cesáreas, de realizarem ou não episiotomias, de conduzirem trabalho de parto com várias cesáreas anteriores, de assistirem partos vaginais em apresentações pélvicas?** PARECER CFM nº 37/2016 (grifos acrescidos)

. O profissional acima perguntou ao CFM exaustiva e detalhadamente sobre a possibilidade da administração de um hospital interferir em decisões que na sua visão caberiam estritamente à relação médico-parturiente. Percebe-se pelo tom das 9 perguntas a dificuldade do autor da consulta em submeter-se a protocolos institucionais - muitas vezes instituídos em alinhamento a diretrizes nacionais e internacionais na tentativa de melhorar indicadores de saúde materno-infantis. No parecer, resposta pelo CFM foi em alguns momentos alinhada com a proposta dos movimentos de humanização, houve uma defesa do benefício da uniformização de protocolos sobre indução com ocitocina, bem como explicação da falta de comprovação científica da episiotomia. Mas apesar das respostas trazerem uma discussão relevante sobre procedimentos cuja aplicação vem sendo afastada dos protocolos e diretrizes assistenciais, ao final, a conclusão do CFM foi sucinta, usando o Código de Ética Médica, inciso XVI, no sentido de que os médicos teriam liberdade para decidir:

“Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para

o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente”.

Da análise das normativas, parece ser comum a dificuldade da gestão de maternidades no sentido de uniformizar condutas, incorporar na assistência prestada recomendações e diretrizes nacionais e internacionais que direcionam para uma boa prática obstétrica. Entre as justificativas dos conselhos médicos para a manutenção de procedimentos que vêm sendo rejeitados pelas diretrizes terapêuticas ao redor do mundo, está a aprovação de sua indicação dentro da relação médico-paciente, este lugar privado no qual, na visão de alguns conselhos, não caberia interferência estatal ou institucional.

Um exemplo do que vem sendo discutido neste tópico, é a forma que os conselhos lidam com o procedimento episiotomia, cuja indicação vem sendo mitigada nas diretrizes terapêuticas e bastante questionadas pelos movimentos de humanização no Brasil. O parecer abaixo é de 2014, e apresenta um apanhado sobre o procedimento bastante alinhado com o que vem sendo discutido nas novas propostas assistenciais:

Os supostos benefícios da realização da episiotomia em relação à proteção fetal, prevenção das lesões perineais e mesmo a preservação da função sexual não encontrou sustentação em ensaios clínicos de diversos países e revisões sistemáticas sobre a matéria.

Uma recente diretriz do American College of Obstetricians and Gynecologists estabelece que os melhores dados disponíveis não apóiam o uso rotineiro da episiotomia, porém destaca sua utilidade nos partos laboriosos e naqueles onde exista grande chance de lesão perineal grave.

A realização da episiotomia com indicação precisa constitui prática obstétrica reconhecida.

As Associações Médicas da especialidade não recomendam a episiotomia rotineira e ressaltam a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deverá ser realizada com o consentimento, após informação da parturiente. A recomendação expressa da necessidade do consentimento está presente no Código de Ética Médica

CONSULTA nº 94.869/2014 Link:
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/94869>

Na década de 90, peritos em obstetrícia da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicaram o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal” com base em vários estudos, que apontam as melhores evidências científicas[...]. Essa publicação, afirma ainda que não existem evidências confiáveis que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano. [...] A justificativa

habitual para o uso da episiotomia inclui a prevenção do trauma perineal severo, de danos do assoalho pélvico, de prolapso e de incontinência urinária. No entanto, apesar do uso largamente difundido, não há evidências científicas que suportam esses benefícios.

PARECER CFM nº 37/2016
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/37>

Acima se vê que os conselhos puderam absorver recomendações da OMS sobre o tema, porém em outros momentos o discurso dos conselhos trabalha a episiotomia como se esta fosse procedimento urgente e importante. Abaixo, os pareceres defendem a utilização da episiotomia e questionam as alegações dos movimentos de humanização sobre a carga de violência e abuso que pode residir em tal prática:

“XIII -proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível,” [trecho de projeto de lei contra violência obstétrica apreciado pelo parecerista]

A episiotomia nem sempre é previsível. É uma situação emergencial a ser decidido pelo médico naquele momento. **Quando decidido no meio do trabalho de parto não há tempo para explicações ou para ser pedido permissão. A não realização pode, e frequentemente traz prejuízos para o feto e posteriormente para o infante e o adulto.** Parecer CRM/MS Nº 13/2018

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2018/13>
 (colchete explicativo e grifos acrescidos)

Procedimentos como clister, tricotomia, ocitocina, amniotomia, restrição no leito durante o período de dilatação, episiotomia e mesmo a cesariana têm sido considerados “violentos” e em desacordo com evidências científicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). CFM 32/2018

Procedimentos **salvadores** são restritos ou proscritos sem quaisquer evidências para tal. Como alguns dos exemplos temos: a episiotomia; a manobra de Kristeller, a cesariana; a analgesia de parto; o uso de ocitocina; posições de assistência ao parto, dentre muitos outros. RESOLUÇÃO CREMERJ Nº 293/2019. (grifo acrescido)

Os conselhos têm dificuldade de encarar suas próprias limitações no processo de mudança do modelo obstétrico, isso também se revela na análise de como médicos se relacionam com a assistência multiprofissional. Vejamos outro exemplo, na consulta abaixo, que gerou o Parecer Cremesc nº 2486/2016, em que um médico faz três questionamentos ao seu conselhos, dois deles sobre a atuação de doulas e enfermeiras obstétricas:

1. Existem algumas enfermeiras obstetrix, que quando estão no plantão se trancam nos boxes com a paciente e familiar, não deixando o obstetra examinar ou orientar qualquer conduta em

relação ao trabalho de parto ou parto. Somente nos chamam quando houver um sofrimento fetal ou quando houve grande laceração perineal.

2. Doulas - existe uma lei estadual, que diz que as mesmas não podem interferir na conduta médica. Não é isto que estamos observando no comportamento de algumas que frequentam esta maternidade, com convivência de algumas obstetrias.

CONSULTA CRM-SC Nº 2486/2016

A consulta demonstra a dimensão dos conflitos gerados a partir da resistência à adoção de uma assistência multiprofissional, não só a dificuldade em trabalhar com profissionais não-médicos, como também a incompreensão da proposta de uso apropriado de tecnologia no parto, por exemplo, a presença médica apenas quando necessário.

Mas a questão parece incomodar ainda mais, quando além das normas institucionais ou ministeriais, são as próprias mulheres que se utilizam de estratégias para adequação da assistência às suas expectativas de atendimento, como por exemplo com a utilização dos documentos designados Planos de Parto. A seguir, o consulente questiona sobre os planos de parto ao CFM-SC:

3 Plano de parto - alguns pacientes trazem plano de parto, reconhecido em cartório - plano este que proíbe, indução de parto, episiotomia, fórceps, analgesia, amniotomia, vil.K, laqueadura do cordão deve ser feito pelo marido, etc. Solicita deste conselho orientação, pois após 30 anos de formado, não sabe como se comportar em tais situações sentido-se perdido, até para orientar seus residentes e alunos.

CONSULTA CRM-SC Nº 2486/2016

O Plano de Parto, que é um documento construído pessoa gestante durante o pré-natal e apresentado à equipe assistencial ao final da gestação, ou quando da internação para o parto (em caso de assistência com plantão), no qual se dispõe sobre decisões que envolvem a assistência ao parto e nascimento, considerando que eventual processo de escolha informada poderá vir a ser prejudicado pela situação fisiológica e emocional do trabalho de parto ou ainda por intercorrências maternas.

O uso do plano de parto é bastante difundido nos meios da humanização do parto, inclusive entre grupos jurídicos que advogam contra violência obstétrica, nos quais o status jurídico desse documento é associado às Diretivas Antecipadas de Vontade, cujo reconhecimento jurídico em situações de terminalidade da vida é bem estabelecido, vide Resolução CFM nº

1995/2012²¹. Também o American College of Obstetricians and Gynecologists emitiu em 2021 publicação sobre autonomia de parturientes, com menção a documentos como Plano de Parto como estratégia para respeito a autonomia no parto:

For patients who have either temporarily or permanently lost the capacity to make an informed decision, respect for autonomy is best demonstrated by adhering to advance directives, when available. Advance directives are valid regardless of pregnancy status and throughout labor and delivery. State laws that suggest otherwise are problematic because they conflict with obstetrician–gynecologists' ethical obligation to respect patient autonomy. (ACOG, 2021, p. e35, e36)

Um exemplo de como a autonomia médica vem sendo levantada em contraposição à autonomia de gestantes é a publicação de normas como a Resolução CRM-SC nº 193 de 2019, que em seu artigo 1º “veda a adesão ou subscrição de médicos a documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.”. Já em seu primeiro artigo, o Plano de Parto é esvaziado do sentido que tem para os movimentos de humanização do parto, sendo reduzido simplesmente a algo que impede a atuação de médicos, limitando a autonomia médica na assistência ao parto e ao recém-nascido.

A partir da leitura dos "considerandos" da Resolução CRM-SC nº 193 de 2019 se observa, primeiramente, que o direito dos pacientes à tomada de decisões de acordo com a consciência é contraposto ao dever do profissional médico de indicar procedimentos adequados, observando "práticas cientificamente reconhecidas", a "legislação vigente" e sua autonomia profissional, como se houvesse um conflito entre o direito de escolha informada e a autonomia profissional. Nos "considerandos" são trazidas ainda disposições éticas do CEM que enfatizam a autonomia e liberdade profissional da categoria em realizar ou recusar a prática de "atos médicos" no processo assistencial, através de vocábulos que imprimem o sentido de direitos e obrigações, de caminhos dos quais é imperativo não se desviar: "deverá", "ditames de sua consciência", "o médico pode", "é vedado ao médico".

Outra normativa semelhante é a Resolução CREMERJ Nº 293 de 2019, que também proíbe a assinatura dos planos de parto. O art 2º esclarece que

²¹ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

não estão incluídas na proibição outras "medidas **sugeridas** pela paciente" que não se relacionem com o "ato médico" e fornece dois exemplos: disposições sobre a ambiência da maternidade e "autorização para participação como **espectador** do parto" (CREMERJ, 2019), exemplos que são pouco elucidativos do que para o conselho poderia ser abordado por gestantes no Plano de Parto. Destaca-se que na redação acima as disposições da pessoa gestante são referidas pelo conselho como sugestões, denotando que a coordenação desse evento é de competência do médico, sendo reduzido o espaço de gerência da mulher sobre ele.

O **espectador** a que se refere o artigo 2º é possivelmente o/a acompanhante de livre escolha previsto na Lei 11.108/2005, sendo bastante peculiar o vocábulo escolhido, espectador, que abertamente localiza o/a acompanhante em lugar de não interferência/passividade no cenário do nascimento. Essa linguagem evoca de maneira oposta a importância que é dada à figura dos acompanhantes nas políticas públicas e recomendações internacionais, sendo sua presença um direito historicamente reivindicado pelos benefícios que é capaz de proporcionar, como a melhoria do atendimento obstétrico prestado pelos serviços de saúde, além de mais conforto para parturiente.

Para reduzir a perda de autonomia profissional em curso imposta pelas gestantes e suas escolhas de parto, os conselhos eles próprios retiram a autonomia da categoria ao editarem resoluções proibitivas impedindo médicos de que, ainda que queiram, assinem planos de parto ou acompanhem partos domiciliares. Ambas as resoluções CREMERJ 293/2019 e CREMESC 193/2019 foram questionadas judicialmente pela sociedade civil e representações como o Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União até última notícia encontram-se anuladas²² por ferirem a autonomia de médicos e gestantes.

A medicina parece ter dificuldade de aceitar a autonomia como um critério válido para repensar sua prática, pois seu cabedal ontológico e epistêmico se direciona principalmente à manutenção da vida. O debate em

²² <http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/sentenca-plano-de-parto.pdf>
<https://costamonteiroadvocacia.com/2021/12/21/justica-atende-mpf-e-anula-resolucao-que-proibe-medico-em-parto-domiciliar/>

termos científico-biomédicos em torno do parto se dá entre a defesa de uma ciência consagrada, de um modelo hegemônico que se performa há anos com poucas alterações, e uma nova ciência obstétrica, que basicamente recomenda a economia do uso da tecnologia, o uso inteligente das intervenções, trazendo como pano de fundo outros elementos subjetivos que ganham pertinência para o desenrolar da dinâmica da parturição. O que se disputa a partir daí é também o que é válido dentro deste saber, quais correntes são detentoras de uma ciência melhor, ou o que é uma ciência melhor. O que é científico e o que está enviesado por preconceitos estruturais ou ideologias políticas? Em que medida esses vieses não fazem parte do fazer científico, digo, o que cabe dentro da ciência ou o que se esconde dentro dela?

5.2 Afinal, a quem pertence a autonomia das parturientes?

Logo que o mundo foi criado, todos os orixás vieram para a Terra e começaram a tomar decisões e dividir encargos entre eles, em conciliábulos nos quais somente os homens podiam participar. Oxum não se conformava com essa situação. Ressentida pela exclusão, ela vingou-se dos orixás masculinos. Condenou todas as mulheres à esterilidade, de sorte que qualquer iniciativa masculina no sentido da fertilidade era fadada ao fracasso. Por isso, os homens foram consultar Olodumare. Estavam muito alarmados e não sabiam o que fazer sem filhos para criar nem herdeiros para quem deixar suas posses, sem novos braços para criar novas riquezas e fazer as guerras e sem descendentes para não deixar morrer suas memórias. Olodumare soube, então, que Oxum fora excluída das reuniões. Ele aconselhou os orixás a convidá-la, e às outras mulheres, pois sem Oxum e seu poder sobre a fecundidade nada poderia ir adiante. Os orixás seguiram os sábios conselhos de Olodumare e assim suas iniciativas voltaram a ter sucesso. As mulheres tornaram a gerar filhos e a vida na Terra prosperou.

*Reginaldo Prandi - Mitologia dos Orixás - 2001
(PRANDI, 2001, p. 345).*

Este tópico focaliza o eixo temático sobre o discurso dos conselhos médicos sobre autonomia das mulheres e pessoas gestantes no parto,

especialmente considerando a expectativa biopolítica e social que recai sobre estes corpos como meios de gerar vida, ou como tenho dito, fazer nascer. Especialmente diante do aumento das pressões político-religiosas conservadoras sobre o corpo feminino, não só no Brasil, mas em outros países, não está claro para muitos profissionais de saúde de quem é a autonomia a ser levada em conta quando da avaliação da escolha informada durante o pré-natal e assistência ao parto, visto que a gestante carrega em si uma vida. Isso levanta muitas indagações dos profissionais de saúde se a mulher poderia tomar plenamente decisões sobre seu corpo neste estado, o que gera debates sobre a decisão sobre a via de parto, a cesariana e o parto hospitalar, por exemplo.

RECOMENDAÇÃO CFM N. 1/2012

EMENTA: Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura. a proteção ao nascituro em contraposição ao exercício da autonomia feminina

“CONSIDERANDO que a legitimidade da autonomia materna não pode desconsiderar a viabilidade e a vitalidade do seu filho (feto ou recém-nascido), bem como sua própria integridade física e psíquica;”

A autonomia é um princípio jurídico e bioético pautado no reconhecimento de que as pessoas podem determinar seu próprio destino, tendo o direito de agir livremente segundo sua consciência e valores (WANSSA, 2011, p. 106). No campo da saúde, esse princípio se traduz na transformação da relação entre paciente e profissional de um modelo paternalista, para um modelo em que pessoas civilmente capazes, ainda que não-médicas, são consideradas aptas a decidir sobre a participação em estudos ou sobre suas escolhas terapêuticas, prescindindo para tanto da oferta adequada de informações, dentro de processos abordados na literatura médica e jurídica como decisão compartilhada, escolha informada, entre outros (WANSSA, 2011; PORTO, 2014, p. 216).

Ainda que com dificuldades, considerações bioéticas atuais sobre autonomia em cuidados de saúde na América Lática buscam ressaltar a influência que assimetrias de poder social entre pacientes e profissionais de saúde, bem como no acesso a serviços adequados, podem ter no exercício desse direito, a partir de uma perspectiva coletiva que considera valores como vulnerabilidade e proteção, no intuito de atingir direitos humanos de dignidade

humana, equidade e justiça (PORTO, 2014). Dessa forma, nem sempre as melhores escolhas serão aquelas que seguem a lógica biomédica ou os valores dos profissionais responsáveis pela condução terapêutica, mas sim aquelas que melhor atendem às necessidades dos pacientes. (DANTAS, 2019, p.588)

No entanto, quando a autonomia é de pessoas gestantes, o debate em torno do seu delineamento pode ser bastante polêmico. Mesmo dentro das alas científicas dos movimentos de humanização, o conceito de autonomia, bem como elementos que compõem a subjetividade da detentora desta autonomia, frequentemente aparecem como secundários no debate, que se concentra na eleição das melhores evidências científicas, ou seja, em quais práticas têm a capacidade de se reverter em melhores resultados²³. A partir do momento que os estudos apontam para a ausência de benefício em termos de morbimortalidade materna e neonatal das ações obstétricas, o bem-estar materno e os direitos femininos têm mais oportunidade de emergir no debate científico.

Ocorre que, no que vem sendo discutido pelos conselhos médicos no Brasil, a autonomia de pessoas gestantes estaria limitada pela presença de vida no útero. Vejamos o Parecer **CRM/PR 2119/2009** a seguir:

Cabe mencionar que aqui temos o binômio mãe-filho que é o objeto da assistência médica. Tal fato de extrema importância não permite que a autonomia completa seja exercida porque um interesse de terceiro incapaz de expressar sua vontade, e portanto de exercer sua autonomia, se faz presente.

O parecer em tela foi fruto de um questionamento, se seria ética a denúncia de gestantes que se “recusavam” a realizar acompanhamento pré-natal, e a resposta orientava a denúncia a órgãos competentes, porém dando preferência a que o processo de convencimento acontecesse por meio do diálogo entre usuária e profissionais da atenção básica. O trecho acima coloca

²³ Digo assim que, apesar de uma maior valorização dos direitos humanos, a biopolítica do fazer viver em poucos momentos irá se descolar dos discursos de transformação do modelo obstétrico, talvez por ser simplesmente fundante do modelo de saúde pública e estar arraigado ao modo de vida das pessoas nos grandes centros urbanos, onde são formuladas estas manifestações. Em alinhamento com o nosso entendimento de ciência, não se pode afastar a noção de que as perguntas de pesquisa que baseiam essa nova ciência obstétrica tenham sido fruto também da inquietação sobre, nas palavras de Simone Diniz (2005, p. 629), *a pobreza de relações humanas* produzida pelo modelo obstétrico hegemônico.

já em 2009 qual tipo de posicionamento a categoria médica pode aderir em situações em que a autonomia da gestante possa prejudicar a saúde do feto.

Um exemplo mais recente é o Parecer CFM N° 32/2018, do qual se depreende que existiriam ocasiões, como o parto normal e o parto domiciliar, em que a autonomia da mulher teria limites.

Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em riscos e o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital. (PARECER CFM nº 32/2018)

Porém, a noção acima, de que a autonomia da gestante não seria completa, não se reflete na literatura médica e nos consensos éticos obstétricos ao redor do mundo, tão pouco se alinha aos direitos humanos e fundamentais de mulheres e meninas. Vejamos o entendimento do ACOG em 2021 sobre a autonomia de gestantes em casos de risco à vida do nascituro:

An adult patient with decision-making capacity has the right to refuse treatment, including during pregnancy, labor, and delivery and when treatment is necessary for the patient's health or survival, that of the patient's fetus, or both (4). If there is doubt about a patient's decision-making capacity, consultation with ethics, legal, and psychiatric experts is recommended. Such efforts should always be made in the interest of respecting patient autonomy and never with the goal of coercing a patient to accept medically recommended treatment that the patient has declined (4).

Porém é comum que médicos saiam da faculdade com um entendimento diferente do descrito acima, devido a ideia ainda pouco discutida em sua formação de que a prática médica se dá quase que invariavelmente pela manutenção da vida.

No exercício da medicina, desde os seus primórdios, fomos habituados a crer que nosso atendimento é sempre em benefício dos pacientes, e a maioria dos médicos sente-se agredida quando, porventura, narrativas hostis, não necessariamente verdadeiras, são divulgadas de forma desrespeitosa, maculando a essência do nosso ofício.

[...] PARECER CFM nº 32/2018

Existe também pouca informação dos profissionais de saúde sobre autonomia dos pacientes, em especial no que diz respeito ao delineamento da responsabilidade civil a que podem incorrer. A maioria da doutrina jurídica e jurisprudência no tema tende a considerar que os profissionais de saúde, como profissionais autônomos, apenas são responsáveis pelos danos pelos quais tiverem culpa, ao que se chama responsabilidade subjetiva, ou seja, só se

configura nos casos em que o profissional tenha contribuído com o dano por meio de ato ou omissão nas formas de negligência, imprudência e imperícia (STJ, 2021). Dessa forma, seria razoável concluir que nos casos em que tenha cumprido com seu dever de informar de maneira adequada e compreensível a necessidade e as implicações de certo procedimento à gestante, caberia a esta o direito de aceitar ou recusar o procedimento, ainda que isso possa prejudicar a saúde do feto, sem que isso implique em efetiva responsabilização do profissional de saúde. Contudo, essa não parece ser a compreensão que a classe médica tem de sua responsabilidade no parto, mesmo porque é alegado pela categoria um expressivo número de ações judiciais enfrentadas pela especialidade obstétrica. No Parecer CRM/PR nº: 1.585/2004 a seguir, o conselheiro-parecerista inclusive imputa o aumento de cesarianas a este fato:

A “**cesárea à pedido**”, motivada pela pressão do paciente e de seus familiares, acrescido da “**banalização das queixas contra profissionais e da judicialização do exercício profissional**”, tem aumentado de forma significativa os índices deste ato. É mister que se esclareça que este fenômeno é pertinente em todo o mundo. (grifos originais)

A gestação não retira a plena capacidade jurídica da grávida sob os atos de sua vida civil, e durante o trabalho de parto, ainda que algumas situações possam lhe retirar a capacidade plena, por impossibilidade de manifestação de sua vontade, a parturiente nunca se torna absolutamente incapaz. As causas de incapacidade absoluta são bem descritas pelo ordenamento jurídico e não podem ser alargadas sob pena de violação do princípio da dignidade humana: “Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos”. Este artigo inclusive passou por alteração legislativa para restringir todas as demais causas de incapacidade absoluta, que foram consideradas capacitistas e desalinhadas com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada no ordenamento jurídico brasileiro através da Lei 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência, no debate político que ensejou a sua reformulação (FERREIRA, 2021).

A incapacidade relativa de que trata o art. 4º, III, do código civil -III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade -

poderia ser suprida²⁴ pela assistência da pessoa que a gestante tenha designado para lhe acompanhar durante o parto ou por instrumentos como o plano de parto, e estes deveriam ser suficientes para embasar juridicamente os profissionais envolvidos contra ameaças de responsabilização, assim como acontece com as diretivas antecipadas de vontade mais comum nos cuidados paliativos.

Não há, portanto, questões "quantitativas" quanto ao respeito, não se pode respeitar um pouco mais este e um pouco menos àquele. Há apenas uma norma, o sujeito deve ser respeitado como pessoa humana e, por decorrência, em suas decisões. Salvo nos casos de prisioneiros (e mesmo aqui há certo espaço de manobra), sempre que houver capacidade de decisão, ainda que pequena, esta deve ser privilegiada, pois o respeito tem relação com a pessoa humana na sua totalidade, sua razão e emoções, mesmo que seu estatuto jurídico aponte em outra direção. [...] A categoria denominada como "vulnerável" nada mais é que uma outra maneira de se olhar o sujeito; pessoas sem as características acima apontadas para serem consideradas de autonomia reduzida estão sujeitas a um conjunto de fatores, condições sociais, culturais, educacionais, econômicas e, em certos casos, de saúde que as colocam à margem dos processos produtivos da sociedade onde vivem. [...] É preciso um esforço por parte do pesquisador para reconhecê-los autônomos, embora pertencentes a esta categoria perversa de vulnerabilidade, não descartá-los como de pouca valia e encontrar modos de estabelecer uma ponte entre este(s) sujeito(s) e o pesquisador, de modo a decifrar sua vontade. (GUIMARÃES, SPINK, e ANTUNES, 2009, p.01)

A doutrina jurídica majoritária interpreta que no ordenamento jurídico brasileiro o nascituro tem uma expectativa de direitos, mesmo porque, durante a assembleia constituinte que culminou na Constituição de 1988, o termo "desde a concepção" no artigo de proteção à vida foi intencionalmente rejeitado, fruto de intensos debates e pressão dos movimentos de mulheres (PITANGUY, 2019). A partir do entendimento natalista do direito à vida adotado pela Constituição, não caberia a expectativa de direito do nascituro suplantando a autonomia da pessoa gestante, que goza de plena capacidade civil - ou que no caso de não conseguir se comunicar, pode ter sua vontade expressa por diretiva antecipada ou por assistência legal da pessoa que elegeu como acompanhante. A questão certamente se mistura com a expectativa que recai

²⁴ CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal (Art.34 do CEM); CONSIDERANDO que é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte (Art. 22 do CEM);

socialmente sobre as mulheres a respeito da maternidade, do lugar de vulnerabilidade que a gestação pode colocar as pessoas e ao recrudescimento do debate nacional de gênero sobre questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, como o aborto.

A OMS, como uma organização que faz parte das Nações Unidas, consegue trazer em suas publicações sobre o parto uma visão não apenas biomédica, como também congrega em suas diretrizes terapêuticas um acúmulo internacional em termos de direitos humanos das mulheres, a exemplo dos direitos sexuais e reprodutivos debatidos nos últimos anos do século XX. No campo obstétrico, assimetrias de gênero obstaculizam o exercício do direito à autonomia (ALBUQUERQUE et al, 2021, p.197), ainda mais considerando que o modelo obstétrico hegemônico no Brasil é altamente medicalizado (LEAL, 2012; PORTO, 2015). Muito se questiona na literatura, se as escolhas das mulheres sobre via de parto, cesariana, local de nascimento, entre outras são baseadas nas necessidades próprias delas ou influenciadas pelas opiniões ou limitações da assistência (YUILL, 2020)

Apesar de ser possível constatar que as bioéticas brasileiras e latino-americanas estão buscando construir os marcos para uma reflexão ética em saúde na dimensão coletiva, também se observa que ainda não conseguiram de fato transcender a dinâmica dessa “herança” para perceber e refletir sobre a diferença, no que concerne a garantir direitos que fujam à verticalidade inerente ao modelo biomédico (PORTO, 2014, p. 221)

Ultimamente, a sociedade tem vivido um recrudescimento do debate em torno do gênero, que tem ganhado crescente contorno conservador, não sendo diferente o que as normativas dos conselhos médicos analisadas têm apresentado: um acentuamento de disposições que cerceiam a escolha reprodutiva das mulheres.

5.3 Progresso sem volta: ao infinito e além

As mudanças que vêm sendo processadas no cenário obstétrico nos últimos anos têm sido questionadas por uma visão de classe que entre outros pontos resgata ideologias que possibilitaram uma biopolítica de controle sobre os corpos e os nascimentos e que historicamente deram base para que a medicalização do parto avançasse junto aos diferentes níveis de ciência

moderna que se estabeleceram no mundo ocidental e suas colônias entre os séculos XVII e XX, e que resultaram na profunda desvalorização social das mulheres.

Assim como Pierre Bourdieu (1986), Silvia Federici (2004) aponta para aspectos da transição capitalista que na sua visão foram negligenciados pela teoria econômica, denominadamente no processo de acumulação de capitais. Para Bourdieu (1986, p. 242), a teoria econômica define a transmissão de capital apenas em termos mercantis e costuma ignorar outras formas de acumulação que não podem ser facilmente quantificadas. Fazer uma leitura bourdieusiana da teoria de Silvia Federici, significaria traduzir o processo de desvalorização social e política das mulheres e populações colonizadas na transição para o capitalismo como um ganho em termos de capital social e cultural:

A acumulação primitiva não foi, então, simplesmente uma acumulação e uma concentração de trabalhadores exploráveis e capital. Foi também uma acumulação de diferenças e divisões dentro da classe trabalhadora, em que as hierarquias construídas sobre o gênero, assim como sobre a raça e a idade, se tornaram constitutivas da dominação de classe e da formação do proletariado moderno (FEDERICI, 2004, p.119)

Para Bourdieu (1986), capital é trabalho acumulado, seja em forma de matéria, seja em forma incorporada, interiorizada. Como aponta Silvia Federici, para as mulheres foi sobre o corpo que se processou a acumulação capitalista, visto que sua reclusão ao âmbito doméstico, além de constituir por si só um trabalho não remunerado, propiciou tanto a exploração da mão-de-obra quanto a sua reprodução:

[...] na sociedade capitalista, o corpo é para as mulheres o que a fábrica é para os homens trabalhadores assalariados: o principal terreno de sua exploração e resistência, na mesma medida em que o corpo feminino foi apropriado pelo Estado e pelos homens, forçado a funcionar como um meio para a reprodução e a acumulação de trabalho. Neste sentido, é bem merecida a importância que adquiriu o corpo, em todos os seus aspectos — maternidade, parto, sexualidade —, tanto dentro da teoria feminista quanto na história das mulheres (FEDERICI, 2004, p. 34).

No campo da obstetrícia, os movimentos de humanização do parto, ainda que partam inevitavelmente de um sistema medicalizado e se utilizem de argumentações científicas, também sustentam como arcabouço filosófico a

valorização da corporalidade feminina no ato de parir e nutrir, portanto, fazer nascer e sustentar a vida, trazendo um contraponto ao modelo tecnocrático de assistência, cujo surgimento não pode ser indissociado de teorizações modernas que impuseram dicotomias hierarquizadas de desvalor sobre o corpo, natureza e mulher.

A humanização da assistência tem como um dos seus pilares a valorização do protagonismo das pessoas gestantes, a partir da compreensão de que o parto é um evento biopsicossocial e não um evento médico (AMORIM, 2016). Com o cuidado necessário para que essa perspectiva não leve a conclusões essencialistas e culpabilizantes para as mulheres e pessoas gestantes, é necessário explorar as suas potencialidades dentro de uma estratégia sanitária de superação um modelo de assistência viciado e que violenta mulheres e parturientes, para um modelo que lhes possibilite lugares de potência.

O retorno do incentivo ao parto normal se traduz dentro de uma perspectiva ecológica e sustentável como a única via possível para o futuro da atenção obstétrica. O modelo atual está falido. Aqui no Brasil mesmo nos deparamos com o chamado “paradoxo perinatal brasileiro”, ou seja, excesso de intervenções e taxas excessivamente elevadas de cesarianas a par de elevada mortalidade materna e perinatal. (AMORIM, 2012 p.13)

Os movimentos de humanização do parto no Brasil têm impulsionado mudanças na forma de assistir os partos e na reivindicação e estratégias das parturientes pela garantia de seu poder de escolha na assistência. As propostas de reformulação do paradigma intervencionista biomédico na assistência obstétrica tiveram nascimento no seio da OMS ao final do século passado e nos últimos 20 anos tem ganhado cada vez mais espaço na saúde pública brasileira, gerando desconfortos em alas da classe biomédica que acusam²⁵ de ideológicas e politicamente parciais tais proposições de mudança.

É precisamente no espaço-corpo feminino que se processa a tentativa de alguns setores médicos pela manutenção de um modelo tecnocrático, limpo, civilizado, uma visão que é o oposto de essencialista, que negligencia, rejeita e por vezes ridiculariza a agência da corporalidade que frequentemente se apresenta no evento do nascimento. Em dezembro de 2015 um neurologista

²⁵ E preciso uma Cesariana para extirpar o comunismo da Fiocruz
<https://www.gazetadopovo.com.br/rodrigo-constantino/artigos/e-preciso-fazer-uma-cesariana-para-extirpar-o-comunismo-da-fiocruz/>

fez um texto intitulado "Parto Animalizado", em que criticava vários aspectos de um relato feito pela própria mãe em uma rede social que celebrava o nascimento da sua filha em um parto normal cuja assistência ela chamou de humanizada. O autor, Maurício Vilela (2015) entre outras coisas disse:

Para quem estranhou o título, aviso que nunca chamarei um parto que abre mão de tudo que a Humanidade desenvolveu para segurança da mãe e do bebê, voltando ao mesmo primitivismo de animais e povos selvagens de "humanizado".

Há algumas semanas, vi uma sequência de fotos de uma moça parindo dentro do seu banheiro. As fotos são acompanhadas de um relato da própria, cheio daqueles chavões habituais para descrever algo que até uma gata faz sem se achar melhor por isso.

5.3.1 Aparato biomédico como avanço x parto, sujeira e subjetividade

Entender as demandas de uma assistência baseada nos moldes da humanização do parto pode não ser simples para profissionais formados sob um paradigma de cuidado no qual a tecnologia é por regra auxiliar da vida: quanto mais, mais seguro. Esse é o ponto essencial deste tópico. A dificuldade de alguns setores médicos em absorver um novo tipo de realidade. Não digo que a verdadeira realidade seja aquela que existe dentro dos movimentos de humanização, mas digo da demanda em termos de saúde pública e da necessidade, de uma parte crescente de mulheres e pessoas gestantes, que têm outras expectativas de atendimento obstétrico. Se no primeiro tópico analisei a dificuldade da estrutura hegemônica obstétrica em lidar com uma redução de sua autoridade, neste tópico analisarei a dificuldade dos conselhos de medicina em enxergar o novo paradigma de assistência obstétrica e por que não de ciência e de saúde que vem sendo difundido pelos organismos sanitários nacionais e internacionais. É um novo papel também da própria medicina neste campo, como mostrado no subtópico anterior.

Se antes das mulheres deveriam permanecer restritas a um leito ou mesa obstétrica, processadas em diversas etapas de procedimentos como enema, tricotomia, aceleração das contrações uterinas por ocitócitos, etc, atualmente a recomendação muda para garantia de liberdade de posições, menor uso de fármacos, valorização do processo de escolha informada e participação de outros atores como acompanhantes de livre escolha da parturiente, doulas, bem como a ampliação da autonomia da enfermagem obstétrica.

Na luta pela imposição da visão legítima do mundo social, em que a própria ciência está inevitavelmente envolvida, os agentes detêm um poder à proporção do seu capital, quer dizer, em proporção ao reconhecimento que recebem de um grupo. [...] Os mais visíveis do ponto de vista das categorias de percepção em vigor são os que estão mais bem colocados pra mudar a visão mudando as categorias de percepção. Mas, salvo exceção, são também os menos inclinados a fazê-lo. (BOURDIEU, 1989, p. 145)

A redução da tecnologia no parto, que hoje vem sendo proposta pelo discurso científico, é simplesmente incompreensível para alguns profissionais médicos e seus conselhos acostumados a um modelo obstétrico clássico, remanescente de um tecnicismo moderno que esquadrinhou o corpo com a intenção de conquistá-lo, vide o capítulo primeiro desta dissertação. Elaboraões como a citação a seguir apareceram mais de uma vez durante a análise, inclusive em normativas mais recentes, e são bastante representativas do modelo de ciência do qual a obstetrícia hegemônica tem suas bases: “o trabalho de parto é um ato biológico, no qual um ser humano de flexibilidades desiguais percorre trajeto curvo e acotovelado fazendo movimentos (rotações, flexões e deflexões) necessários ao seu trânsito pela pelve;”

Em *A mulher no corpo*, a autora [Emily Martin (2006)] observa como a metáfora do corpo feminino como máquina dominou a prática médica ao longo do século XX, servindo de fundamentação para o emprego de tecnologias (como o fórceps, por exemplo) e intervenções no parto. Se o corpo da mulher é uma máquina, por muitas vezes falha, o útero seria uma bomba mecânica mais ou menos adequada para a expulsão do feto, o pré-natal seria um trabalho de manutenção e de detecção de falhas no funcionamento e o médico, o mecânico que irá consertar qualquer falha nesta máquina. Além disso, e na linguagem de Beruti, ele seria também o responsável pela “condução” do parto, devendo estar sempre vigilante, avaliando se o ritmo do trabalho de parto está adequado ou não, para intervir sempre que julgar necessário. (SILVA, 2019, p. 178)

Profissionais que desfrutavam de certa estabilidade em sua posição social e prestígio, se veem atônitos diante de uma inversão de valores atualmente proposta para o modo de assistência ao parto. Analisando os documentos normativos dos conselhos de medicina, são frequentes perguntas que não compreendem ou abertamente questionam os novos protocolos propostos pelas instituições e pelo MS que recomendam deixar de roteirizar o nascimento, restringindo procedimentos como enema, tricotomia, uso de

ocitocina, litotomia, etc. A incompreensão é tamanha que as recomendações são frequentemente acusadas de ideológicas ou baseadas em critérios meramente financeiros para os sistemas de saúde.

[...]

Aproveita a oportunidade para noticiar que no serviço XXXX, não há mesa especial para o parto humanizado em posição vertical, motivo pelo qual tem realizado os partos na sala de parto, por ser melhor equipada, com mesa própria visando o conforto da paciente, bem como melhores condições para o obstetra. Salienta ainda que a paciente no préparto deve permanecer em jejum, prevendo possível necessidade de intervenção cirúrgica, e que entende ser atribuição do médico determinar o tipo de alimentação em préparto e não a enfermagem, pois no caso de complicações quem responde é o médico.

PARECER CRM-TO nº3/2014 (Aprovado em Sessão Plenária de 29/08/2014)

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/TO/2014/3>

Quando as reivindicações dos movimentos de humanização se fortalecem, o poder da obstetrícia sobre o corpo feminino é questionado, pois ao reduzir o uso da tecnologia no parto, outros elementos além do conhecimento biomédico podem ganhar espaço nos itinerários e decisões terapêuticas de nascimento. A redução da tecnologia no parto, que hoje vem sendo proposta pelo próprio discurso científico, é simplesmente incompreensível para alguns profissionais médicos e seus conselhos acostumados a um modelo obstétrico clássico. Profissionais que desfrutavam de certa estabilidade em sua posição social e prestígio, que se veem atônitos diante de uma inversão de valores atualmente proposta para o modo de assistência ao parto.

São frequentes nas normativas analisadas o discurso de desvalor para com os desejos e necessidades emocionais das parturientes. Vejamos o caso do Parecer CRM/MS nº 13/2018 em que o conselheiro-parecerista, ao comentar dispositivos sobre o direito de presença do acompanhante no Projeto de Lei 8605/2017 de Campo Grande, praticamente ridicularizando as tentativas de registro fotográfico das famílias no parto:

A sala de parto é um local de procedimento médico, é necessário que o(a) acompanhante obedeça às normas de tal forma que não dificulte e nem atrapalhe o procedimento... não deve ser confundido com área de lazer, de entretenimento, Studio de gravação ou de filmagem, bem como das condições da realização das gravações. Parecer CRM/MS nº 13/2018

Da citação acima, conclui-se que resta pouco ou nenhum espaço para a subjetividade e alegria no parto na visão do conselheiro-parecerista, que apenas consegue enxergar o espaço da sala de parto como local institucional, profissional e normativo, “um local de procedimento médico”. O que aparentemente não está colocado para o profissional é que o parto é um evento pessoal e cultural profundamente impactante na vida das pessoas que gestam, que precisam ter este momento respeitado, seja qual for o significado atribuído a ele.

Outras ocasiões em que as escolhas maternas são desvalorizadas são os pareceres e resoluções sobre o parto domiciliar. O Parecer CREMERJ nº 185/2007 prenunciava o entendimento atualmente proibitivo a respeito do parto domiciliar. No parecer o discurso sobre o risco é bastante presente, ao passo que as motivações maternas pelo parto domiciliar são apagadas e desvalorizadas. No parecer, o parto domiciliar é um risco “desnecessário”, mas e as necessidades emocionais de quem opta por ele não existem?

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro não aprova a realização de partos domiciliares, pois entende que esses expõem mãe e feto a riscos **desnecessários**, haja vista a possibilidade de complicações, nem sempre previsíveis no desenrolar do trabalho de parto [...] (grifos acrescentados)

Em seguida vemos a Recomendação CFM nº1/2012, em que o parto domiciliar não é recomendado: “Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.”

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2012/1>

Apesar da recomendação possuir menor potencial coercitivo, é uma recomendação nacional com potencial relevante para guiar a conduta de profissionais da medicina, gerando um clima de medo e vigilância sobre esse evento. Mais recentemente, as normativas se tornam ainda mais restritivas a respeito do parto domiciliar, como na Resolução CRM-SC Nº 193/2019 que proíbe médicos de prestarem esse tipo de assistência.

O caso da Resolução CRM-SC Nº 193/2019

Uma contextualização da Resolução CRM-SC Nº 193/2019²⁶ foi trazida ao final do tópico 5.1, quando tratei do entendimento dos conselhos sobre os planos de parto. A seguir, adentraremos mais profundamente na análise do discurso desta normativa, em especial no tocante ao parto domiciliar, pela sua grande repercussão, bem como pelo valor normativo punitivista que apresenta sua redação.

A Resolução Cremesc 193/2019 apresenta apenas 6 artigos como parte normativa, trazendo ao final uma exposição de motivos assinada por uma conselheira integrante da Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia. A primeira observação que se faz é que apesar da resolução em análise tratar do parto domiciliar e do plano de parto, o texto da norma evita apresentar estes termos expressamente. Na parte de maior eficácia normativa, nos artigos, esses termos jamais são mencionados. Parto domiciliar é tratado como "partos planejados fora do ambiente hospitalar" e os planos de parto como "documentos que restrinjam ou impeçam a atuação médica na assistência ao trabalho de parto, parto e ao recém-nascido", demonstrando a tentativa de apagamento desses fenômenos.

Em seus dois primeiros artigos, a resolução proíbe, com a palavra "vedada", que os médicos componham "equipes de suporte e sobreaviso" de partos domiciliares planejados. O assunto de que trata a resolução em análise é considerado tão urgente e importante que a norma sequer estipula prazo para que as famílias e profissionais se adequem à nova restrição, determinando no art. 6º a vigência imediata da norma. Apesar da resolução estar trazendo limitações importantes e até então legalmente inexistentes para a categoria médica, as coisas são colocadas como se o conflito para a categoria adviesse de restrições de conduta ou induções ao erro impostas pelas gestantes que apresentam planos de parto e querem parir em casa.

O discurso construído pelo CRM-SC é de que a assistência de saúde de qualidade, obstétrica e neonatal, realizada em ambiente hospitalar por profissional da medicina é um direito cujo acesso deve ser ampliado para melhoria dos

²⁶ RESOLUÇÃO CRM-SC Nº 193/2019 - EMENTA: Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos fora do ambiente hospitalar; dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, incluindo o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na tomada de medidas para preservar o binômio materno-fetal.

link: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/SC/2019/193>

indicadores materno-neonatais, sendo o parto domiciliar, bem como as limitações impostas pelo plano de parto, um obstáculo para sua materialização. Algumas leis, direitos e políticas do Ministério da Saúde são fundamentação desses argumentos, como o direito à saúde disposto na Constituição Federal, o direito à assistência obstétrica disposto no ECA e na Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996) o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (Portaria nº1.067/2005).

A segurança do parto hospitalar para pessoa gestante e neonato é um ponto central defendido pela resolução, que traz outros documentos de instituições médicas em suas considerações, como a Recomendação 1/2012 do CFM e a campanha Nascimento Seguro da Sociedade Brasileira de Pediatria, cujo conteúdo é bastante citado (Considerando 13 e 14), além de artigos científicos que apontam para o risco aumentado de morte para mulheres e bebês que nascem em casa ou em centros de parto normal. Ou seja, na visão do conselho, não há reconhecimento científico suficiente para que o parto domiciliar possa ser considerado como escolha, especialmente considerando a segurança do bebê.

Em 2017, a Sociedade Catarinense de Pediatria lançou a campanha Nascimento Seguro, defendendo o parto humanizado hospitalar (https://www.youtube.com/watch?v=7R_ORkCaO5s). No ano seguinte a Sociedade Brasileira de Pediatria lançou o documento de mesmo nome, em que traz o conceito do Minuto de Ouro e defende o parto hospitalar, aliado a uma série de outras condutas que tragam bem-estar às parturientes, mas possam resguardar a segurança do nascimento (https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf). O texto dessas campanhas está bastante presente nos "considerandos" e na exposição de motivos da resolução em que se coloca a importância de aparato tecnológico e presença de pediatra para que, em caso de necessidade de reanimação, o procedimento possa acontecer adequadamente e em tempo hábil. Segundo a resolução a intervenção imediata pode reduzir a o "risco de lesão cerebral", "dano neurológico", "convulsões neonatais" e morte para o recém-nascido.

O estado gravídico como uma situação em que a morte e a doença podem se apresentar sem qualquer aviso prévio é reiteradamente colocado. Para o CRM-

SC, o parto é evento que exige "monitorização cuidadosa", pois mesmo em situações aparentemente de risco obstétrico habitual podem ocorrer "emergências" que exigem "intervenção imediata" (grande número de casos de descolamento prematuro de placenta, hemorragias, rotura uterina, acidentes vasculares, embolia amniótica, anafilaxias, etc), mesmo porque a definição de risco só se completa depois do nascimento, "com o bebê já no colo da mãe".

Diante do "risco inerente a todas as gestações" e da preocupação das sociedades médicas com a segurança do binômio e redução da mortalidade materna e neonatal, a conclusão é pela necessidade de que o parto aconteça em ambiente que proporcione o "diagnóstico e tratamento precoces" de quaisquer complicações que se apresentem (Considerando 6, 15). Disso também se depreende que os riscos excepcionais do evento parto justificariam que todos os recursos sejam lançados mão para preservar a vida dos envolvidos, e portanto não se sustentam quaisquer restrições à atuação médica como os planos de parto.

Em muitas passagens se conclui que os médicos não compactuam com o parto domiciliar por não existir respaldo científico suficiente para tanto, portanto, apesar da enfermagem não ser o foco do texto, em vários momentos se parece mencioná-las indiretamente, como quando se defende o direito à assistência médica, a presença de equipe "treinada, experiente e com formação reconhecida", quando são apresentados os piores desfechos em "centros de parto normal atendidos por enfermeiras". Em nenhum momento a enfermagem obstétrica é mencionada como participante do contexto assistencial, sendo "o médico" aquele que deve estar atento e preparado para atuar em caso de complicações.

A argumentação utilizada faz parecer que os partos domiciliares ocorrem em contextos precários em que não se dispõe de pessoal ou tecnologia suficiente para o "nascimento seguro". Bem como, que a categoria médica é a detentora da expertise apropriada para o evento parto.

A disputa entre esses dois pontos de vista, o dos movimentos de humanização do parto e o da obstetrícia clássica, fica evidenciada também nos dispositivos de vigilância ou punitivistas inseridos nas normativas sobre temas como parto domiciliar, casas de parto ou mesmo partos hospitalares assistidos

pela equipe de enfermagem, que evidenciam um clima de vigilância entre os conselhos e os médicos, bem como dos médicos para com outras categorias.

Por exemplo, o artigo 3º da Resolução CRM-SC, analisada acima, exige dos profissionais médicos que notifiquem o conselho a respeito de "complicações em pacientes submetidas a partos planejados fora do ambiente hospitalar e seus conceitos". Essa redação parece desconsiderar a autonomia das gestantes que optam pelo parto domiciliar, colocando essas pessoas como vítimas do procedimento e dos profissionais de saúde que oferecem uma assistência insegura.

Ao exigir notificação, não de todos os casos, mas de complicações, o artigo 3º também demonstra o interesse do conselho em saber, investigar e possivelmente tomar as medidas cabíveis contra profissionais que oferecem ou famílias que optem pelo parto domiciliar - é o que se conclui também de algumas investigações/cassações iniciadas por conselhos médicos contra profissionais que prestam esse serviço e as famílias que fizeram essa opção. Vê-se assim, um clima de vigilância tanto para pessoas gestantes, quanto para os próprios profissionais de saúde, visto que em caso de complicações as famílias podem ser investigadas e os médicos podem ser penalizados por infração ética se por ventura acobertarem colegas nessas circunstâncias (art. 5º da resolução c/c artigo 18 do CEM).

Ao mesmo tempo em que não se aceita a decisão da mulher e a importância que esta pode atribuir ao parto domiciliar sob a alegação dos riscos deste procedimento - os quais são bastante controvertidos no debate científico -, quando o procedimento em questão é a cesárea, considerada socialmente como alta tecnologia obstétrica, vemos que as instituições médicas relativizam ou mesmo não mencionam o aumento de risco associado à cesariana eletiva. Que em algumas situações é considerada até mesmo uma vantagem.

Vejamos a resposta do conselheiro-parecerista no Parecer CRM/PR nº: 1.585/2004 a seguir sobre a cesariana a pedido. O conselho havia sido questionado a respeito do que fazer diante do alto índice de cesarianas de certa instituição, ao que responde, entre outros fatores:

“Dentro da Bioética, o princípio da Autonomia pode ser abordado dentro da relação médico-paciente, conferindo dificuldade em não se atender tal propositura por parte da paciente. Fica claro que a decisão é absolutamente do médico. [...]”

Outro exemplo é o Parecer CREMERJ nº 190/2008 em que a cesariana é abordada como um avanço, uma mercadoria, um serviço de luxo e benefício de classe, o que a torna algo que deveria também oferecido a mulheres de classes sócio-econômicas menos favorecidas:

j) Há uma tendência mundial crescente de cesáreas a pedido, à medida que as técnicas cirúrgicas se aperfeiçoam. É reconhecido que, embora haja uma progressão nos avanços tecnológicos em saúde, **nem todos podem usufruir desses avanços**. Mesmo considerando que todos contribuem para os serviços de saúde existentes, esses são escassos, principalmente para as mulheres das classes sócio-econômicas menos favorecidas.

5.3.2 A resolução da recusa terapêutica (uma moderna caça às bruxas) e o caso da autonomia na cesárea: economia dos riscos ou de poder?

Essa resolução do CFM trata da recusa terapêutica e objeção de consciência, dois temas permeados por dúvidas e controvérsias na relação médico-paciente. A normativa trata nos primeiros artigos da recusa terapêutica de pacientes menores de idade e adultos que não estejam “no pleno uso de suas faculdades mentais”, mas alguns dos artigos seguintes são direcionados especificamente às decisões terapêuticas de gestantes, incluindo esta situação entre o conjunto de casos em que a recusa terapêutica não poderia ser aceita. São os artigos que atinentes à gestação:

Art. 5º A recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito.

§ 1º Caracteriza abuso de direito:

I –A recusa terapêutica que coloque em risco a saúde de terceiros.

II –A recusa terapêutica ao tratamento de doença transmissível ou de qualquer outra condição semelhante que exponha a população a risco de contaminação.

§ 2º A recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto. **(artigo suspenso conforme decisão judicial –Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região)**

Art. 6º O médico assistente em estabelecimento de saúde, ao rejeitar a recusa terapêutica do paciente, na forma prevista nos artigos 3º e 4º desta Resolução, deverá registrar o fato no prontuário e comunicá-lo ao diretor técnico para que este tome as providências necessárias perante as autoridades competentes, visando assegurar o tratamento proposto. **(artigo suspenso parcialmente somente em relação a assistência e atendimento ao parto conforme decisão judicial –Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região)**

[...]

Art. 10. Na ausência de outro médico, em casos de urgência e emergência e quando a recusa terapêutica trazer danos previsíveis à saúde do paciente, a relação com ele não pode ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente. **(artigo suspenso parcialmente somente em relação a assistência e atendimento ao parto conforme decisão judicial –Processo nº 5021263-50.2019.4.03.6100 –TRF 3º Região)**

Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizarem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.

Vê-se que não apenas para gestantes, mas em outros casos dispostos na resolução, como menores de idade e adultos sem o pleno gozo de faculdades mentais, a conclusão do CFM é que médicos poderiam ignorar a negativa de seus pacientes a serem submetidos a tratamento sempre que houver risco iminente de morte (art.11) ou quando a saúde de terceiros seja colocada em risco (art. 5º), sugerindo ainda estratégias para performar o tratamento contra a vontade do paciente ou de seus representantes legais, como a comunicação a autoridades competentes: “Ministério Público, Polícia, Conselho Tutelar etc.” (art. 4º).

No art. 3, a CFM parece contrapor a recusa terapêutica à objeção de consciência, como se fosse justificável realizar procedimentos sem o consentimento do paciente por uma questão de princípios morais. Diz o art. 7º: “É direito do médico a objeção de consciência diante da recusa terapêutica do paciente.”. Outro ponto é a visão de que o exercício de autonomia de alguém possa ser encarado como “abuso de direito”, como propõe o § 2º do art. 5º da Resolução. Parece que a argumentação desenvolvida pelo CFM acaba invertendo a ordem das coisas, na normativa a vítima deixa de ser a parturiente e passa a ser o obstetra ou o feto.

Em muitas ocasiões, como na presente resolução, o discurso médico se posiciona sem qualquer menção à realidade de violações no parto, como se o problema de mulheres desrespeitadas não existisse ou não valesse a pena ser abordado, contrastando contundentemente com a narrativa que evidencia realidades de violência a que mulheres estão submetidas na assistência ao parto, seja ele normal ou cesárea.

Mas dessa vez, o discurso da resolução é ainda mais sofisticado, pois além da estratégia de apagamento do discurso contrário, as mulheres são criminalizadas, acusadas de abuso de direito, em uma construção legal empobrecida, que se fundamenta no direito à vida e nos direitos da criança, mas com pouca ou nenhuma consideração a grande parte do direito civil, penal, constitucional e convencional (tratados, convenções internacionais) que garante direitos fundamentais e humanos às mulheres. Como pontua Janaina Aguiar (AGUIAR et al, 2020), a resolução inevitavelmente nos remete ao caso Adelig, que foi conduzida por uma escolta policial a uma cesariana²⁷.

Essa resolução foi questionada pelo Ministério Público que emitiu a Recomendação nº 44/2019 no Inquérito Civil nº 1.34.001.007752/2013-81, para que o CFM revogasse o § 2º do artigo 5º da Resolução. Entre outras coisas, aborda a recomendação ministerial:

A recomendação do MPF não foi acatada e questionamento do MPF foram objeto de Ação Civil Pública, que revogou os artigos supracitados que tratavam de gestantes, porém cabe analisar o Despacho Cojur CFM nº 462/2019 que analisou a recomendação:

[...]

A mãe, grávida, é quem deve zelar pela total proteção do feto; contudo, se por alguma causa transitória ou permanente que afete sua manifestação de vontade, ou se, racionalmente, em razão de suas próprias convicções, tomar decisões no âmbito médico que venha, de forma conclusiva, pôr em risco a saúde da criança de forma injustificada, é razoável esperar que algum terceiro passe a tutelar a vida daquele feto, daquele ser humano em pleno desenvolvimento. Nessa hipótese, há a imperiosidade de a sociedade e o Estado resguardarem o direito à vida do hipossuficiente quando seu representante (no caso, a gestante) se esquivar desse dever.

A sociedade, in casu, é representada pelo médico, que é o guardião da vida –o bem maior que o ser humano possui. Afinal, se não há vida, sequer há outros direitos subsequentes dela a serem resguardados.

O despacho ainda traz uma definição jurídica de autonomia existencial do indivíduo segundo Bernardo Gonçalves Fernandes: “cada pessoa deve ter o direito de fazer suas escolhas essenciais de vida e agir de acordo com suas escolhas desde que elas não sejam práticas ilícitas (ou não prejudiquem de

²⁷ #SomosTodosAdelig: mulher que foi submetida à força a uma cesárea no RS estuda para se tornar enfermeira obstetra. Vanessa Lima. 13/10/2016. Revista Crescer <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2016/10/somostodosadelir-mulher-que-foi-submetida-forca-uma-cesarea-no-rs-estuda-para-se-tornar-enfermeira-obstetrica.html>

forma indevida direitos de terceiros)”, além da legislação brasileira de proteção à vida CF, o resguardo aos direitos do nascituro no direito civil CC, e o Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA, afirmando que nenhum direito é absoluto, seja o direito à autonomia, seja o direito à vida, e que a norma ética traz um benefício legislativo para todos, pois balanceia ambos os direitos na gestação.

O mais interessante sobre a retórica do risco como mitigadora da autonomia é que ela desaparece quando se trata da preferência por procedimentos biomédicos, como quando a gestante opta pela cesariana. Ela é vista no senso comum como melhor recurso para segurança de ambos, apesar de seus riscos já serem bem descritos. Quando bem indicada, é uma tecnologia muito importante, porém em geral as parturientes não precisariam realizar tantas cesáreas como hoje no Brasil. Entretanto, em algumas poucas ocasiões, como a abaixo, o CFM admite fragilidades da categoria que contribuem para alta taxa de cesarianas (conveniência, dificuldades técnicas e medo de processos, vejamos:

“Existe uma mobilização do resgate ao parto normal como desfecho natural da gravidez, com estatísticas que asseguram ser essa via mais segura para a mãe e para o bebê, passando a ser o parto cesariana na maioria das vezes uma opção com **indicação pelo medo da paciente ou pela comodidade do médico assistente.** [...]”

A resolução acima é um entendimento talvez único, que foi se tornando menos presente atualmente. Não apenas são pouco avaliados os riscos da cesariana, se anuncia a noção da cesariana à pedido como direito de autonomia. Vejamos a resposta do conselheiro parecerista sobre a cesariana a pedido, quando o conselho havia sido questionado a respeito do que fazer diante do alto índice de cesarianas de certa instituição: “Dentro da Bioética, o princípio da Autonomia pode ser abordado dentro da relação médico-paciente, conferindo dificuldade em não se atender tal propositura por parte da paciente. Fica claro que a decisão é absolutamente do médico. [...]” (PARECER CRM/PR 1.585/2004)

- f) A indicação técnica do parto mais adequado é atribuição do médico, levando-se em conta que a cesárea a pedido passa a ser considerada uma indicação médica, além das outras já conhecidas;
- j) Há uma tendência mundial crescente de cesáreas a pedido, à medida que as técnicas cirúrgicas se aperfeiçoam. É reconhecido

que, embora haja uma progressão nos avanços tecnológicos em saúde, nem todos podem usufruir desses avanços. Mesmo considerando que todos contribuem para os serviços de saúde existentes, esses são escassos, principalmente para as mulheres das classes sócio-econômicas menos favorecidas

[...] deve o orçamento da saúde pública prever gastos com partos cesáreos a pedido, até o limite que garanta a distribuição de recursos para outras práticas de saúde, lembrando que a saúde psicológica também faz parte da visão biopsicossocial no cuidado à saúde dos indivíduos.

A cesariana a pedido será ética, desde que a decisão seja compartilhada pelo médico/equipe paciente/família, e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas. Se a opção for por desinformação ou receio, a paciente deve ser esclarecida e o receio trabalhado com a equipe de saúde. Mas pode ter a paciente a opção de se submeter ao parto cirúrgico quando, mesmo após devidamente esclarecida e orientada, assim o desejar. Nesta situação, cabe ao médico e à equipe de saúde, considerar as demandas da mulher e conhecer as razões de sua escolha.

Apesar de ser o risco obstétrico um fator importante na visão dos conselhos, utilizada em várias ocasiões para mitigar a autonomia das parturientes, de maneira bastante contrastante com a literatura médica, os conselhos médicos vêm defendendo abertamente a cesariana eletiva, a manobra de kristeller, entre outros procedimentos, em argumentação que atenua ou ignora riscos já bastante discutidos destas práticas. Desde a resolução CFM 2.144/2016, que sustenta a eticidade da realização da cesariana eletiva a partir da 39ª semana, a situação tem mudado e os conselhos passam a utilizar a retórica da evidência científica para defender suas posições.

É obrigação do obstetra estar atualizado sobre as melhores evidências médicas. A episiotomia é recomendada somente em casos selecionados. A cesariana tem diversas indicações relativas e absolutas e Guideline de 2019 do American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG mostrou que no atual nível de conhecimento não se pode dizer que há uma via de parto mais segura; **é desprovido de evidência científica ser dito que o parto vaginal é melhor que a cesariana em situações em que não haja indicação de cesariana;** a Resolução CFM nº 2.144/2016 libera a cesariana a pedido materno acima de 39 semanas.[...] (grifo acrescido)

Mesmo tendo trazido uma pretensa avaliação de evidências científicas, o CREMERJ condensa acima um entendimento diametralmente oposto aos dos movimentos de humanização do parto sobre os riscos da cesariana

eletiva²⁸, os prejuízos da episiotomia e do Kristeller, o que nos leva a aduzir por certo negacionismo em relação aos riscos conhecidos de tais práticas, bem como a situação obstétrica brasileira de frequentes queixas de violência obstétrica.

5.4 Farinha pouca, meu pirão primeiro: kristeller e negacionismo obstétrico no país das cesarianas

Este tópico trata da argumentação trazida pelos conselhos médicos sobre as alegações de violência obstétrica, bem como o discurso que proferem sobre as recomendações da humanização da assistência ao parto, nos quais está localizada a dificuldade em reconhecer os problemas na assistência apontados por esta nova proposta e especificamente, as tentativas de desviar o foco do debate da necessidade de adequação da prática assistencial biomédica ou mesmo de negar as desvantagens de procedimentos já há muito rechaçados. O título surge a partir da localização de uma estratégia semelhante à apontada por Bruno Latour (2020B) sobre o negacionismo científico que assola o mundo atual no livro “Em torno de Gaia, como se orientar politicamente no antropoceno”; uma comparação talvez inusitada, porém bastante possível diante de relatos e diretrizes que cada vez mais “comprovam” os prejuízos ou a inadequação de procedimentos considerados violência obstétrica, como a manobra de Kristeller, mas que apesar disso passaram a ser abertamente defendidos pelos conselhos médicos.

A sequência abaixo mostra um pouco de como o entendimento dos conselhos pode variar entre um estado e outro e principalmente, como tem se

²⁸ “Os riscos associados à cesárea eletiva para o recém-nascido a curto prazo (maior índice de internação em unidade intensiva neonatal) e para a mãe a curto prazo (risco aumentado de morbidade pós-operatória) e também a longo prazo (risco aumentado para acretismo placentário na próxima gestação) devem ser considerados e discutidos” Artigos sobre riscos da cesariana em LEAL et al, 2014: Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007; 335:1025; Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med* 2010; 8:71.; Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008; 336:85-7.; Lee YM, D’Alton ME. Caesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. *Clin Perinatol* 2008; 35:505-18.; 48 Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1458-61.

mostrado contundente a reação médica contrária a reivindicações sobre violência obstétrica, inclusive no nível federal, como mostra o parecer derradeiro, de autoria do CFM.

A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, a qual toda a atenção do médico visa o bem estar do ser humano. Dessa forma, o termo “violência” não se aplica ao exercício da Medicina e, portanto, “violência obstétrica” não configura qualquer ação médica propriamente dita. Parecer CREMESP n° 94.869/2014
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/94869>

Finalizamos enfatizando que a Lei da Violência Obstétrica não fere os princípios de autonomia médica e visa garantir a integridade física e emocional da gestante e seu conceito, através da defesa das boas práticas na assistência em obstetrícia, e está de acordo com o código de ética médica e outras recomendações vigentes. Parecer CRM-SC n° 2545/2017
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2017/2545>

Vários meios de comunicação têm divulgado, mais recentemente, depoimentos de parturientes e, principalmente, de ativistas de movimentos feministas, contrapondo-se ao tipo de assistência obstétrica provida por médicos obstetras. Argumenta-se que a assistência médica ao parto está em desacordo com a autonomia das mulheres e que a escolha da via de parto, assim como do local do parto, seja de sua exclusividade.

[...]

Desta forma, a expressão “violência obstétrica” tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois seu uso tem se voltado em desfavor da nossa especialidade, impregnada de uma agressividade que beira a **histeria**, e responsabilizando somente os médicos por todo ato que possa indicar violência ou discriminação contra a mulher. PARECER CFM n° 32/2018
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>

Bruno Latour (2020B) bem fala quando explica políticas negacionistas em relação às mudanças climáticas, acredito que o raciocínio se aplica também ao que eu percebo como negacionismo médico às violações de direitos humanos praticadas no parto. A política estadunidense em relação ao meio ambiente costuma ser: farinha pouca, meu pirão primeiro - pelo menos foi nesse estilo a declaração de George Bush (o pai) sobre concessões em prol do meio ambiente: “The American way of life is not up for negotiations.”-, ou seja, se o planeta está acabando e vamos todos morrer, não serão os estadunidenses a sofrer as consequências primeiro, e talvez quando o momento chegar, já tenham inventado uma maneira de colonizar outro planeta; mas como falar abertamente sobre isso não é bonito, a saída é negar que o

problema existe, se apegando a uma ideia de mundo que não condiz com a real, para continuar com seus privilégios econômicos (Latour, 2020B).

Pois bem, no campo da obstetrícia, falar em dar um passo atrás do que vinha sendo feito na assistência não parece gerar uma boa repercussão entre os setores corporativos da categoria. As justificativas para deixar de fazer procedimentos dolorosos e submeter parturientes a roteiros acachapantes durante o trabalho de parto não encontram eco, parece que a necessidade das mulheres não existe e não é real. Muito menos as alegações de violência obstétrica. Violência obstétrica não existe para alguns setores da medicina, inclusive o termo quis ser apagado pelo Ministério da Saúde (2019): “O posicionamento oficial do Ministério da Saúde é que o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.” Negar o problema parece ser a saída para não enfrentá-lo, para não perder as hierarquias construídas nas salas de parto sobre o corpo das mulheres e pessoas gestantes e sobre outros profissionais da assistência. Vejamos o Despacho Cojur CFM nº 462/219 que rejeitou a recomendação do MPF para anulação da resolução sobre recusa terapêutica:

Não é possível requerer a revogação de tais normas em razão de meras suposições, no sentido de que a resolução abriria portas para aumentar a violência obstétrica e de que a medicina passaria a tutelar o corpo das mulheres. São interpretações extremadas que alguns aplicadores do direito têm feito. Esquecem-se, no entanto, que toda interpretação jurídica feita deve sempre se pautar pela razoabilidade e proporcionalidade, considerando, também, a mens legis. Despacho Cojur CFM nº 462/2019

No país que apresenta taxas exorbitantes de cesarianas, o comentário do conselho ao dispositivo do projeto de lei de violência obstétrica sobre falsas indicações de cesariana, foi não só lacônico, mas nega completamente a situação sanitária em torno dessa problemática:

“VI -fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;”
A Cesariana tem indicações precisas, e o profissional a indicar e interpretar esta necessidade é o obstetra. (grifos acrescidos)

Luciana Palharini (2017, p.27), ao analisar pronunciamentos oficiais de órgãos médicos, identifica o sentimento de ameaça à autonomia médica diante da acusação de violência obstétrica por movimentos de humanização a práticas antes performadas deliberadamente nas parturientes, como destaca no trecho:

Esse sentimento de ameaça decorre do fato de que está havendo um movimento para que aconteçam mudanças nas práticas de assistência e proposições de novos modelos, ainda que muito pouco efetivo na prática. Mas decorre, também, de uma ameaça mais real e imediata para a classe médica, que é a de um novo problema no campo judicial. Os movimentos sociais de mulheres têm se organizado na tentativa de coibir abusos e dar nome à violência obstétrica cometida, denunciando procedimentos que, até então, eram realizados deliberadamente e sem tantos problemas.

A mesma pesquisadora coloca em evidência a divergência sustentada por setores importantes da categoria médica em relação ao termo violência obstétrica. Segundo a autora, os órgãos médicos desviam da problemática debatida pelos movimentos sociais - os maus tratos e o excesso de intervenções dolorosas no parto sem comprovação científica de benefício -, reputando boa parte dos problemas da assistência ao parto às deficiências do sistema de saúde, ao passo que levantam um discurso de vitimização da especialidade obstétrica (PALHARINI, 2017, p. 28).

O discurso médico hegemônico inverte a lógica, colocando como maiores vítimas os obstetras que, bem-intencionados e acima de qualquer demérito, estariam sendo alvo de injustiças ou das condições inadequadas de trabalho, impedidos, dessa maneira, de exercitar a boa prática. A profissão é o tempo todo reafirmada em termos de excelência e da exclusividade para uma assistência completa, em paralelo à defesa da violência como uma questão individual e comportamental de alguns médicos (PALHARINI, 2017, p. 26).

Essas disputas entre setores da categoria médica e os proponentes da humanização do parto e nascimento tem se dado de maneira aberta em resoluções e pareceres editados pelo CFM e CRMs, que utilizando o poder regulamentador do exercício da medicina, tentam cercar conquistas e estratégias dos movimentos de humanização, a exemplo da Resolução Cremerj 293/2019, proibindo profissionais de aceitarem planos de parto; a Resolução Cremesc nº 193/2019, proibindo médicos de acompanharem partos domiciliares; e a Resolução CFM nº 2232/2019, instruindo médicos a não aceitarem a recusa terapêutica de pacientes gestantes, em nome do direito à

vida do conceito (REHUNA, 2020). Reações como essas também se processam no nível legislativo, como a profusão em todo Brasil de projetos de lei, apoiadas por órgãos médicos, que dão acesso a cesáreas eletivas no SUS, subvertendo a ideia de autonomia proposta pelo movimento de humanização do parto (REHUNA, 2020). Essas iniciativas de resistência à mudança, apesar de inicialmente se processarem prioritariamente nos espaços de poder médico, têm extrapolado esse campo, e evocado, com uma frequência cada vez maior, categorias discursivas defendidas no plano político pelo projeto neoliberal conservador que cresceu no país nos últimos anos.

O caso da Resolução CREMERJ nº 293/2019

Uma contextualização da Resolução CREMERJ nº 293/2019 foi trazida ao final do tópico 5.1, quando tratei do entendimento dos conselhos sobre os planos de parto. A seguir, adentraremos mais profundamente na análise do discurso desta normativa, em especial no tocante à manobra de Kristeller, cuja defesa pelo conselho exala o negacionismo obstétrico presente na resolução, bem como pelo valor normativo expressivo da norma.

KRISTELLER

Em que pese as recomendações de redução do uso de tecnologia no parto, o conselho defende a utilização de algumas intervenções “salvadoras”, que ainda que sejam para momentos de exceção, podem ser necessárias. Causa, estranhamento, o uso da mesma retórica da evidência científica bandeira dos movimentos de humanização e recentes políticas públicas em saúde, porém com conclusões diametralmente opostas.

A manobra de Kristeller muitas vezes está equivocadamente classificada como violência obstétrica e como “proscrita”. Não há qualquer evidência científica de que não deva ser utilizada em situações necessárias. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia- FEBRASGO, ratificou a manobra de Kristeller para situações necessárias e excepcionais.

O que a Febrasgo disse nas *Recomendações Febrasgo parte II - Cuidados Gerais na Assistência ao Parto (assistência ao nascimento baseado em evidências*

e no respeito) publicado no site da organização em 10 Dezembro 2018:

Pressão manual do fundo do útero

Não existem provas do benefício da realização rotineira da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto^{5,14,15} (C). Bem como, são escassas as evidências que tal manobra possa causar algum dano¹⁶(C). Em dois estudos clínicos nos quais a manobra foi estudada, não se verificou vantagem, nem desvantagens, em sua realização^{14,15} (B). Portanto, não deve ser um procedimento de rotina e deve ser desaconselhado. Se a manobra for necessária, numa situação de excepcionalidade, deve ser realizada por profissional experiente, com consentimento da parturiente e devidamente justificada no prontuário (D). <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/717-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-cuidados-gerais-na-assistencia-ao-parto-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito>

A recomendação da FEBRASGO se alinha com as recomendações da OMS para o parto normal, publicadas em março do mesmo ano, que colocam não haver evidência científica de malefício ou de benefício da pressão manual no fundo uterino. Porém, a OMS ressalva expressamente que todos os artigos analisados trataram de pressão manual, realizada com as mãos, não sendo possível transpor as conclusões do documento a contextos em que a pressão uterina seja realizada com antebraço ou cotovelos:

Fundal pressure in the included trials was applied with the birth attendants' hands (i.e. not forearms or elbows); therefore, the evidence is not applicable to settings where other techniques of fundal pressure are applied (OMS, 2018, p. 156).

No Brasil, relatos de violência obstétrica associados a manobra de Kristeller realizada com o peso do corpo de profissionais apoiados pelos antebraços e até joelhos na barriga da parturiente foram descritos no dossiê da Parto do Princípio, Parirás com Dor, elaborado para CPMI da Violência Contra as Mulheres em 2012. Como trazido no documento intitulado *Deixar de fazer Manobra de Kristeller: por que e como?*²⁹, publicado em março de 2018 pela Fiocruz, existe literatura que evidencia os danos da manobra de kristeller feita nessas circunstâncias, como fratura de costelas, ruptura de órgãos e perdas fetais. São complicações associadas à manobra, segundo o documento: dor abdominal persistente após o parto, escoriações abdominais, fratura de costela, lesões perineais (fator de risco para lacerações de 3º e 4º grau), ruptura de baço, fígado e útero; trauma pedículo

²⁹ <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>

tubo-ovariano, sendo ainda associada a processos judiciais em decorrência de danos ou perdas fetais (IFF/FIOCRUZ, 2018, slide 7 e 9/21).

Alguns estados, como o Rio de Janeiro, possuem legislação que veda a realização da manobra, como a Lei 7.191/2016, em seu art.10, §3º, dispõe: “É vedada a realização da manobra de kristeller.” As diretrizes nacionais de assistência ao parto do Ministério da Saúde em 2017 recomendou, no item 118, que “A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.” Ela também foi abordada pelo COFEN no Parecer de Conselheiro Federal nº 338/2016, que fala sobre a participação de profissionais de enfermagem na realização da manobra: “Ante ao exposto concluímos que a Manobra de Kristeller no trabalho de parto, não deve ser realizada [...]” .

Ainda que escassa literatura considere a possibilidade da manobra de Kristeller em situações de excepcionalidade, ela foi identificada em 36,1% dos nascimentos pela pesquisa Nascer no Brasil, embora raramente seja descrita em prontuário (LEAL, 2014). Em entrevista no ano de 2020, Ana Carolina Previtalli Nascimento, procuradora do Ministério Público Federal em São Paulo disse sobre a manobra de kristeller no contexto de sua atuação:

[...] **manobra de kristeller ainda é muito frequente**, que é a pressão na barriga da mulher com o antebraço, muitas vezes os profissionais de saúde sobem mesmo na barriga da mulher pra empurrar o bebê e.. muitos ainda fazem de rotina, não sabem atender parto normal sem o uso da manobra de kristeller que é extremamente dolorosa e perigosa, é sabido que pode lesionar a mulher, causar ruptura uterina e danos sérios em bebês, até mesmo a morte.. [...] **a manobra de kristeller ainda é muito frequente. Aqui em São Paulo, nós temos um posicionamento do Conselho Regional de que ela é um procedimento proscrito, não deve acontecer, então nós trabalhamos bastante aqui em São Paulo para que os profissionais não usem a manobra de kristeller [...]** (SESSÃO ABERTA, 2020, 4:27 5:46)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em plena vigência do século XXI, os conselhos de medicina utilizaram, em repetidas e recentes oportunidades, a clássica alegoria obstétrica que Emily Martin traz sobre o trabalho de parto em que o útero é representado como um motor que empurra o produto, a criança, por um trajeto curvo e acotovelado. Poderíamos encontrar metáforas mais orgânicas que mecânicas sobre este

evento reprodutivo na atualidade, visto que muitos anos se passaram depois do surgimento de entendimentos mais ampliados sobre saúde, direitos reprodutivos, assim como sobre a importância de fatores sensoriais, emocionais, psíquicos e culturais que envolvem o parto, mas tais premissas ainda lutam para se estabelecerem no fazer e pensar biomédico obstétrico. Ou pelo menos, é o que se conclui dos discursos dos conselhos de medicina analisados nesta dissertação. Como uma prova de que a história não anda em linha reta, vemos nas normativas analisadas focos de disputa pela manutenção de bases epistêmicas basilares do modelo obstétrico hegemônico que defendem o lugar do obstetra como interventor responsável pelo produto do parto.

A obstetrícia foi uma das primeiras especialidades a despontar entre as formas de controle biopolítico no século XVIII, refletindo em seu conjunto epistêmico dicotomias clássicas que forjaram o pensamento ocidental moderno, como natureza e cultura, corpo e mente, mulher e homem. A história mostra que, para o pensamento científico moderno, no qual ainda se baseia boa parte do funcionamento da humanidade global urbana, a natureza, a mulher, o corpo foram exploradas para a finalidade de produção/reprodução, estando as narrativas de valorização daqueles elementos voltadas para o potencial de serviço a estes fins. A partir desses valores, a ciência moderna obstétrica travou verdadeiros embates para a conquista de seu campo de atuação e para o minucioso desenvolvimento do seu potencial de fazer viver, rechaçando, desvalorizando e por vezes ridicularizando os rituais, modos de vida e ocupações que segundo seu critério não colaborassem para os fins da maternidade e progresso dos estados-nação.

No Brasil, o ritual do parto passou por uma série de transformações ao longo do século XX, saindo do ambiente domiciliar para o ambiente hospitalar, da condução por parteiras para condução por obstetras, sendo atualmente quase que suplantado pela cesariana nas classes sociais mais abastadas no país. Esse processo não se deu repentinamente, mas sim através da importação de profissionais, instituições, ideários e tecnologias já estabelecidas no berço da modernidade capital-colonialista europeia, e que tiveram aqui no sul global um não necessariamente pacífico, porém profícuo desenvolvimento.

Os movimentos de humanização se desenvolvem no Brasil ao final do século XX e propõem um modelo assistencial capaz de não apenas levar em conta, como também integrar e valorizar elementos relegados historicamente pela epistemologia moderna: a mulher, o corpo, as emoções. Ao mesmo tempo que tais movimentos estão muito bem amarrados às possibilidades epistêmicas da biomedicina, tentam atualizar o conceito de saúde que baseia este saber, oferecendo maior autonomia e protagonismo para quem pare, além de repartir responsabilidades pela condução terapêutica com outros atores não-médicos, investindo nessa disputa as mais variadas formas de capital (científico, político, por exemplo), visto que são endossadas pela OMS e Ministério da Saúde.

Com o objetivo de estudar como a corporação médica se refere às propostas dos movimentos de humanização do parto e nascimento, foram levantadas normativas editadas pelo Conselho Federal de Medicina e pelos Conselhos Regionais de Medicina do país, desde o lançamento do PHPN até a atualidade (2000-2019), que conversam com propostas dos movimentos de humanização do parto, focalizando a reivindicação por a autonomia da parturiente a partir da consideração do parto como evento biopsicossocial. Entre os objetivos específicos foram elencados: a) analisar como as normas dos conselhos de medicina trabalham os sentidos sobre a "autonomia" da parturiente e o caráter biopsicossocial do evento nascimento; b) analisar como os conselhos médicos lidam com a proposta promotoras de autonomia, em especial de redução no uso de tecnologia; c) analisar as discussões a respeito do documento Plano de Parto no contexto assistencial obstétrico.

As normativas dos conselhos médicos têm a função de ratificar condutas e expor a opinião e disposição dos conselhos sobre a prática médica, balizando e informando os profissionais, bem como orientando instituições privadas e públicas que buscam pareceres técnicos para apreciação de protocolos institucionais, políticas públicas ou projetos de lei. Como se poderia imaginar, apesar de termos escolhido um dos eixos do ideário da humanização do parto, as normas analisadas trouxeram situações complexas e multifatoriais, apontando para indissociabilidade das questões reivindicadas pelos movimentos de humanização. Por exemplo, as resoluções sobre plano de parto, parto domiciliar e recusa terapêutica são colocadas questões que falam não apenas sobre autonomia da parturiente, mas das condições de trabalho

dos profissionais da medicina, questões sobre o sistema de saúde que apoia o parto e nascimento e todo o contexto de mudanças que têm sido propostas nesse cenário. Uma discussão política, científica, administrativa e ética a todo tempo transparece nesses espaços de fala dos conselhos de medicina.

Ao trazer a problemática da autonomia das parturientes, é essencial compreender que ela se relaciona com uma questão maior identificada durante toda análise do material: há uma dificuldade dos setores médicos em acatarem qualquer tipo de interferência na conduta médica, seja vinda da OMS, do Ministério da Saúde, da instituição hospitalar, das evidências científicas, das diretivas de vontade da gestante, da enfermagem obstétrica, da legislação ou das necessidades do corpo e da subjetividade que pare. Nesse sentido, a conduta dos conselhos especialmente nos últimos anos, tem sido de impedir a modificação de paradigmas de assistência e defender a legitimidade de condutas “consagradas” na seara da assistência obstétrica, utilizando uma série de argumentos, entre eles a necessidade de defender o que chamam de autonomia profissional ou técnica, diante de normas, leis ou planos de parto que atualmente tentam adequar a sua conduta a protocolos considerados humanizados.

Da análise das perguntas feitas aos conselhos, parece ser comum a dificuldade da gestão de maternidades no sentido de uniformizar condutas e incorporar na assistência prestada recomendações e diretrizes nacionais e internacionais que se direcionam para as chamadas boas práticas da OMS, apresentadas desde o final do século XX. Mesmo as evidências científicas aparentemente robustas, como as que questionam procedimentos como manobra de kristeller, episiotomia, cesariana, entre outras condutas, são relativizadas e questionadas de modo a permitir a liberdade médica, evitando restrições em sua atuação, mesmo quando elas já existem juridicamente, como a proibição da manobra de kristeller no Estado do Rio de Janeiro. Os conselhos de medicina em geral acatam as inquietações de seus membros sobre essas interferências e buscam garantir o espaço de atuação e poder médico nas salas de parto.

Na visão de alguns profissionais pareceristas e dos seus conselhos médicos, a relação médico-paciente ou médico-parturiente ainda figura como local privado, no qual cabe pouca ou nenhuma interferência estatal e

institucional. E também com base nisto que o discurso dos conselhos de medicina vêm reafirmando procedimentos atualmente rejeitados por diretrizes terapêuticas, questionando e manuseando a retórica da evidência científica, ainda que de maneira a apresentar interpretações divergentes de outras instituições científicas.

Quando o embate sobre escolhas terapêuticas se dá entre parturiente e profissional de saúde, como nos casos dos chamados planos de parto, outros argumentos além da liberdade profissional médica entram na discussão. Dentre os principais, está a retórica do risco de vida para saúde da mãe e bebê, de maneira geralmente a ignorar que as parturientes, independente de seu nível de conhecimento, são, na maioria dos casos, pessoas civilmente capazes de tomar decisões a respeito de seu corpo, e devem ser informadas, em linguagem compatível, sobre as escolhas disponíveis. Contrariamente, as vozes dessas pessoas poucas vezes figuram no debate sobre escolhas no parto ou são mencionadas de maneira muito breve e simples, sem explorar a complexidade das situações em que essas escolhas podem surgir durante a assistência ao parto.

O auge da discussão sobre autonomia são algumas resoluções mais recentes sobre plano de parto, parto domiciliar e recusa terapêutica; ao passo que o debate de uma assistência baseada em direitos parecia iniciar a se fortificar, essas normas demonstram um cercamento cada vez mais intenso ao escopo decisório das mulheres, inclusive demonstrando uma regressão nesse debate. Por exemplo, a Resolução CFM nº 2232/2019, entre outros aspectos, entendeu por acusar as escolhas de pessoas gestantes sobre seus corpos como “abuso de direito” contra seus filhos, posicionando o médico como representante dos direitos do nascituro, algo bastante problemático quando analisamos os direitos humanos das mulheres nessa relação.

Ao mesmo tempo, nota-se em muitas ocasiões um incômodo ou desprezo por situações que retirem de foco o parto como ato médico e o posicionem em situação de evento subjetivo, biopsicossocial, a exemplo da ridicularização de situações em que os acompanhantes expressam emoções de satisfação, sentem necessidade de fazer registro fotográfico do nascimento ou quando, no texto das normativas, escolhas terapêuticas sobre o parto, como o local domiciliar, são referidas como supérfluas, desnecessárias,

inconvenientes, ignorando tanto as falhas do ambiente hospitalar, quando o desejo e necessidade de algumas parturientes de se sentirem acolhidas.

Como disse Simone de Beauvoir no século XX, “[...] basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados.” Parece ser precisamente a transição de um modelo assistencial defasado que tem feito ressurgir elaborações que desvalorizam a autonomia de pessoas gestantes e revivem elaborações contemporâneas à caça às bruxas, a biopolítica de controle do corpo, sexualidade e reprodução que esteve na base da consolidação do modelo obstétrico predominante. Os escritos de Silvia Federici igualmente podem nos dar algumas chaves de leitura para o retorno no discurso obstétrico a paradigmas que desvalorizam suas vivências corporais, lhes retirando autonomia: [...] sempre que o sistema se vê ameaçado por uma grande crise econômica, a classe capitalista tem que pôr em marcha um processo de “acumulação primitiva”[...].(FEDERICI, 2004, p. 207).

A atitude dos conselhos e mais recentemente do próprio Ministério da Saúde sobre a situação obstétrica do país parece ignorar consensos científicos sobre o tema, bem como a realidade de violações que as parturientes alegam sofrer durante o parto; o discurso médico constantemente muda o foco do debate defendendo sua autonomia e alegando questões sobre as condições de trabalho dos obstetras. Por exemplo, na exposição de motivos da Resolução CREMERJ nº 293/2019 se desenha o caos a que médicos brasileiros vêm sendo expostos na opinião do conselho: um "verdadeiro suplício" que se apresenta com o crescimento de "modismos na obstetrícia que são deletérios à boa prática médica", os quais "colocam em risco a gestante e o conceito, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico".

O que se ignora, nesses casos, é que as resoluções estão restringindo elas mesmas a liberdade de atuação médica e interferindo na relação médico-paciente, pois não apenas orientam ou recomendam, elas proíbem a assinatura de planos de parto, a participação de partos domiciliares, questões que prejudicam não apenas a atuação médica, como também restringem consideravelmente o acesso à saúde das parturientes que optem por esses elementos. Tanto são restritivas de direitos que muitas normativas estão suspensas ou foram declaradas nulas pelo Judiciário, por provocação da sociedade civil a órgãos como Ministério Público e Defensoria Pública.

Por sua vez, a redução de tecnologia é algo pouco compreendido para alguns consulentos e pareceristas que apareceram nas análises desta dissertação. Os procedimentos são em muitas ocasiões discutidos pelas normativas, que trouxeram de maneira recorrente uma discussão bastante alinhada com as propostas de humanização do parto. Ocorre que, ao final, as conclusões dos conselhos geralmente trazem poucas balizas para a liberdade de atuação dos profissionais e deixam de apontar soluções terapêuticas para adequação de condutas consideradas potencialmente danosas. Embora isso seja esperado para órgãos de caráter essencialmente político, nos últimos anos as normativas questionaram abertamente evidências científicas que recomendam a redução do uso de tecnologias potencialmente danosas para as mulheres, como nas Resoluções CREMERJ 293/2019, CRM-SC 193/2019 e CFM 2.232/2019 sobre plano de parto, parto domiciliar e recusa terapêutica, respectivamente. A primeira delas, por exemplo, questiona o entendimento científico sobre o maior risco da cesariana eletiva, ou seja sem indicação clínica, em comparação ao parto normal, algo que possui evidência científica de nível bastante elevado, utilizando materiais científicos pouco robustos.

Although in the last decades there has been major progress internationally in the understanding of birth physiology, evidence-based and respectful care, with progressive guidelines for change such as the WHO recommendations, medical knowledge and training is highly influenced by gendered concepts that reinforce misogynistic ideas of women's bodies needing correction and control (DINIZ 2018, p. 21).

A problemática do modelo tecnicista obstétrico envolve muito além da mera manutenção de certo modelo científico defasado: esta não é uma disputa amena sobre ideias, não é um mero exercício cotidiano do fazer científico. Nas salas de parto, mulheres, ou quaisquer pessoas com sistema reprodutor feminino, são desrespeitadas, são abusadas, em nome de um fazer obstétrico que tampouco é apenas uma ideia interessante presente nos tratados obstétricos. Estamos falando de violência, de sofrimento que também é humano, falamos da história das mulheres, pessoas gestantes, e do começo da vida de crianças que nascem delas.

É bastante interessante observar a esse respeito, que há um alinhamento maior dos conselhos médicos com os sentidos de autonomia defendidos pelos movimentos de humanização do parto quando a reivindicação

por autonomia se dá em direção ao uso da tecnologia obstétrica. Como no caso do respeito às solicitações por cesariana quando não há indicação clínica, que é reiterada vezes defendido das normativas analisadas. Nesses casos, os riscos para a saúde da dupla, que em outras ocasiões foram elencados para impedir as escolhas da parturiente, são esquecidos ou relativizados. O paradigma tecnicista permanece na dificuldade de compreender riscos iatrogênicos.

Apesar dos avanços científicos a respeito da potencialidade do corpo no parto, apesar das discussões sobre a misoginia, o racismo e LGBTQIA+fobia intrínsecos à violência e ao racismo obstétricos, a corporação médica se utiliza de todo seu poder remanescente para argumentar e intervir pela manutenção de seu lugar de poder, de prestígio, de produção de técnica, de discricionariedade: os corpos que parem.

EPÍLOGO

De que lugar se projetam os paraquedas? Do lugar onde são possíveis as visões e o sonho. Um outro lugar que a gente pode habitar além dessa terra dura: o lugar do sonho. [...]

Quando, por vezes, me falam em imaginar outro mundo possível, é no sentido de reordenamento das relações e dos espaços, de novos entendimentos sobre como podemos nos relacionar com aquilo que se admite ser a natureza, como se a gente não fosse natureza. [...]

(KRENAK, 2019, p. 35-36 de 61)

A desumanização e objetificação a que foi submetida a natureza humana e do planeta na modernidade está impregnada no modo de vida da sociedade ocidental e produz estados de desequilíbrio ambiental e social adoecedores. No campo da reprodução não é diferente, assistimos a uma dificuldade de congregar os diversos aspectos do parto, sobretudo de atender as necessidades do corpo e subjetividade de quem pare, tratando o evento parturitivo como algo automatizado, descolado do ambiente em que ocorre, das relações e das emoções atravessam quem está trazendo a vida à terra.

A pesquisadora Evelyn Fox Keller (1985) problematiza as dicotomias que estão na base na racionalidade moderna e delineiam o fazer científico como atividade em que o sujeito deve estar obrigatoriamente distanciado do objeto de estudo. Fazendo uma análise psicanalista e winnicottiana da questão, a autora associa esse paradigma à necessidade de desidentificação com a subjetividade dentro de um estágio do desenvolvimento psíquico em que se almeja uma ruptura com a figura materna. No desenvolvimento psíquico dos homens, não coincidentemente os fundadores do fazer científico, essa desidentificação precisa se dar de maneira ainda mais acentuada do que com mulheres, considerando que a subjetividade é melhor permitida ao papel de gênero feminino. Para a autora, na visão winnicottiana, além de se desidentificar com a figura materna - com o lugar do conforto, do corpo, do lugar em que é permitido sentir - amadurecer e construir a própria autonomia e segurança, significa, além de conseguir se separar e individuar do corpo que lhe gera, também conseguir transitar, ou seja brincar, entre esses dois mundos sem medo de suas vulnerabilidades.

Sobre o mesmo tema das dicotomias e com intuito de lidar com elas, o *antropólogo das ciências* Bruno Latour (2020) aborda as concepções de

natureza e cultura. Latour propõe para a sobrevivência no Antropoceno³⁰ não a superação dessa dicotomia, mas sim sua localização e a utilização de novos conceitos capazes de representar as novas agências e protagonismo da “natureza” como entidade (re)ativa, sujeito e não meramente objeto. Para o autor, ambas partes integrantes de uma mesma forma de pensar o mundo, portanto conceitos mutuamente dependentes e que encerram em si mesmos normatividades.

Seria preciso que pudéssemos introduzir uma oposição - não mais entre natureza e cultura (já que é por causa das suas vibrações incessantes que enlouquecemos), mas sim entre, de um lado Natureza/Cultura e, de outro, um termo que os incluiria como um caso particular. Proponho chamar esse conceito mais aberto simplesmente de mundo ou de “fazer mundo”, definindo-o, de um modo sem dúvida muito especulativo, como o que abre, de um lado, para a multiplicidade dos existentes e, de outro, para a multiplicidade dos modos que eles têm de existir. [...]

Poderíamos utilizar também o termo cosmologias, no plural, independentemente de ele extrapolar o limite exato das disciplinas a que concerne. Digamos apenas que se trata de um problema de composição. O que importa é que o termo “mundo” permaneça aberto o bastante para que nem a questão do conjunto dos existentes nem a das formas de existência sejam prematuramente fechadas. Para que seja possível, portanto, propor outros arranjos. (LATOURET, 2020, p. 637,673 de 787)

Talvez buscar cosmologias nas quais seja permitido um mundo mais mágico e mais brincante seja uma maneira de brincar com as dicotomias entre homens e mulheres, racionalidade e emoções, natureza e cultura, e quem sabe assim tornar possível um futuro para humanidade, “adiar o fim do mundo”, ou brincar de “fazer mundo” como dito pelo filósofo indígena Ailton Krenak.

Cantar, dançar e viver a experiência mágica de suspender o céu é comum em muitas tradições. Suspender o céu é ampliar o nosso horizonte; não o horizonte prospectivo, mas um existencial. É enriquecer as nossas subjetividades, que é a matéria que este tempo que nós vivemos quer consumir. Se existe uma ânsia por consumir natureza, existe também uma por consumir subjetividades. Então vamos vivê-las com a liberdade que fomos capazes de inventar, não botar ela no mercado. Já que a natureza está sendo assaltada de uma maneira tão indefensável, vamos, pelo menos, ser capazes de

³⁰ Termo cunhado por Paul Crutzen Paul Crutzen (1933-2021), químico holandês e professor do Instituto Max Planck de Química em Mainz, Alemanha, que designa a atual época geológica. Crutzen usou o termo pela primeira vez em um boletim de 2000 da Agência Internacional da Geosfera e Biosfera (IGBP). O termo antropoceno se baseia na inegável evidência que os atuais processos atmosféricos geológicos, hidrológicos e biosféricos são em grande parte antropogênicos, alterados ou influenciados pelas atividades dos seres humanos. (LUNA, 2019, p. 6)

manter nossas subjetividades, nossas visões, nossas poéticas sobre a existência. (KRENAK, 2019, p. 16-17 de 61)

Lutar por um mundo em que parir não seja um evento alheio a si, para que não seja uma experiência traumatizante, mas sim um sonho, um ideal, um lugar de vivenciar o corpo, as vulnerabilidades, de descolonizar a subjetividade, de permitir-se livre ou simplesmente segura é o que querem um conjunto crescente de mulheres, homens trans, pessoas negras, parteiras indígenas, famílias que reivindicam a transformação do modelo obstétrico para que caiba nele o seu corpo, sua dignidade, seus sonhos, sua espiritualidade, suas origens.

[...] se experimentar pode ser compreendido como o registro do imprevisível, da criatividade e da liminaridade, ou se, ainda, implica a superação ou a transgressão, é pertinente pensar que as adeptas de partos humanizados são mulheres que resistem a práticas de assujeitamento e que empunham práticas de liberdade para que seus partos sejam verdadeiras experiências de subjetivação, constitutivas de sua história.

Carneiro destaca que é no corpo que essas experiências acontecem. Um corpo que, como mostram os relatos, não é só anatomia – mas emoção, espírito, história, cultura e subjetividade. (FERRAZ, 2016, p. 1089-90).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de et al. **Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2020, v. 24, e200231. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200231>>. Epub 17 Ago 2020. ISSN 1807-5762. Acesso 02/02/2022.

ALERJ. **LEI Nº 7191 DE 06 DE JANEIRO 2016**. <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065ab4/a01e1d414bdb967a83257f3300580ec7?OpenDocument>

ALMEIDA, C. S. O; GAMA, R. E; BAHIANA, M. P. **Humanização ao parto: a atuação dos enfermeiros**. Revista Enfermagem Contemporânea. v.4, n.1, p.87, 2015. Disponível: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456>>.

AMORIM, Melania. **Parto animalizado?** 6 de janeiro de 2016. Estuda, Melania, Estuda. Blogspot. 2016. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com/2016/01/pseudociencia-preconceito-e-falacia-do.html>> Acesso: 05/07/2021

AMORIM, Melania. (entrevistada) **A retomada do protagonismo feminino no parto**. Graziela Wolfart. p. 11-13 Revista do Instituto Humanitas Unisinos Nº 396, Ano XII - 02/07/2012 - ISSN 1981-8769. SÃO LEOPOLDO, 2012. Disponível em: <www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao396.pdf> Acesso: 05/07/2021

ANGULO-TUESTA, Antonia et al. **Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2003, v. 19, n. 5 [Acessado 5 Agosto 2021] , pp. 1425-1436. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500021>>. Epub 24 Nov 2003. ISSN 1678-4464.

SANTOS, Ariana de Souza Rodrigues dos. **Do corpo colonizado ao corpo humanizado: trajetórias e percepções acerca do cuidado perinatal e agência feminina negra**. 2020. 128 f. Orientadora: Claudia Mercedes Mora Cárdenas. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Disponível em: <<https://www.btdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/17675/2/Dissertação%20-%20Ariana%20de%20Souza%20Rodrigues%20dos%20Santos%20-%202020%20-%20Completa.pdf>> . Acesso jun/2020.

AYRES, Lilian Fernandes Arial et al. **Métodos de preparação para o parto: um estudo sobre materiais impressos publicados no Brasil em meados do século XX**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2019, v. 26, n. 1 [Acessado 26 Março 2022] , pp. 53-70. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100004>> . ISSN 1678-4758.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100004>.

BEAUVOIR, S. DE. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BOURDIEU, Pierre. **The forms of capital**. In J. Richardson (Ed.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. p. 241-258. New York, Greenwood, 1986.

BRASIL. Fiocruz. **Sumário Executivo Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha**. Mai.2021. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf>

COFEN. **PARECER DE CONSELHEIRO FEDERAL Nº 338/2016/COFEN** (participação de profissionais de enfermagem na manobra de kristeller. Disponível: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-vistas-no-3382016_48408.html

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p. 15 cm. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>

CORRÊA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. **Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista**. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 1996, v. 6, n. 1-2 [Acessado 28 Março 2022] , pp. 147-177. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>>. Epub 11 Maio 2010. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>.

DANTAS, Eduardo. (2019). **Respeitarei todas as suas opiniões que concordarem com as minhas**. O Conselho Federal de Medicina e seu peculiar conceito de autonomia do paciente. Revista Jurídica Luso-Brasileira (RJLB),5 (6), 581-597.
https://www.cidp.pt/revistas/rjlb/2019/6/2019_06_0581_0597.pdf.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. **Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training**. Reprod Health Matters. 2018;26(53):19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30106349.

DINIZ, Simone Grilo. **Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal**. Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano. v.19 n.2 p. 313-326. São Paulo ago. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012>. Acesso em: 0/04/202

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2005, v. 10, n. 3 [Acessado 15 Fevereiro 2022] , pp. 627-637. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e Mudança Social.** 316p. Izabel Magalhães, trad, rev e prefácio. Brasília: Editora UnB, 2001.

FERNANDES, Patricia Jacques. **ATO MÉDICO: Versões, visões e reações de uma polêmica contemporânea das Profissões da Área de Saúde no Brasil** [Dissertação de Mestrado]. 202p. História da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, Helenice do Nascimento. **As alterações no regime jurídico da capacidade civil da pessoa com deficiência com o advento da Lei 13.146/2015.** Jus.com.br 07/2021. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/91978/as-alteracoes-no-regime-juridico-da-capacidade-civil-da-pessoa-com-deficiencia-com-o-advento-da-lei-13-146-2015>>.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza. **Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil.** Interface, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1087-1091, out./dez. 2016. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/43505/2/ve_Dulce_Ferraz.pdf

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa. Mulheres, corpo e acumulação primitiva** (2004). Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

FILHO, José Marques; HOSSNE, William Saad. **Relação médico-paciente nos pareceres-consultas enviados ao Cremesp.** Rev. bioét. (Impr.) 2017; 25 (2): 371-81. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252197> .

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA (IFF/FIOCRUZ). Deixar de fazer manobra de kristeller: por que e como? 2018. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>> .

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**, (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 1979. Roberto Machado (7 ed.). 432 p. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

GIUSTINA, Tatiana Bragança de Azevedo Della. **Saúde e medicina no Brasil.** Revista Bioética v. 27, n. 4 (2019). Um novo caminho se inicia com a nova gestão do Conselho Federal de Medicina (CFM). Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2433>

GUIMARÃES, Maria Carolina S.; SPINK, Mary Jane Paris; ANTUNES, Mitsuko A. M.. **Do Respeito à Compreensão das Diferenças: um Olhar sobre a Autonomia.** Revista Bioética. v5, n.1. 2009 Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/359/460>

KAMPF, Cristiane; DIAS, Rafael de Brito. **A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2018, v. 25, n. 4 [Acessado 26 Março 2022] , pp. 1155-1160. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>> . ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500013>.

KELLER, Evelyn Fox. **"Reflections on gender and science. 1985."** *New Haven and* (1995).

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo.** Companhia das Letras. [Edição Kindle] (2019).

LAQUEUR, Thomas Walter. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** Trad Vera Whately - Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001. Original Harvard University Press, 1992.

LATOUR, Bruno. **"Diante de gaia." Oito conferências sobre natureza no antropoceno.** São Paulo: UBU [edição kindle] (2020A).

LATOUR, Bruno. **Onde aterrar? Como se orientar politicamente no antropoceno.** Brazil, Bazar do Tempo, 2020B.

LEAL, Maria do Carmo et al . **Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 35, n. 7, e00223018, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000905002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/04/2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915>

&lng=pt&tlng=pt> Acessos em 07 jul. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al . **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. Disponível:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004

&lng=en&nrm=iso>. Acesso 09/04/2020.

LEAL, Maria do Carmo et al . **Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 7, p. 2061-2070, July 2016 . Disponível:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702061

&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 08/04/2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. Cad. Saúde Pública, 2014 30 suppl 1, p. S17–S32, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso 10/04/2020

LEAVITT, Judith Walzer. **Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950.** New York, Oxford, Oxford University Press, 1986. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=B10adcwoaKYC&lpq=PP1&hl=pt-BR&pg=PA176#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em 23/04/2020

LOWY, Ilana. **The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house.** Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1161-1169, Dec. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000401161

&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/04/2020.

LUNA, Luis Eduardo. **Biosfera, Antropoceno e Animismo Ameríndio.** Cadernos SELVAGEM. Publicação digital. Dantes Editora. Biosfera, 2021. Disponível em:

<http://selvagemciclo.com.br/wp-content/uploads/2021/02/CADERNO16_LUNA.pdf>

LUZ, Madel. **Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna** [eletrônico]. 1988. Rodrigo Murtinho (ed). Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições

Livres, 2019. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/36799/2/Natural-Racional-Social.pdf>>.

Acesso em 29/04/2020.

MARTINS, Leonardo. **SECRETÁRIO DE PAZUELLO COM CADEIRA NO CFM É O ELO ENTRE O BOLSONARISMO E A CLASSE MÉDICA** Raphael Câmara defende abstinência sexual pregada por Damares, medida que dificulta aborto em caso de estupro e, claro, falso tratamento precoce contra a covid-19. (8 de Fevereiro de 2021). The Intercept Brasil, 2021. Disponível em: <<https://theintercept.com/2021/02/08/raphael-camara-secretario-de-pazuello-e-elo-entre-bolsonarismo-e-cfm/>>

MARTINS, Paula Vosne. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 287. Coleção História e Saúde. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd>>. Acesso em: 15/04/2020.

MENDONÇA, Sara. **Entre riscos fisiológicos e emocionais: a humanização do parto em uma maternidade pública carioca**. Rev. Teoria e Cultura v. 16 n. 1 (2021): Gênero, reprodução, sexualidade, raça e direitos sexuais e reprodutivos. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF. ISSN 2318-101x (on-line). ISSN 1809-5968 (print). Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/30815>> . Acesso 12/09/2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Despacho DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília. 2019. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso 12/04/2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. 2017. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>.

MOTT, Maria Lúcia. **Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960)**. Proj. História; 25Ç 19-219, São Paulo, 2002. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/10588/7878>>. Acesso em: 29/04/2020.

NEVES, Nedy Maria Branco Cerqueira; SIQUEIRA, José Eduardo. **Conselhos de medicina: criação, trajetória e consolidação**. Brasília méd ; 46(2): 140-149, 2009. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/his-18630>>. Acesso 19/08/2021

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo et al. **Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil** . Ciência &

Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 25, n. 11 [Acessado 2 Agosto 2021] , pp. 4531-4546. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>>. Epub 06 Nov 2020. ISSN 1678-4561.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience** ISBN 978-92-4-155021-5 2018
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

_____. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Hum Reprod Program 2015; 1-8. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 18/05/2020

_____. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 10/06/2020

_____. **Care in Normal Birth: a practical guide.** Department of reproductive health and research. Genebra, 1996. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/care-in-normal-birth-a-practical-guide/>>. Acesso em: 08/03/2020

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence.** Dubravka Simonovic (Special Rapporteur on Violence against Women). Human Rights Council. Special Rapporteur on Violence against Women. Secretary-General. Disponível em: <<https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>>. Acesso em: 09/03/2020.

_____. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994** in: Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/instrumentos-internacionais-de-direitos-das-mulheres/at_download/file>. Acesso em 08/03/2020.

PALHARINI, Luciana Aparecida. **Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil.** Cad. Pagu, Campinas , n. 49, e174907, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332017000100307&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08/03/2020

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Parirás com Dor.** CPMI sobre violência contra as mulheres. 2012. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>

PRANDI, Reginaldo. **Mitologia dos Orixás.** São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

PICHET, Sara Fernandes, CRUBELLATE, João Marcelo e VERDU, Fabiane Cortez. **A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2018, v. 25, n. 4 [Acessado 4 Agosto 2021] , pp. 1063-1082. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500009>>. ISSN 1678-4758.

PIOVESAN, Flávia. **DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS.** MPPE. Disponível em: <<http://goo.gl/bAuBwh>>. Acesso em 09 mar. 2020.

_____. **A proteção internacional dos direitos humanos das mulheres.** Cadernos Jurídicos, São Paulo, ano 15, no 38, p. 21-34, Janeiro-Abril/2014. Disponível em: <<http://www.tjsp.jus.br/download/EPM/Publicacoes/CadernosJuridicos/38vd%2002.pdf?d=636688301325046003>>. Acesso em: 09/03/2020.

PITANGUY, Jacqueline. **A carta das mulheres brasileiras aos constituintes: memórias para o futuro.** p.80-95. 2018. In: ARRUDA, Angela et al. Pensamento 56 feminista brasileiro: formação e contexto. Heloisa Buarque de Holanda (Org.). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, 400p.

PITANGUY, Jacqueline. **O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos.** In: GIFFIN, K. e HAWKER, C. (Org.). Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. p.19-38. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t4s9t>>. Acesso em 09/03/2020.

PORTO, Dora. **Bioethics in Latin America: challenge to hegemonic power.** Revista Bioética [online]. 2014, v. 22, n. 2 [Accessed 11 December 2021] , pp. 213-224. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422014222002>>. Epub 19 Aug 2014. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222002>.

PRADO, Marco Aurélio Maximo; CORREA, Sonia. **Retratos transnacionais e nacionais das cruzadas antigênero.** Rev. psicol. polít., São Paulo , v. 18, n. 43, p. 444-448, dez. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2018000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 ago. 2021.

RATTNER, Daphne; SANTOS, Marcos Leite dos; LESSA, Heloisa; DINIZ, Simone Grilo. **ReHuNa – a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento.**

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). **Mantida condenação de médico que negligenciou preenchimento de prontuário de gestante.** 29/07/2021. Disponível: <<https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/29072021-Mantida-condenacao-de-medico-que-negligenciou-preenchimento-de-prontuario-de-gestante.aspx>>. Acesso 12/12/2021.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SOUSA, Valéria. **Violência Obstétrica: Considerações sobre a violação de direitos humanos das mulheres no parto, puerpério e abortamento.** São Paulo: Artemis: 2015.

SILVA, Fernanda et al. **“Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX** 1 Pesquisa financiada pelo edital do Programa de Excelência em Pesquisa (Proep) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico(CNPq) . Saúde e Sociedade [online]. 2019, v. 28, n. 3 [Acessado 5 Agosto 2021] , pp. 171-184. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>>.

SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo et al. **Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 3, Mar 2021 [Acessado 5 Agosto 2021] , pp. 931-940. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.25782020>>. ISSN 1678-4561

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 2002

VILELA, Maurício. **O Parto animalizado.** 31 de dezembro de 2015. (artigo de internet) Olhar Atual, 2015. Disponível em: <<https://olharatual.com.br/o-parto-animalizado/>> Acesso: 04/06/2021

TEIXEIRA, Luiz Antônio, NAKANO, Andreza Rodrigues e NUCCI, Marina Fisher. **Parto e nascimento: saberes, reflexões e diferentes perspectivas.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2018, v. 25, n. 4 [Acessado 4 Agosto 2021] , pp. 913-915. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500002>>. ISSN 1678-4758.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Revista Estudos Feministas [online]. 2002, v. 10, n. 2 [Acessado 29 Março 2022] , pp. 483-492. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>>. Epub 08 Abr 2003. ISSN 1806-9584. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.

TORNQUIST, C.S.; SPINELLI, C.S. **Um jeito soviético de dar à luz: o parto sem dor.** História Oral, v.12, n.1-2, p.103-128, jan.-dez.2009. (Rio de Janeiro).

Disponível:

<[https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/90841/12836/historia%20oral Brasil ar t%20Hernandez%20Nova.pdf#page=130](https://iris.unito.it/retrieve/handle/2318/90841/12836/historia%20oral%20Brasil%20ar%20Hernandez%20Nova.pdf#page=130)>

TRINDADE, Edlene. "**Considerandos**" em atos normativos. Dois-pontos, ed. 37, julho 2016. NURT. Tribunal de Justiça do Distrito Federal. Disponível em: <https://bdjur.tjdft.jus.br/xmlui/bitstream/handle/tjdft/34696/37%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o_julho-2016_Considerandos%20em%20atos%20normativos.pdf?sequence=1>. Acesso em 29/03/2021. .

VALADARES, Carolina. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. 2018 (Notícia). Agência Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-invest-e-na-reducao-da-mortalidade-materna>>. Acesso em 09/04/2020.

VIOTTI, Maria Luiza Ribeiro. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. p 148-258. In: Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Heloisa Frossard (Organização). Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/publicacoes/outros-artigos-e-publicacoes/instrumentos-internacionais-de-direitos-das-mulheres/at_download/file>. Acesso em 05/04/2020.

WAGNER, M. Confessions of a dissident, pp. 366-395. In R Davis-Floyd & C Sargeant (eds.). **Childbirth and authoritative knowledge – cross-cultural perspectives**. University of California Press, Berkely e Los Angeles, 1997.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. **Autonomia versus beneficência**. Rev. Bioét (Impr.) 2011; 19(1): 105-17. Disponível em: <https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/download/611/627>.

WELTMAN, Wanda. Bibliografia comentada sobre medicalização do parto no Brasil, 2001-2017. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 25, n. 4, p. 1083-1127, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000401083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/06/2020.

YUILL et al. **Women's experiences of decision-making and informed choice about pregnancy and birth care: a systematic review and metasynthesis of qualitative research.** BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:343. Disponível: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03023-6>.

APÊNDICE - PLANILHA DE NORMATIVAS

	CONSELHO	PESQUISA	TIPO	Nº	ANO	EMENTA OU RESUMO	PARECERISTA	EIXO	LINK
1	CFM	PARTO	RESOLUÇÃO	2.232	2019	Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente.		AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232
2	CFM	OBSTETRÍCIA	DESPACHO COJUR	344	2019	Análise jurídica sobre o Projeto de Lei n. 435/2019 da Assembleia Legislativa de São Paulo.		AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2019/344
3	CFM	PARTO	DESPACHO COJUR	462	2019	Diante de recomendação do MPF, decide pela não alteração da resolução sobre recusa terapêutica	Marcella Oliveira Pinho (Assessora Jurídica), de acordo: José Alejandro Bullón (Chefe da COJUR)	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2019/462
4	CFM	PARTO	DESPACHO COJUR	528	2019	Diante de recomendação do CNMP, decide pela não alteração da resolução sobre recusa terapêutica	Marcella Oliveira Pinho (Assessora Jurídica), de acordo: José Alejandro Bullón (Chefe da COJUR)	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2019/528
5	CREMAM	OBSTETRÍCIA	PARECER	12	2019	INTERNAÇÃO PACIENTE APÓS PARTO DOMICILIAR		AUTONOMIA (local de parto)	https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/AM/2019/12_2019.pdf
6	CREMERJ	OBSTETRÍCIA	RESOLUÇÃO	293	2019	PROÍBE MÉDICOS DE ASSINAREM PLANOS DE PARTO		AUTONOMIA/BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2019/293
7	CRM/MS	OBSTETRÍCIA	PARECER	6	2019	Apreciação de PL que fere ato médico. Autonomia gestante x obstetra	Juberty Antônio de Souza (Aprov. em sessão plenária)	AUTONOMIA/BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2019/6

8	CREMESC	OBSTETRÍCIA	RESOLUÇÃO	193	2019	Proíbe a participação em parto domiciliar e assinatura de plano de parto	Andrea Antunes Caldeira de Andrada Ferreira (camara técnica de gineco e obstetrícia)	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/SC/2019/193
9	CFM	OBSTETRÍCIA	PARECER	32	2018	Expressão violência obstétrica é uma agressão contra medicina	Ademar Carlos Augusto	TODOS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32
10	CRM/MG	PARTO	PARECER	75	2018	Plano de Parto (limites autonomia médica e da parturiente)	Antônio Dircio Silveira	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2018/75
11	CRM-MG	PARTO	PARECER	13	2018	DIVAGAÇÃO SOBRE CONTORNOS DA AUTONOMIA PACIENTE	José Nalon de Queiroz	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2018/130
12	CRM/MS	PARTO	PARECER	6	2018	Comentários PL humanização e violência obstétrica	Eloina Brasil Ferreira Rodrigues, Juberty Antonio de Souza (de vista)	A/B	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2018/6
13	CRM/MS	PARTO	PARECER	13	2018	Comentários PL humanização e violência obstétrica	Juberty Antonio de Souza	A/B	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2018/13
14	CFM	PARTO	DESPACHO COJUR	341	2017	Questionamento sobre medidas judiciais e administrativas sobre PARTO DOMICILIAR (citação de resoluções sobre o tema, não há medida judicial)	Allan Cotrim do Nascimento Advogado do CFM De acordo: José Alejandro Búllon Chefe do COJUR	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/despachos/BR/2017/341
15	CRM/PR	PARTO	PARECER	2602	2017	Parto domiciliar e presença médico	CONS.ªREGINA CELI PASSAGNOLO SÉRGIOPIAZZETTA	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2017/2602
16	CREMESC	OBSTETRÍCIA	PARECER	2545	2017	lei de VO não fere os princípios de autonomia médica	Fabiana Rabelo Pereira Costa	AUTONOMIA/BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2017/2545
17	CFM	OBSTETRÍCIA	RESOLUÇÃO	2.144	2016	Cesariana eletiva 39 semanas		BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2144
18	CFM	OBSTETRÍCIA	PARECER	37	2016	ocitocina, cesariana e episiotomia	José Hiran da Silva Gallo	BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/37
19	CREMESC	PARTO	PARECER	2.486	2016	Enfermagem obstétrica, doula, plano de parto	Dorival Antonio Vitorello	TODAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SC/2016/2486

20	CREMEC	PARTO	PARECER	7	2016	DNV (parto domiciliar) e posse placenta	Dr. José Málbio Oliveira Rolim	BOAS PRÁTICAS (PD) / AUTONOMIA (Placenta)	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2016/7
21	CRM/MG	PARTO	PARECER	20	2016	questionamento sobre internação COMPULSORIA EM GESTANTES por COMPROMETIMENTO FETAL	Márcio de Almeida Salles	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2016/20
22	CRM/MG	PARTO	PARECER	150	2016	Critérios cesariana eletiva (não pode escolher cesárea em indução ou em trabalho de parto?)	VICTor Hugo de Melo	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2016/150
23	CRM-DF	PARTO	PARECER	2	2016	Objecção de consciência parto domiciliar	LUIZ FERNANDO GALVÃO SALINAS	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/DF/2016/2
24	CREMERS	OBSTETRÍCIA	PARECER	8	2015	anestesia obstetrica (eletividade; proibição de alimentos solidos em tp; anestesia simultânea)	Camara Tecnica	AUTONOMIA/ BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/RS/2015/8
25	CRM/TO	PARTO	PARECER	3	2014	Recomendação para não indicação rotineira de enema, tricotomia, indução ao parto (JUSTIFICATIVA DO CONSULENTE PARA MANUTENÇÃO DOS PROCEDIMENTOS, QUE FOI ACATADA NA RESPOSTA).	Jussara de Souza Martins Oliveira	BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/TO/2014/3
26	CREMESP	OBSTETRÍCIA	PARECER	94.869	2014	Episiotomia e violência obstétrica	Krikor Boyaciyan	AUTONOMIA/ BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/94869
27	CREMESP	OBSTETRÍCIA	PARECER	82003	2014	Procedimentos no RN e autonomia dos pais	Dr. Osvaldo Pires G. Simonelli, Advogado Chefe do Departamento Jurídico, subscrito pelo Conselheiro Henrique Carlos Gonçalves.	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2014/82003

28	CREMESP	PARTO	PARECER	109.3 84	2013	Sobre cesariana a pedido, bem como o que o médico obstetra deverá colocar na descrição da cesariana no campo "indicação". Discute cesariana eletiva no SUS.	Silvana Maria Figueiredo Morandini	AUTONOMIA/ NORMAS	https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2013/109384
29	CREMEC	PARTO	PARECER	22	2012	Questionamento médico sobre o direito acompanhante na cesárea: "Finalmente, somos obrigados a aceitar pessoas estranhas ao serviço no centro cirúrgico? Perdemos a autoridade sobre o nosso local de trabalho? Quem manda na sala de cirurgia? A ANS, o Ministério Público, os acompanhantes de pacientes, ou ainda somos nós?". Resposta: "A parturiente deve ser acompanhada por alguém em que ela confia, de preferência o marido...."	José Málbio Oliveira Rolim, Conselheiro		https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2012/22
30	CFM	PARTO	RECOMENDAÇÃO	1	2012	Recomenda-se que a realização do parto ocorra em ambiente hospitalar de forma preferencial por ser mais segura.	-	AUTONOMIA	https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/recomendacoes/BR/2012/1
31	CREMERJ	PARTO	RESOLUÇÃO	265	2012	PROIBE MEDICOS DE ATUAREM EM PARTOS DOMICILIARES OU EQUIPES BACK UP; PREVE NOTIFICAÇÃO DE COMPLICAÇÕES DE PARTOS ATENDIDOS EM DOMICILIO OU EM CASAS DE PARTO	Consª Márcia Rosa de Araujo, Presidente; Consº Sergio Albieri, Diretor Primeiro Secretário https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265	AUTONOMIA, COOPERAÇÃO E BOAS PRÁTICAS	https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/resolucoes/RJ/2012/265
32	CREMESP	OBSTETRICIA	PARECER	139.2 17	2012	Plano de parto	Krikor Boyaciyán	AUTONOMIA	https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/pareceres/SP/2012/139217
33	CRM/MS	PARTO	PARECER	13	2010	Em cumprimento ao Código de Ética não compete a esse Conselho parecer favorável a qualquer forma de coação para que o paciente se submeta a tratamentos que não queira - Recusa terapêutica (Sífilis na gestação)	Mara Luci Gonçalves Galiz Lacerda	AUTONOMIA	https://sistemas.cf m.org.br/normas/visualizar/pareceres/MS/2010/13

34	CRM/PR	PARTO	PARECER	2149	2010	Questionamento de gestante sobre humanização e quais profissionais trabalham com essa perspectiva	Hélcio Bertolozzi Soares	BOAS PRÁTICAS / AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/PR/2010/2149
35	CRM/PR	PARTO	PARECER	2119	2009	Questionamento sobre gestante que se recusa a fazer pré-natal. R- a autonomia da gestante não é completa pois existe um terceiro incapaz	ROBERTO ISSAMU YOSIDA, Aprovado em Reunião Plenária	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/PR/2009/2119
36	CRM-MS	PARTO	PARECER	10	2009	questionamento samu sobre aborto ou natimorto em via pública ou domicílio. Resposta com algumas linhas sobre questões morais envolvendo aborto + parto domiciliar como inadequado	Luciana Moura Covre	AUTONOMIA (aborto e PD)	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/MS/2009/10
37	CREMERS	PARTO	PARECER	11	2009	Questionamento: a quem cabe decisão sobre a via de parto?	Maria Lúcia da Rocha Oppermann	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/RS/2009/11
38	CREMERJ	PARTO	PARECER	190	2008	Questionamentos sobre cesariana a pedido, eletiva, no setor público: autonomia, orçamento e privilégio diante de usuárias da saúde suplementar	Arnaldo Pineschi de Azeredo Coutinho, Comissão de Bioética do CREMERJ	BOAS PRÁTICAS / AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/RJ/2008/190
39	CREMERJ	PARTO	PARECER	185	2007	O CREMERJ não aprova realização de partos em ambiente não-hospitalar, haja vista a possibilidade de complicações nem sempre previsíveis no desenrolar do trabalho de parto	Dra. Anna Lydia Pinho do Amaral Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia do CREMERJ; Cons. Luís Fernando Soares Moraes; Grupo de Trabalho Materno Infantil do CREMERJ	AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/RJ/2007/185
40	CRM/PR	PARTO	PARECER	1585	2004	CESARIANA	HELICIO BERTOLOZZI SOARES	BOAS PRÁTICAS/AUTONOMIA	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/PR/2004/1585
41	CRM/PR	PARTO	PARECER	1519	2003	CONSULTA SOBRE O DIREITO DO OBSTETRA DE ESCOLHER O PEDIATRA	DR. JOÃO HENRIQUE STEFFEN JÚNIOR	AUTONOMIA / AUTONOMIA PROFISSIONAL	https://sistemas.cfm.org.br/normas/vualizar/pareceres/PR/2003/1519



Rio de Janeiro, 12 de julho de 2023

Do: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos CEP/IFF
Para: Departamento de Pesquisa

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira informa que o projeto "O DISCURSO DOS CONSELHOS DE MEDICINA SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E AUTONOMIA DAS GESTANTES" do pesquisador Luiz Antonio da Silva Teixeira, está dispensado de ser submetido a este CEP pois pelo projeto apresentado trata-se de uma análise de documentos público, não envolvendo qualquer menção a coleta de dados com seres humanos.

Maria de Fátima Junqueira Marinho
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ, registrado na CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, em 25 de agosto de 1997, de acordo com o D.O.U. de 10 de outubro de 1996.
Credenciado no Department of Health and Human Service (DHHS) / Office for Human Research Protections (OHRP) IRB00010528 válido até 11/07/2021.