



Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Mariana Marques Pulhez

*Autonomia, consentimento e informação de qualidade:
controvérsias e disputas na construção da violência
obstétrica no Brasil*

Campinas

2022

Mariana Marques Pulhez

Autonomia, consentimento e informação de qualidade: controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil

Tese apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Antropologia Social.

Orientadora: Guita Grin Debert

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA
PELA ALUNA MARIANA MARQUES
PULHEZ E ORIENTADA PELA PROF.^a
DR.^a GUITA GRIN DEBERT.

Campinas

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Paulo Roberto de Oliveira - CRB 8/6272

P966a Pulhez, Mariana Marques, 1984-
Autonomia, consentimento e informação de qualidade : controvérsias e disputas na construção da violência obstétrica no Brasil / Mariana Marques Pulhez. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Guita Grin Debert.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Violência obstétrica. 2. Parto humanizado. 3. Conceito fronteira. 4. Controvérsias. 5. Direitos sexuais e reprodutivos. I. Debert, Guita Grin, 1948-. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Autonomy, consent and quality information : controversies and disputes in the construction of obstetric violence in Brazil

Palavras-chave em inglês:

Obstetric violence

Humanized childbirth

Boundary concept

Controversies

Sexual and reproductive rights

Área de concentração: Antropologia Social

Titulação: Doutora em Antropologia Social

Banca examinadora:

Guita Grin Debert [Orientador]

Jane Araujo Russo

Cynthia Andersen Sarti

Carmen Simone Grilo Diniz

Maria Filomena Gregori

Data de defesa: 30-05-2022

Programa de Pós-Graduação: Antropologia Social

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-1520-360>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/2580327857327377>



Universidade Estadual de Campinas
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, composta pelas Professoras Doutoradas a seguir descritas, em sessão pública realizada em 30 de maio de 2022, considerou a candidata Mariana Marques Pulhez aprovada.

Prof.^a Dr.^a Guita Grin Debert

Prof.^a Dr.^a Jane Araujo Russo

Prof.^a Dr.^a Cynthia Andersen Sarti

Prof.^a Dr.^a Carmen Simone Grilo Diniz

Prof.^a Dr.^a Maria Filomena Gregori

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertações/Teses e na Coordenadoria do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Para Catarina, Jonatan, Luíza e Maísa, que nunca soltaram minhas mãos.

Agradecimentos

Parir uma tese: trabalho de parto árduo, ora com contrações ritmadas, ora sem nenhuma contração. O colo do útero demorou a dilatar, as dores foram muito fortes em vários momentos. Mas ela nasceu. Nasceu de uma longa gestação de sete anos, e sem o suporte emocional e muitas vezes físico de tantas pessoas que “doularam” este trabalho de parto, eu não poderia ter dado à luz este fruto que se segue nas próximas páginas. Foram nas relações cotidianas de afeto, carinho, alegrias, angústias, dores, contentamentos e descontentamentos que esta tese foi gerada, gestada e parida. Sob o risco de deixar muita gente de fora, é com grande emoção que declaro minha profunda gratidão às tantas pessoas e instituições que me “doularam” ao longo desses anos todos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, agradeço os primeiros meses de financiamento desta pesquisa. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, agradeço pelas bolsas de pesquisa no país e no exterior (processos Fapesp nº2015/09862-0 e 2017/03615-7), imprescindíveis para a realização desta pesquisa de doutorado. Ambas as agências foram fundamentais para que esta tese fosse elaborada com a qualidade necessária.

Agradeço também às funcionárias e funcionários do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - IFCH pela dedicação aos trâmites burocráticos diários da universidade. Às funcionárias e funcionários da limpeza e do bandejão, também dedico meus agradecimentos pelo trabalho que mantém a universidade de pé todos os dias.

Quero expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que dedicaram um pouco de seu tempo me concedendo entrevistas, dialogando comigo sobre a cena obstétrica brasileira, abrindo espaços para que eu pudesse ouvir e aprender tanto sobre a assistência ao parto, os direitos das mulheres e o trabalho árduo e sério que o ativismo pela humanização do parto e do nascimento faz em prol

da saúde e da vida das mulheres. Saibam que encontram em mim uma aliada nesta luta cotidiana.

Obrigada, Maria Filomena Gregori e Sonia Hotimsky, pela leitura cuidadosa do texto de qualificação e pelas sugestões realizadas. Agradeço também às professoras Cynthia Sarti, Jane Russo, Maria Filomena Gregori e Simone Diniz por aceitarem o convite para compor a banca final e pelos comentários e sugestões por ocasião da defesa. Registro também meus agradecimentos a Maria Conceição da Costa, Marina Nucci e Taniele Rui pelo aceite para compor a suplência da banca.

À Guita Grin Debert, minha orientadora, agradeço a compreensão, o acolhimento, a confiança e a autonomia concedida durante todo o processo de pesquisa e escrita da tese. Nossos onze anos de parceria marcaram por definitivo minha trajetória acadêmica. Obrigada por abrir as portas para aquela menina ainda um pouco perdida após alguns anos afastada da universidade, que tinha uma ideia de estudar maternidade, mas não sabia como e nem por onde começar. Os desafios impostos por Guita ao me inquirir curiosamente sobre meus objetos de pesquisa, tanto no mestrado como no doutorado, podem ser vistos em cada linha dos meus textos. Obrigada.

Às professoras e professores do IFCH, em especial os do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, deixo meus sinceros agradecimentos. Quero agradecer, sobretudo, à Heloísa Pontes, minha primeira orientadora, ainda na graduação, que me ensinou os primeiros passos para me tornar antropóloga. Devo a ela a decisão por me aprofundar nos estudos antropológicos e começar a traçar os caminhos que me trouxeram até aqui.

Agradeço, ainda, à professora Ilana Löwy, pelo acolhimento no Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société – CERMES3, durante o estágio doutoral em Paris, França. Obrigada pela inserção nos seminários da École des Hautes Études en Sciences Sociales – EHESS e pelas riquíssimas indicações bibliográficas que foram, por fim, fundamentais na elaboração desta tese. Agradeço,

também, a Sezin Topçu e Chiara Quagliariello pela coordenação dos seminários "Sciences, techniques, genre" et "Technologies reproductives et d'enfantement: régulations du risque, gouvernement du corps, controverses publiques", onde tive a oportunidade única de apresentar meu trabalho para o público francês.

Agradeço aos colegas de doutorado e mestrado das turmas de 2015 do PPGAS pelo compartilhamento de leituras e ideias sobre Antropologia e pela leitura atenta ao meu projeto na disciplina de Seminários de Projeto. Obrigada, também, às colegas de orientação pelos comentários instigantes sobre alguns trechos da minha tese e por me ensinarem tanto com seus trabalhos de pesquisa.

Voltando à França, agradeço aos amigos e colegas da Maison du Brésil, onde vivi momentos inesquecíveis da minha trajetória pessoal e acadêmica. Stephanie, Diogo, Jota, Carol, Mariela, Laís, Nayara e Bia, nunca me esquecerei das tantas risadas que demos naquele ano e das nossas festas na cafeteria. Laizoca, Nay e Bia: obrigada por tanto apoio nos meus momentos mais difíceis. Não posso deixar de agradecer a Ana, Thabata, Laís Di Bella e Tati pela amizade querida. E também não tenho como deixar de dar meu obrigada ao Fabriccio, que precisou sair de Paris e vir para Campinas para se tornar um amigo tão querido. Obrigada pelas trocas e apoio. Por fim, deixo meu agradecimento especial a Adriana Medronho, pelas horas intermináveis de conversas, por me ver para além de um joelho machucado, por compartilhar comigo as angústias da vida acadêmica e por dividir o trabalho para lá de cansativo do Comitê de Residentes. Obrigada pela amizade sincera, amiga.

Ao "Bonde do Igarapé", meus agradecimentos para lá de especiais: Paula Freitas, Rodrigo Fessel, Rodolfo Reis, Catarina Trindade, Flávia Paniz, Ana Elisa Bersani, Lis Blanco, Jonatan Sacramento, Maísa Fidalgo, Julian Simões, Mauro Brigueiro, Berenice Morales e Luíza Hortelan, corro o risco de escrever uma nova tese só para agradecer a presença de vocês nesta trajetória. Paula, obrigada pelas consultas jurídicas sobre problemas cabeludos da minha tese, regadas a bandeirão ou a cerveja. Rodrigo, querido, agradeço demais sua ajuda com as burocracias fapespianas e, claro, pelas risadas de doer a barriga. Rodolfo, amado, obrigada pelas

acolhidas carinhosas na sua casa em Brasília para meu trabalho de campo. Flávia, obrigada pela companhia querida e divertida no seu semestre no Guanabara. Ana Elisa, pela doçura no trato diário, e Lis, pelo apoio na corrida final da tese e pelo passeio gostoso naquele dia em Berkeley, meu muito obrigada. Berenice, obrigada por essa amizade tão doce e sincera, que mesmo de tão longe permanece forte. Maurinho, como agradecer tanto carinho e tanto cuidado nas recepções calorosas em sua casa? Muito obrigada, meu amigo. Julian, não tenho palavras para expressar minha gratidão pela leitura de trechos da tese. Agradeço muito sua amizade, seus áudios gigantes, seu incentivo para me dar forças para terminar.

Catarina, Jonatan, Luíza e Maísa, “obrigada” não resume nem de longe a importância que vocês tomaram na minha vida durante esses tempos de doutorado. Sobretudo durante os duros anos de pandemia – quando esta tese foi escrita –, a companhia virtual de vocês e nossas trocas diárias com figurinhas, memes, piadas, dicas de leitura, receitas, lamúrias, fofocas, orientações acadêmicas e o reforço cotidiano de que não sou uma impostora foram essenciais para me manter de pé. Obrigada por jamais terem soltado as minhas mãos.

Não posso deixar de fazer um agradecimento à parte para o Jonatan, ou Jota Jota, como gosta de ser chamado. Um feliz encontro nesses anos de doutorado que rendeu mais que um colega e amigo, mas um companheiro de casa que, além de tudo, foi praticamente um orientador desta tese com dicas de bibliografia, trocas de ideias sobre Antropologia da Saúde e História da Ciência, além de me ajudar com planejamentos de trabalho. Obrigada por tudo, minha “marida”.

À minha “segunda família”, deixo um agradecimento especial: Bárbara Castro, Carolina Cavazza, Nathalia Oliveira, Talita Castro, Glaucia Destro, Vanessa Ortiz e Vítor Queiroz. Há 20 anos juntos nessa empreitada maluca que é viver, vocês fizeram e fazem da minha vida – pessoal e acadêmica – muito melhor.

Às minhas queridas amigas Júlia Lucca, Karina Souza, Danusa Bertagnoli e Patrícia Arouca, deixo um imenso obrigada pela companhia nas cervejas e nos

sambas, pela troca carinhosa, pelas ajudas com revisões de textos em inglês, português e francês.

Ao Hugo Ciavatta, pela amizade estreitada em tempos de Ribeirão Preto e pelo cuidado carinhoso com minhas gatas, Nina e bell, agradeço muito, de coração.

Ao Rafael Carneiro agradeço o companheirismo no início desta aventura chamada doutorado. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Quero também agradecer às minhas amigas e colegas do PiniOn, que nos últimos dois anos dividiram as telas comigo no cotidiano de trabalho. Em especial, agradeço à Tayná Ribeiro pela amizade bonita que construímos e pelas palavras de incentivo quando achava que não daria conta. Talita, Nathalia e Glaucia, tenho sorte de estar lado a lado com vocês nesse dia a dia maluco que vivemos. Obrigada.

À minha família, um agradecimento muito especial: à minha mãe, Cristina, agradeço a construção do apreço pela leitura, pelo interesse pelas humanidades. Agradeço, sobretudo, pela revisão gramatical desta tese. Sei que o fez com muito amor e carinho. Ao meu pai, Nilo, obrigada pelo apoio e suporte constantes, e sobretudo pelo apoio financeiro e emocional em momentos delicados da minha saúde mental. À minha irmã, Magaly, deixo um obrigada do tamanho do mundo: minha companheira de vida e amiga, obrigada por me fazer entender que uma tese é só uma tese. Obrigada pela acolhida em sua casa em momentos em que eu precisava de apoio e concentração. Agradeço demais por tudo, de coração. Aos meus sobrinhos, Catarina e Miguel, devo a existência desta pesquisa: tudo começou com eles, nascidos em casa, desestabilizando tudo o que eu conhecia sobre o universo do parir e maternar. Obrigada pela inspiração e por colorirem a minha vida. Ao João Marcos, cunhado, agradeço por me receber na sua casa tantas vezes e pelas trocas intelectuais sempre tão instigantes. Tia Marly, minha segunda mãe: obrigada por sempre acreditar em mim e pelo amor incondicional. Por fim, Nali, minha querida: obrigada pelos almoços quando minha vida esteve tão corrida e pelo carinho sincero.

Finalmente, agradeço à Luciana Vieira, um amor inesperado que surgiu na reta final desta tese. Obrigada por ter acreditado em mim e pelo suporte fundamental nos momentos de ansiedade e falta de sono com a chegada do prazo de entrega do texto. Agradeço por entender meus tempos, meus ritmos, por me respeitar por inteiro. Você foi e tem sido muito importante no fechamento deste ciclo.

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
A vida não para
Enquanto o tempo acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora vou na valsa
A vida é tão rara*

*Enquanto todo mundo espera a cura do mal
E a loucura finge que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência
E o mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência*

*Será que é o tempo que lhe falta pra perceber
Será que temos esse tempo pra perder
E quem quer saber?
A vida é tão rara, tão rara*

*Mesmo quando tudo pede um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede um pouco mais de alma
Eu sei, a vida não para
A vida não para, não

A vida não para, não*

(Paciência – Lenine)

Resumo

Esta tese analisa as controvérsias envolvidas na construção da *violência obstétrica* enquanto um problema social, jurídico e científico no contexto brasileiro. Considerando o crescimento, na última década, de uma agenda política de reivindicações em torno dos direitos das mulheres no parto - pautada pelo chamado *movimento pela humanização do parto e nascimento* -, trata-se de compreender as arenas de disputas envolvidas nas definições de *violência obstétrica* e seus efeitos nas discussões acerca da assistência obstétrica no Brasil. Com base numa metodologia qualitativa, foi realizada uma etnografia dos usos de *violência obstétrica*, perseguindo a expressão em espaços de debates acerca da assistência ao parto: seminários, palestras, congressos de medicina, congressos militantes, cursos de formação para advogados, audiências públicas, entre outros; além disso, foram analisados documentos referentes à questão da *humanização do parto e do nascimento*, como pareceres, resoluções, portarias, leis e projetos de leis e realizadas entrevistas com personagens importantes nas controvérsias em torno da *violência obstétrica*. A tese mostra que *violência obstétrica* pode ser lida como um conceito fronteira, isto é, um conceito vago, impreciso, e de difícil definição, e que por isso mesmo vem ganhando cada vez mais espaço nas agendas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Desta maneira, coloca-se em perspectiva a composição de uma gramática própria do combate à *violência obstétrica*, dada através da articulação entre o léxico dos direitos humanos e o da ciência, e que se traduz nas ideias de *autonomia, consentimento e informação de qualidade*.

Palavras-chave: violência obstétrica - parto humanizado - conceito fronteira - controvérsias - direitos sexuais e reprodutivos

Abstract

This thesis analyzes the controversies around the framing of *obstetric violence* as a social, legal, and scientific problem in the Brazilian context. Considering the growth, in the last decade, of a political agenda about the rights of women in childbirth - guided by the so-called movement for the humanization of childbirth-, it is aimed at understanding the arenas of disputes around the definitions of *obstetric violence* and its effects on discussions about obstetric care in Brazil. Based on a qualitative methodology, an ethnography of the uses of *obstetric violence* was carried out, pursuing its expression in spaces of debate about childbirth: seminars, lectures, medical congresses, activist congresses, training courses for lawyers, public hearings, among others. In addition, documents referring to the issue of the humanization of labor and birth were analyzed, such as expert's reports, legal views, resolutions, ordinances, laws, and bills; and interviews were carried out with important characters in the controversies surrounding *obstetric violence*. The thesis shows that *obstetric violence* can be read as a boundary concept, that is, a vague, imprecise concept, difficult to define, and that for this very reason has been gaining more and more space in the agendas about sexual and reproductive rights of women. Therefore, the composition of a specific grammar for the fight against *obstetric violence* is put into perspective, which is given through the articulation between the lexicon of human rights and science and is translated into the ideas of *autonomy, consent, and quality information*.

Keywords: obstetric violence - humanized childbirth - boundary concept - controversies - sexual and reproductive rights

Résumé

Cette thèse analyse les controverses impliquées dans la construction de la *violence obstétricale* en tant que problème social, juridique et scientifique dans le contexte brésilien. Considérant la croissance, au cours de la dernière décennie, d'un agenda politique de revendications autour des droits des femmes en couches - guidé par le soi-disant *mouvement pour l'humanisation de l'accouchement et de la naissance* -, il s'agit de comprendre les arènes de conflits impliquées dans les définitions de la *violence obstétricale* et ses effets sur les discussions à propos de soins obstétricaux au Brésil. Sur la base d'une méthodologie qualitative, une ethnographie des usages de la *violence obstétricale* a été réalisée, poursuivant l'expression dans des espaces de débat sur les soins à l'accouchement : des séminaires, des conférences, des congrès médicaux, des congrès militants, des formations d'avocats, des auditions publiques, entre autres. En outre, des documents faisant référence à la question de l'humanisation du travail et de l'accouchement ont été analysés, tels que des avis, des résolutions, des ordonnances, des lois et des projets de loi, et des entretiens ont été réalisés avec des personnages importants dans les controverses entourant la *violence obstétricale*. La thèse montre que la *violence obstétricale* peut être lue comme un concept frontière, c'est-à-dire un concept vague, imprécis et difficile à définir, et que pour cette raison elle prend de plus en plus de place dans les agendas des débats sur les droits sexuels et reproductifs. Ainsi, il est mise en perspective la composition d'une grammaire propre à la lutte contre la *violence obstétricale*, donnée par l'articulation entre le lexique des droits humains et celui de la science, traduite par les notions *d'autonomie, de consentement et d'information de qualité*.

Mots-clés: violence obstétricale - humanisation de l'accouchement - concept frontière - controverses - droits sexuels et reproductifs

Lista de Abreviaturas e Siglas

ALESP - Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo

BEMFAM - Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar

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

CEPAIMC - Centro de Assistência Integrada à Mulher e à Criança

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN-SP - Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

CPMI - Comissão Parlamentar Mista de Inquérito

CPN - Centro de Parto Normal

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

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

HAE - Hospital Albert Einstein

IHI - Institute for Healthcare Improvement

IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes

MBE - Medicina Baseada em Evidências

MS - Ministério da Saúde

MPF - Ministério Público Federal

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização não governamental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSS - Organizações Sociais da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PL - Partido Liberal

PRTB - Partido Renovador Trabalhista Brasileiro

PSL - Partido Social Liberal

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

S.I.V.O. - Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales

SIAPARTO - Simpósio Internacional de Assistência ao Parto

SUS - Sistema Único de Saúde

Glossário de termos técnicos

Amniotomia - ruptura artificial das membranas amnióticas (bolsa).

Ciclo gravídico-puerperal - período que compreende desde a concepção até o puerpério.

Distócia - complicações que podem comprometer o bom andamento do parto.

Enema - lavagem intestinal realizada em hospitais em partos vaginais.

Episiorrafia - sutura realizada no períneo após episiotomia.

Episiotomia - incisão no períneo, realizada sob a justificativa de facilitar a saída do bebê e evitar lacerações mais graves.

Exames de toque - realizados para aferir o grau de dilatação do colo do útero, que deve alcançar os 10cm para que a criança possa nascer.

Fórceps - par de colheres metálicas utilizadas para retirar o bebê de dentro da mãe, através da tração da cabeça.

Litotomia/Posição litotômica - posição em que mulher fica deitada de costas, com os pés para cima.

Manobra de Kristeller - procedimento em que um profissional de saúde apoia os braços com força na parte superior do abdômen da gestante e empurra o bebê para que ele saia mais rápido.

Ocitocina sintética - hormônio artificial usado para acelerar contrações do trabalho de parto.

Parto pélvico/parto em apresentação pélvica - parto em que o bebê se encontra com os pés para baixo, nascendo por último a cabeça.

Prolapso de cordão – complicação obstétrica em que o cordão umbilical nasce antes que o bebê, podendo ficar preso entre a cabeça do bebê (ou outras partes do corpo) e o canal vaginal, interrompendo o fluxo normal de oxigênio do bebê.

Puerpério – período de em torno de 40 dias após o parto

Ruptura uterina/ Rotura uterina – rompimento das paredes do útero.

Tricotomia – raspagem dos pelos pubianos.

VBAC – Vaginal Birth After Cesarean (parto vaginal após cesariana)

Lista de figuras

Figura 1: Gráfico retirado da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”	93
Figura 2: Cicatriz de cesariana. Projeto 1:4, Carla Raiter	95
Figura 3: Cicatriz de episiotomia. Projeto 1:4, Carla Raiter.....	95
Figura 4: Demonstrações de exame de toque	125
Figura 5: Foto de parturiente amarrada à maca.....	126
Figura 6: Manobra de Kristeller sendo realizada em parturiente	127
Figura 7: Imagens de sutura (episiorrafia).....	128
Figura 8: Decisão paradigma sobre homicídio culposo em caso de episiotomia resultante em morte	131

Sumário

Introdução	23
Caminhos de pesquisa: da <i>maternidade ativa</i> à <i>violência obstétrica</i>	24
Dos modos de fazer pesquisa: etnografia de um conceito	42
Da organização dos capítulos	43
Saberes situados e convenções de escrita	45
Capítulo 1 - A humanização do parto no Brasil: políticas do conhecimento e a emergência do conceito de <i>violência obstétrica</i>	49
Introdução	49
Ativismo baseado em evidências	57
Parte I - Direitos sexuais e reprodutivos	62
Caminhos para a <i>humanização</i>	62
Parte 2 - Ativismos pela humanização do parto e do nascimento	70
ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento	70
A IV Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento	73
A Parto do Princípio e suas ações	79
A ONG Artemis e o fortalecimento do conceito de <i>violência obstétrica</i>	86
Perseu Abramo e Nascer no Brasil	92
Capítulo 2 - <i>Não existe autonomia de verdade sem informação de qualidade: articulações entre informação, autonomia e consentimento</i> nos debates sobre <i>violência obstétrica</i>	105
Introdução	105
Parte I – Tecendo direitos	114
O Curso de Formação em Direito da Mulher e Combate à Violência Obstétrica	114
Parte II – Controvérsias em torno da noção de autonomia	133
A <i>Lei da Cesárea</i>	133
O império da autonomia	140
Capítulo 3 - Saberes disputados: os profissionais na cena obstétrica brasileira	147
Introdução	147
Parte I – Doulas, obstetrizes e enfermeiras obstétricas: arenas de disputas profissionais	151
<i>Ah, é parto com doula, né?</i>	151
Obstetrizes e enfermeiras obstétricas	155
Parte II – Quem pratica a <i>violência obstétrica</i> ?	171
Resistências ao uso do conceito de <i>violência obstétrica</i>	171
Considerações finais	185

Referências	192
Bibliografia citada	192
Documentos citados	203
Notícias de jornal, sites e blogs	213
Vídeos	217

Introdução

Na madrugada de 1º de abril de 2014, um oficial de justiça e policiais armados bateram na porta da casa de Adelir em Torres-RS. O motivo: ela deveria acompanhá-los até o hospital e se submeter a uma cesariana por ordem judicial. Justificativa: ela estaria colocando em risco a sua vida e a do bebê de 41 semanas de gestação ao *insistir*¹ em ter um parto normal.

Na tarde anterior ao episódio, dia 31 de março, a então dona de casa, moradora da zona rural de Torres, havia estado num hospital público da cidade (o mesmo onde ela havia realizado todo o pré-natal), apresentando o início das contrações que indicavam que seu parto estava para acontecer nas horas seguintes. Mãe de duas crianças nascidas por cesarianas, Adelir queria dessa vez que seu terceiro filho – uma menina – viesse ao mundo *naturalmente*, mas deparou-se com a resistência da médica de plantão que a atendeu, pois o bebê estava em posição pélvica, isto é, estava “sentado”. A profissional responsável pelo caso indicou uma cesariana naquele mesmo momento, pois, segundo sua concepção, uma mulher com duas cesáreas prévias e um bebê sentado significava um parto de *alto risco* que poderia ocasionar a morte tanto do feto quanto da mãe.

Munida de informações, como se costuma dizer no *movimento pela humanização do parto e do nascimento*, e acompanhada de uma doula, Adelir se recusou a ser submetida a uma cesárea, pois tinha conhecimento de casos em que mulheres com cesarianas prévias e bebês pélvicos haviam parido por via vaginal e, portanto, ela acreditava que poderia, se quisesse, enfrentar todos os riscos envolvidos e ter sua filha da maneira como ela desejava. Assinou o termo de responsabilidade do hospital e voltou para casa, onde deu continuidade ao trabalho de parto e de onde pretendia partir para outra instituição de saúde apenas quando os profissionais de lá não tivessem outra alternativa a não ser realizar o parto *normal*.

¹ As convenções de escrita da tese serão melhor detalhadas à frente, mas por ora cabe destacar que termos, expressões e frases de origem êmica serão grafados em itálico.

Nesse meio tempo, o turno do plantão no hospital em que Adelir havia sido atendida mudou. Na troca, a primeira médica informou uma segunda sobre o caso da então parturiente e, em conjunto, elas decidiram que deveriam acionar a justiça para proteger a vida de mãe e filha. Através da figura de um promotor de justiça, apresentaram argumentos que corroborassem a tese de que mãe e bebê corriam risco de morte, e conseguiram que uma juíza concedesse uma liminar obrigando aquela mulher a se submeter à cirurgia. Adelir, então, foi levada à força pela polícia para o hospital onde passaria, contra a sua vontade, pela sua terceira cesariana, e onde lhe teria sido negado o direito, garantido por lei (BRASIL, 2005), de ter seu marido como acompanhante durante a cirurgia².

O caso Adelir, sem precedentes, causou indignação entre ativistas do *movimento pela humanização do parto e do nascimento*, que realizaram uma série de protestos pelo Brasil a favor da gestante, denunciando as violações dos direitos humanos de Adelir sob a bandeira do que se tem chamado de *violência obstétrica*. Como resultado do ocorrido com Adelir, foi redigido o primeiro projeto de lei em nível federal no Brasil tipificando a *violência obstétrica* (BRASIL, 2014a)³, além da convocação de audiências públicas para debater casos desse tipo de *violência* e a assistência ao parto no Brasil.

Caminhos de pesquisa: da *maternidade ativa* à *violência obstétrica*

Os eventos de 2014 marcam uma agenda de reivindicações em torno da luta pelo reconhecimento da *violência obstétrica* enquanto uma *violência* que *existe* e que atingiria uma parcela considerável das gestantes do Brasil. Coincidentemente, foi também em 2014 que eu terminava de redigir minha dissertação de mestrado (PULHEZ, 2015) sobre a noção de *maternidade ativa* a partir do estudo de um blog materno, cujas autoras escreviam posts compartilhando suas experiências maternas e

² O relato feito aqui é baseado em notícias de blogs e jornais veiculadas na época dos eventos. Para uma ideia da repercussão do caso na mídia, ver Brum (2014), Barifouse (2014), Sena (2014), Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (2014) e Khazam (2014).

³ PL 7633/2014. De autoria de integrantes de uma ONG, a Artemis, o projeto de lei foi assinado pelo então deputado Jean Wyllys, na época filiado ao Partido Socialismo e Liberdade (PSOL).

defendiam uma *maternidade ativa e consciente*. Entre muitas das discussões feitas no blog, estavam também aquelas voltadas à questão do parto e do nascimento; mais especificamente, discussões sobre a importância da *humanização do parto e do nascimento* para a construção de um *mundo melhor*.

Na ocasião da pesquisa de mestrado, chamava-me a atenção o investimento dado à troca de experiências maternas, a necessidade de compartilhá-las com outras mulheres e, em particular, a valorização dada à maternidade e o lugar privilegiado que ela parecia tomar na vida de mulheres autoras de blogs maternos. Destaca-se, sobretudo, a realização da maternidade *pensada e discutida, ativa e consciente*, adjetivos que acompanham os modos de exercício materno no universo do que se entende como *humanização do nascimento*.

Foi a partir de uma análise dos posts do *Blog Mamíferas*⁴ e dos comentários de suas leitoras que propus, na época, desenvolver uma pesquisa sobre as concepções de maternidade *ativa e consciente* (re)formuladas por mães que compartilham suas experiências através de blogs da Internet. Buscava compreender, sobretudo, que tipo de implicação a reivindicação de uma identidade de *mãe ativa* poderia ter para as lutas feministas que, particularmente a partir da segunda metade do século XX, negaram a maternidade por reconhecer, nela, um lugar de opressão e de essencialização, pela natureza e pelo instinto, das mulheres⁵. Ou seja, que tipo de reverberação essa reivindicação teria na luta pela igualdade entre homens e mulheres? Que tipo de posição ocupavam os homens e pais nesse que vim a chamar de projeto *mamífero* de maternidade? Ao questionarem o modelo obstétrico vigente, estariam elas assumindo uma posição reflexiva (GIDDENS, 1993) diante das concepções predominantes da medicina ou, pelo contrário, estariam se conformando a novos discursos de saber-poder (FOUCAULT, 2005), em que predominaria uma nova biopolítica do nascer?

⁴ O blog tinha três autoras, as autodenominadas *mamíferas*, e ficou no ar de 2008 a 2014.

⁵ Uma autora que marcou uma parte dos estudos feministas nesta perspectiva da maternidade enquanto um lugar de opressão foi a filósofa francesa Elisabeth Badinter, particularmente em seu livro *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (BADINTER, 1985).

No que diz respeito à discussão sobre feminismos, se é verdade que meu questionamento partiu, sobretudo, de um incômodo pessoal com a valorização da maternidade e o risco de um retorno à natureza – algo que os estudos feministas e de gênero procuram desconstruir –, a temática foi mais presente do que se poderia imaginar em um blog cujo título carregava consigo a palavra “mamíferas”. As autoras do blog se reconheciam como feministas e não raras vezes escreviam textos refletindo sobre o assunto. Para mim, fazia-se patente compreender que tipo de feminismo elas reivindicavam para si.

Além disso, meu trabalho de campo se estendeu a eventos presenciais e foi no início dele que me deparei pela primeira vez com o conceito de *violência de obstétrica*. O ano era 2012 e eu estava acompanhando a Marcha pelo Parto em Casa em Campinas-SP – no distrito de Barão Geraldo –, que foi uma manifestação em defesa da escolha pelo local de parto e em defesa do médico obstetra Jorge Kuhn, aliado do *movimento pela humanização do parto e do nascimento* no Brasil. Jorge Kuhn havia declarado em rede nacional alguns dias antes, no programa de televisão Fantástico da Rede Globo, que considerava o parto domiciliar perfeitamente possível para gestantes de *risco habitual*⁶, ou seja, gestantes que estivessem em condições de saúde favoráveis ao parto vaginal⁷. Sua declaração repercutiu negativamente entre algumas entidades médicas, entre elas o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), que denunciou Jorge Kuhn ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP)⁸ por falta de ética ao defender uma prática considerada *muito arriscada* pelos conselheiros do CREMERJ. Na semana

⁶ De acordo com uma nota técnica do Ministério da Saúde (SOCIEDADE..., 2019), as gestações podem ser classificadas de alto risco, risco intermediário ou de risco habitual. Gestações de alto risco precisam ser acompanhadas por médicos obstetras, mas as de risco habitual e intermediário podem ser acompanhadas por médicos de família, enfermeiras obstétricas ou obstetrizes.

⁷ As categorias *normal*, *natural* e *humanizado* circulam no universo obstétrico fluidamente, abrangendo distintos significados. Considerando esta multiplicidade, opto por usar “parto vaginal” para me referir mais amplamente aos partos realizados via vagina. Assim, pode-se incluir aí aqueles que acontecem em casa, nos hospitais, em casas de parto, desassistidos, nas filas dos hospitais, em trânsito, ou seja, todo parto que não seja uma cirurgia cesariana. Busco, desta maneira, usar um termo mais “neutro”, para evitar cair nas armadilhas dos juízos de valor.

⁸ Jorge Kuhn é ginecologista e obstetra pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), tendo o CREMESP como o conselho regulador de sua prática médica.

seguinte, dezenas de cidades em todo o país sediaram a Marcha pelo Parto em Casa, reunindo milhares de ativistas em prol *humanização do parto e do nascimento*.

Ao final da Marcha do Parto em Casa em Campinas, os manifestantes se reuniram ao redor de um pequeno palco em uma praçinha e algumas mulheres relataram suas experiências de parto, uma delas tendo afirmado ter sido *vítima de violência obstétrica* alguns anos antes. Foi aí, então, que ouvi o termo pela primeira vez e voltei minha atenção ao tema, buscando compreender os significados operados por ativistas da *humanização do parto* em torno de atos classificados como *violência obstétrica*.

Foi também em 2012 que o documentário *Violência Obstétrica: a voz das brasileiras* foi lançado (VIOLÊNCIA..., 2012). Produzido pela autora de um blog materno, o vídeo reúne diversos depoimentos de mulheres que se sentem *vítimas de violência obstétrica*. Editado de forma não linear, o documentário vai nos dando pouco a pouco a dimensão do sofrimento daquelas mulheres, que demonstram dificuldades de lidar com o que foi vivido, dificuldades em perdoar aqueles que as *violentaram*; falam de cesarianas *impostas*, de dores e desconfortos causados por episiotomias⁹ ou pelo uso de ocitocina sintética¹⁰; falam de *mutilação*, da sensação de terem sido *violadas*¹¹.

Tanto as falas na Marcha do Parto em Casa quanto as do documentário *A voz das brasileiras* me chamaram a atenção pelo uso do vocabulário dos direitos humanos associado à crítica à realização de procedimentos médicos tidos como *desnecessários*. Não me parecia uma novidade que gritos, humilhações, xingamentos

⁹ Incisão no períneo, realizada sob a justificativa de facilitar a saída do bebê e evitar lacerações mais graves. As próprias noções de “facilitação” e do “evitar laceração” são contestadas pelo *movimento do parto humanizado*, que afirma que o períneo tem elasticidade o suficiente para permitir a passagem do bebê e que a episiotomia, por si só, já é uma laceração; portanto, não se estaria evitando lacerações, mas sim já provocando uma. Além disso, a laceração seria uma consequência esperada do parto e existiriam técnicas – que não a episiotomia – para reduzir o seu impacto no períneo das mulheres.

¹⁰ A ocitocina é um hormônio produzido fisiologicamente durante o trabalho de parto e uma de suas funções é provocar as contrações uterinas. Diz-se que sua versão sintética ocasiona muito mais dores do que a versão *natural*, e sua aplicação *de rotina* é vista como *violência obstétrica*.

¹¹ O documentário e a Marcha do Parto em Casa foram objeto de análise em Pulhez (2013) e Pulhez (2015).

ou amarrar uma mulher à maca fossem vistos como *violência*. Não me surpreendia que frases como “*na hora de fazer não gritou*” ou relatos de tapas no rosto dado em mulheres para que se calassem fossem classificados como *violentos*. Contudo, o que me parecia uma novidade era olhar para procedimentos do âmbito da assistência obstétrica, tais como episiotomia, amniotomia¹², cesariana, aplicação de ocitocina sintética, exames de toque¹³, Manobra de Kristeller¹⁴, uso de fórceps, enema¹⁵, tricotomia¹⁶, posição litotômica¹⁷, entre outros, como atos de *violência*. O que estava em jogo ao se afirmar que procedimentos médicos podem ser entendidos como *violência*? Como atos tidos como próprios do cuidado passam a ser vistos como violações dos direitos das mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal?

A luta contra a *violência obstétrica*, naquele momento, me saltou aos olhos pela proximidade com bandeiras feministas liberais de autonomia do próprio corpo – que colocaram em cena o debate sobre o aborto – com palavras de ordem como “*meu corpo, meu parto, minhas escolhas*”. Na luta pelo aborto, o que está em jogo é dar espaço à noção de que as mulheres têm o direito de realizar escolhas em relação ao seu corpo, o que é também reivindicação daqueles ligados ao que se conhece como *movimento pela humanização do parto*. No mestrado, concluí que o que diferenciava a luta pelo aborto das lutas deste movimento era o fato de que, neste, o que parecia estar em jogo era briga “pelo direito de realizar o parto da maneira tida como mais

¹² Ruptura artificial das membranas amnióticas (bolsa). Ativistas pela *humanização* afirmam que essa intervenção aumentaria os riscos de prolapso de cordão (quando o cordão umbilical nasce antes que o bebê, ocasionando obstrução da passagem), um problema muito sério e perigoso, e que não existiriam *evidências* de benefícios para as mães quando a ruptura é feita de rotina.

¹³ Os exames de toque são realizados para medir a dilatação do colo do útero durante a progressão do trabalho de parto. Relata-se que são exames doloridos e que, feitos repetidamente, num número maior de vezes do que o *necessário*, devem ser vistos como *violência obstétrica*.

¹⁴ A Manobra de Kristeller é um procedimento proscrito pelo Ministério da Saúde desde 2001 (BRASIL, 2001). Consiste em uma pressão no fundo uterino para acelerar a expulsão do bebê e é tida como altamente prejudicial à saúde de mãe e bebê.

¹⁵ Lavagem intestinal.

¹⁶ Raspagem dos pelos pubianos.

¹⁷ Posição em que as mulheres ficam deitadas de costas, com os pés para cima. Argumenta-se que a posição litotômica é a menos cômoda para as mulheres parirem e que são elas que devem escolher o modo como se sentem mais confortáveis, conforme lhes disserem seus próprios corpos.

adequada e respeitosa para as mulheres, bem como propriamente de exercer a maternidade” (PULHEZ, 2015, p.8. Grifo no original) ¹⁸.

A questão feminista, portanto, fazia parte do meu trabalho de campo tanto no que diz respeito ao que está em jogo na luta contra a *violência obstétrica* quanto naquilo que é operado nas noções de *maternar ativamente*, tão bem representadas pelas três autoras do *Blog Mamíferas*. Neste sentido, a noção de *escolha* apareceu, conjuntamente com outras questões, como um dos nós centrais que ajudaram a compreender o que estava em jogo nas definições de *maternidade ativa*.

Com efeito, o que pude compreender com a pesquisa de mestrado é que os significados atrelados à noção de *maternidade ativa* envolvem três nós unificadores principais: 1) a defesa da felicidade nas práticas maternas - traduzida na defesa pelo prazer no parto, na amamentação e na relação mãe e filho; 2) a defesa da possibilidade de se fazer escolhas ditas *conscientes* - estas sendo não somente da maternidade propriamente dita, mas daquilo que compõe os modos de maternar dessas mulheres; 3) e o ideal de igualdade entre os membros do casal - a família nuclear, revalorizada, é parte constitutiva da posição dita *ativa* diante das relações de parentalidade, onde um novo script paterno é criado. Estes três elementos, juntos, ao mesmo tempo em que ganham sentidos dentro do que chamei de projeto *mamífero*, são também responsáveis por lhe dar significados e por possibilitar que as *mamíferas* se reconheçam como feministas.

Defendi que quando falamos de *maternidade ativa*, não podemos compreendê-la sem levar em consideração que a defesa de felicidade nas práticas maternas só se faz possível porque há um ideal de conjugalidade ancorado na ética do individualismo-igualitário (SALEM, 2007) que permite que o casal, sempre junto, possa fazer as *escolhas* ditas *conscientes*, as quais, por sua vez, são baseadas na noção de que existe um afeto “natural” que pode e deve ser intensificado e que tende a ser

¹⁸ Todavia, como se verá ao longo desta tese, embora haja de fato a reivindicação pelo direito de ser mãe, o direito ao aborto também faz parte da agenda da luta contra a *violência obstétrica*, denotando que o que há de comum entre os feminismos que trouxeram a questão do aborto para a cena política e a problemática da *violência obstétrica* é a noção de *autonomia da mulher*.

negado ou desconsiderado pelo sistema médico-hospitalar – afeto esse que é inclusive a condição para a criação de um mundo melhor, mais respeitoso e sem violência, tema que discuto em termos de relações de parentesco.

Embora minha pesquisa tenha se debruçado sobre diversos elementos da *maternidade ativa*, a questão do parto sempre foi central. Foi o parto que me permitiu compreender a conjunção desses nós: é nele que as questões do afeto se colocam de modo mais evidente; também é no parto que o pai aparece de forma mais *ativa* (cortando o cordão umbilical do bebê, apoiando a parturiente, ficando ao lado dela); e é neste momento em que a capacidade de escolha das mulheres defendida por elas se exerce de modo mais patente – seja pela realização plena do parto desejado, seja pela luta contra a *violência obstétrica*.

No que diz respeito à defesa do parto *natural*, *ativo* ou *humanizado* – adjetivos correntes no universo *mamífero* –, compreendi que ela engloba tanto os modos como as noções de afeto nas relações de parentesco euroamericanas (STRATHERN, 2005) são operadas, quanto a denúncia das violações dos direitos das mulheres no atendimento obstétrico. Com efeito, estas duas faces são interdependentes: as ideias de amor e carinho pressupostas entre mãe e filho, nesse universo, produzem e são produzidas pelas práticas tidas como violentas no atendimento obstétrico e pediátrico.

Assim, concluí no mestrado que, se a luta contra a *violência obstétrica* deixa claro o movimento de transformação da parturiente em um tipo muito específico de sujeito de direitos, por outro lado, a novidade do *movimento pela humanização do parto* é a constituição do feto também como sujeito de direitos. O parto é o momento de construção e ratificação de afeto entre mãe e filho, e é o valor dado a esse afeto que permite transformar a criança ainda no ventre em um sujeito que tem o direito de nascer de modo *ativo*, transformando-se em um protagonista deste parto, ao lado de sua mãe. Neste sentido, a defesa do aborto nesse universo se imiscui com o direito do bebê ao afeto: se ele não for desejado, ele não será amado, e a falta de amor é entendida como violência. Portanto, a mulher tem o direito de abortá-lo.

O amor, o afeto e o carinho como direitos do bebê não estão presentes apenas na hora do parto. Eles ganham contornos fortes também quando se fala de amamentação, alimentação, criação. Assim, nas práticas *ativas* de parentalidade, a responsabilidade e os deveres dos pais para com seus filhos ganham um alto valor, pois quer-se garantir que eles tenham acesso ao afeto que lhes seria de direito. Aqui, a noção de *escolha consciente* aparece novamente com força: os pais, delegados à responsabilidade de alimentar, criar, educar seus filhos, acreditam no dever de se realizar as chamadas *melhores escolhas*: escolhas que ratificarão e intensificarão o afeto entre pais e filhos, tido como *natural*¹⁹.

Retorna-se, aqui, à problemática do feminismo acima apontada que, na dissertação, procurei compreender a partir do que chamei de projeto *mamífero*: trata-se de um projeto feminista que transita entre demandas tipicamente igualitárias e tipicamente diferencialistas, que se traduz no *feminismo mamífero* defendido pelas autoras do blog, o qual valoriza a igualdade entre homens e mulheres e, ao mesmo tempo, vê diferenças entre as partes. No entanto, como afirmei na época, não se trata apenas de afirmar a igualdade dentro da diferença, sem opô-las como pólos binários, desconstruindo a antítese igualdade-versus-diferença (PIERUCCI, 1990):

De modo distinto da perspectiva diferencialista de feministas como Carol Gilligan, em que a diferença é valorizada acima de tudo, no projeto *mamífero* os aspectos femininos são tão importantes que, ao passo em que também há a busca pela igualdade entre os membros do casal na constituição das práticas parentais, o resultado se traduz numa feminização dos pais. Eles que, até não tanto tempo atrás, não participavam de maneira alguma do parto, hoje estão dentro desse parto também de maneira *ativa*: entrando na banheira ou acompanhando dentro do hospital, cortando o cordão umbilical, segurando o bebê quando ele nasce, dando o primeiro banho nesse bebê. O homem torna-se o *mamífero*, assim como a mulher é a *mamífera*. (PULHEZ, 2015, pp. 175-6)

¹⁹ Embora seja a associação com a natureza mais comum entre mãe e filhos, colocando as mulheres sempre no lugar do instinto e do natural, no universo da *humanização do parto* procura-se trazer o pai a essa cena: o corte do cordão umbilical por ele realizado é o exemplo mais forte da tentativa de aproximação desse pai com o afeto natural que se espera entre procriador e cria. É preciso construir a natureza entre pai e filho, e é trazendo-o à cena do parto que se espera conseguir esse feito.

Compreendi, portanto, que os modos de maternar expressos 1) na defesa do afeto como pedra de toque das relações entre pais e filhos, 2) na defesa de um projeto de família que feminiza o pai ao trazê-lo para dentro da díade mãe-bebê; 3) e na defesa das *escolhas conscientes*, permitem que a maternidade seja vista como uma experiência de prazer e felicidade. Nega-se, no projeto *mamífero*, o sofrimento como sentimento necessário e fundante da maternidade, transformando-a num projeto político de mudança do mundo e reforçando a ideia de feministas da segunda metade do século XX de que “o pessoal é político”.

Em razão da prevalência da questão do parto e do atendimento obstétrico durante toda a pesquisa de mestrado, de todas as discussões que eu poderia ter aprofundado, foi a da *violência obstétrica* que mais me interessou. O aspecto emblemático do caso Adelir se aliou às minhas inquietações acerca das afirmações sobre um caráter *violento* de procedimentos obstétricos. Além disso, eu observava também um crescimento das denúncias²⁰ de *violência obstétrica* nas arenas de debate sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, além da profusão de projetos de leis buscando definir *violência obstétrica*, tanto em nível municipal quanto estadual ou federal.

Com efeito, para fins de pesquisa – no doutorado –, no início de 2019 fiz uma busca ativa nos sites das assembleias legislativas estaduais, assim como no site do congresso nacional, à procura de leis e projetos de leis que mencionassem o termo *violência obstétrica* em seus textos. Encontrei seis projetos de lei em nível federal, sendo o primeiro de 2013 (BRASIL, 2013a), um projeto de lei na Bahia, de 2019 (BAHIA, 2019), e doze leis aprovadas entre os anos de 2017 e 2019. Além disso, uma busca rápida no Google Acadêmico com o termo *violência obstétrica* em publicações em português mostra o crescimento dos estudos sobre o conceito nos últimos anos: do ano 2000 ao ano de 2010, temos uma única ocorrência na busca; do ano 2011 a

²⁰ Nesta tese, uso o termo guarda-chuva “denúncias” para me referir àquelas realizadas tanto no âmbito privado como público. Ou seja, respectivamente denúncias resultantes em processos judiciais abertos por pacientes contra os considerados perpetradores da *violência obstétrica* e denúncias realizadas via mídia, composições de documentos, relatórios, dossiês, ações abertas por Ministérios Públicos, palestras, eventos acadêmicos e militantes etc.

2021, obtemos 164 resultados. O mesmo tipo de busca na plataforma Scielo indica também um crescimento de publicações em português sobre o tema nos últimos anos: são 55 publicações de 2014 a 2021 contendo o termo *violência obstétrica* no resumo, sendo apenas uma em 2014, e dez e onze em 2021 e 2020, respectivamente²¹.

Estas breves buscas indicando o aumento dos números de publicações acadêmicas e legislativas que mencionam o termo *violência obstétrica* são uma ilustração de como as discussões acerca do que também se chama de *desrespeito, abusos e maus tratos* às mulheres durante a assistência obstétrica vêm ganhando espaço nas arenas públicas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos. Não quero fazer aqui uma análise quantitativa dessas menções, nem mesmo adentrar os detalhes das publicações para compreender o que está sendo dito em cada uma delas. Mas os números ilustram a importância que o conceito vem ganhando nos últimos anos no Brasil, e a percepção disto, ainda no início da minha pesquisa, levou-me a querer compreender o que está em jogo nas controvérsias em torno da construção do conceito de *violência obstétrica* no país.

No meu trabalho de mestrado (PULHEZ, 2015), abordei a questão da *violência obstétrica* sob a perspectiva da construção de novos sujeitos políticos: a *vítima de violência obstétrica* e o seu *algoz*. Na ocasião, discuti o aspecto traumático que esse novo conceito trazia consigo à luz de autores como Didier Fassin e Richard Rechtman (2011), Cynthia Sarti (2009, 2011) e Fiona Ross (2001, 2006), e abordei a necessidade – manifesta por ativistas da *humanização do parto e do nascimento* – de vocalização do problema para que ele fosse reconhecido como um problema social a ser combatido.

Na dissertação, abordei o fato de que a noção de direitos humanos é recente na história ocidental e que, em 1948, após os horrores do Holocausto, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi criada na tentativa de garantir a todo ser humano a dignidade, o respeito, a liberdade, a justiça, a igualdade de direitos. A partir dali, crimes contra a humanidade passariam a ter consequências políticas e jurídicas significativas, e a noção de direitos começaria a se disseminar em tempo e

²¹ As consultas no Google Acadêmico e no Scielo foram realizadas em março de 2022.

espaço, atingindo o cotidiano dos cidadãos comuns. A memória dolorosa do Holocausto e a construção da noção de que toda violência infligida sobre os seres humanos é constitutiva de trauma e, portanto, passível de reparação (FASSIN; RECHTMAN, 2011), impactaria sobre o modo como movimentos sociais passariam, mais tarde, a reivindicar os seus direitos, como foi o caso de movimentos de cunho identitário empreendidos a partir da década de 80 (SARTI, 2009, 2011). As ideias contidas na Declaração transcenderiam para além da noção mesma de “humano” – categoria universal e geral – e se estenderiam ao universo das mulheres, crianças, negros, homossexuais, idosos, entre outros, cujos movimentos se instituiriam como *locus* de exercício de direitos civis e sociais, constituindo forças decisivas no sentido de moldar a forma como a violência se tornou visível em diversos campos da vida social (SARTI, 2009).

Neste sentido, a apropriação do discurso dos direitos humanos por parte de movimentos sociais, bem como sua capilarização na vida cotidiana, seria constitutiva da formação de sujeitos políticos e do modo pelo qual seria operada a vocalização de suas experiências de maneira a dar visibilidade às suas demandas, através da construção de subjetividades e da produção de discursos sobre a violência. A ideia de falar sobre traumas e, portanto, trazer à luz as violências infligidas sobre suas vítimas, teria se difundido de modo concomitante à defesa dos direitos humanos, dois movimentos de mesma ordem. Começar-se-ia a entender que seria preciso vocalizar a experiência da violência para poder reparar os danos cometidos por ela (ROSS, 2001).

Segundo Fassin e Rechtman (2011), a noção de trauma vem sendo apresentada de modo sempre inquestionável. Trauma tem sido visto como algo que é e está sempre existindo diante de situações de violência ou acidentes; ele seria uma verdade compartilhada. No entanto, eles propõem refletir sobre essa noção de modo historicizado, pensando a sua construção a partir do desenvolvimento dos domínios da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise, entrelaçando essa genealogia com o seu duplo, que seria o reconhecimento, pela sociedade, de que determinados eventos

teriam por consequência inevitável traumatizar os sujeitos neles presentes²². Para eles, o fato de as pessoas reivindicarem o status de vítima e, portanto, de se colocarem como traumatizadas por alguma situação e por isso acharem merecer algum tipo de reparação pelos danos sofridos; ou seja, o fato de termos nos movido do status da dúvida da legitimidade de reivindicação pela posição de vítima ao reconhecimento indubitável do sofrimento, isso seria resultado de uma transformação moral daquilo que constitui a humanidade²³. Tratar-se-ia daquilo que eles denominam “políticas do trauma”: uma articulação entre um evento que é coletivo e que dá sustentação ao trauma e a experiência individual vivida nesse evento coletivo, que servirá de testemunha ao seu aspecto traumático²⁴.

De acordo com os autores, o entendimento e o reconhecimento de eventos traumáticos teriam se estendido aos movimentos sociais, tendo como um dos protagonistas dessa reviravolta moral feministas americanas, as quais passaram a reivindicar o status de vítimas de abuso sexual na infância, dentro de uma lógica da fala sobre o passado, valorizando a manutenção da memória como uma forma de escancarar o trauma vivido. Falar sobre o trauma do abuso e expor o sofrimento faria parte da articulação, citada anteriormente, entre evento coletivo e experiência individual, o que sustentaria a legitimidade do evento traumático. Da mesma forma, para que a sociedade reconheça um evento como violento, cria-se a ideia de que seria preciso vocalizar as violações.

Mas quais são as violações que se espera serem expostas?

Fiona Ross (2001) defende que existe uma expectativa daquilo que pode e deve ser vocalizado. Trazendo os depoimentos de mulheres durante a Comissão da

²² Segundo os autores, o grande resultado concreto desse processo teria sido a sistematização dos critérios de diagnóstico do chamado *transtorno de estresse pós-traumático* no DSM-III em 1980, a terceira edição da classificação de doenças mentais da Associação Americana de Psiquiatria.

²³ É importante dizer que, diferente do que afirmam ter sido feito até então, eles não pretendem delegar a total responsabilidade à categoria médica pela invenção de uma nova noção, a de trauma, cuja entrada nos ínterims da vida social teria sido feita de forma disseminada.

²⁴ Vianna e Farias (2011, p.90), em texto sobre mães de jovens assassinados por policiais, apontam para a mesma questão em outros termos: trata-se da importância da “‘des-singularização do caso’ apontada por Boltanski (2000 [1990]) como condição fundamental para o ‘engrandecimento’ da denúncia para sua repercussão pública.”

Verdade e Reconciliação na África do Sul, a autora mostra que, ao falarem apenas sobre seus maridos e filhos e não sobre si mesmas, elas teriam subvertido a lógica vigente do que se esperava como violência contra as mulheres, como os estupros, por exemplo. Em sentido semelhante, Sarti (2009) expõe como o caso de um homem que procurou atendimento hospitalar alegando ter sido vítima de violência sexual desorganizou a lógica do reconhecimento de quem é tido como vítima de tal tipo de violação; ou seja, o surgimento de um homem reivindicando tal posição teria ocasionado, no caso contado, uma confusão nas categorias de vítima e de algoz.

As denúncias de *violência obstétrica* surgem, portanto, sob esta lógica da fala como uma busca por legitimação da existência desse tipo específico de *violência* e, a exemplo dos trabalhos de Ross (2001) e Sarti (2009), novos sentidos de *vítima*, *algoz* e *violência* vão sendo criados. Em outras palavras, o que pude perceber e aprofundar com a pesquisa de doutorado, é que há um deslocamento de sentidos: as parturientes se tornam um novo sujeito de direitos; profissionais de saúde, comumente associados à ideia de cuidado, passam a ser acusados de cometer *violência obstétrica*; procedimentos médicos, geralmente associados ao bem-estar e saúde de mulheres e bebês, passam a ser vistos como atos de *violência*, seja em casos de ausência de *consentimento*, seja em casos de inobservância de técnicas atualizadas segundo as consideradas *melhores evidências científicas*.

O caso Adelir, portanto, me pareceu exemplar das controvérsias presentes nos debates sobre o conceito de *violência obstétrica*. Um dos principais argumentos levantado dentro do *movimento pela humanização do parto* para o que se convencionou chamar de *epidemia de cesarianas* no país é basicamente de ordem financeira: sendo a remuneração de médicos mais rentável numa cesariana do que em um parto vaginal por questões de tempo dedicado a cada um desses tipos de parto, a realização sem freios da cirurgia seria, sobretudo, devido a uma questão de lucro. Embora este não seja o único argumento apresentado, ele era o que, à época, aparecia com mais força. Contudo, ainda que não se possa descartá-lo, de maneira isolada ele me parecia frágil para explicar as controvérsias envolvidas na assistência obstétrica no Brasil. O caso Adelir, neste sentido, apresenta um jogo de complexidades que parecia valer a pena

desvendar. Primeiramente, Adelir era usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), o que fazia com que o argumento do lucro não fosse tão evidente, ainda que pudesse ser uma influência. Em segundo lugar, Adelir estava em sua terceira gestação e foi submetida a duas cesarianas anteriores: o parto vaginal depois de cesariana (VBAC)²⁵ não é um consenso na prática e na literatura médica, que, em parte, afirma haver maiores riscos de ruptura uterina em VBACs do que se uma nova cesariana for realizada²⁶. Finalmente, o bebê de Adelir estava em posição pélvica, ou seja, "sentado": os partos pélvicos são considerados mais arriscados pela medicina e muitas vezes servem de indicação a cesarianas. Trata-se de um tipo de parto que requer uma técnica aprimorada, e nem todos os profissionais da assistência obstétrica têm o treinamento necessário para isso.

Este caso, portanto, revela uma multiplicidade de aspectos que vão além do mero lucro dos médicos: está em jogo, aqui, a formação dos obstetras; as noções de risco operadas na medicina; os debates científicos que corroboram um procedimento médico ou não; as estruturas institucionais do sistema de saúde brasileiro; e, finalmente, os significados operados ao se dizer que a medicina obstétrica brasileira opera na base da *cultura da cesariana* – a ideia corrente de que no Brasil *as mulheres têm medo do parto normal*, que elas *pedem para fazer cesariana*, ou que os médicos incutem nelas esse medo, afirmando que as *vaginas vão ficar largas*, ou que *o cordão do bebê está enrolado*, ou que *o bebê está em sofrimento*, para convencê-las a se submeter à cirurgia.

Assim, ao longo dos anos de doutorado, parti de uma série de questões para tentar alcançar algumas dimensões do fenômeno e, pouco a pouco, fui

²⁵ Vaginal Birth After Cesarean (Parto Vaginal Após Cesárea). Um dos argumentos tidos como próprios de uma parcela dos médicos é o de que uma mulher que fez uma cesariana não poderá nunca mais ter um parto vaginal. No entanto, a parcela de profissionais da saúde em prol do *parto humanizado* afirma que isto é perfeitamente possível, e a nomeação VBAC tem se tornado uma bandeira contra os *mitos* que seriam impostos pelos médicos ditos *cesaristas*, ou seja, que prefeririam realizar cesarianas em suas pacientes e que elencariam um rol de “falsos argumentos” para isso. O caso de Adelir, para o *movimento pelo parto humanizado*, é mais um exemplo disso.

²⁶ Dentro da própria literatura médica, conforme pude compreender nos congressos de ginecologia e obstetrícia a que assisti, esse não é um consenso. De acordo com diferentes *evidências científicas*, pode-se chegar a uma conclusão ou a outra.

ampliando o escopo daquilo que parecia interessante analisar: o que constitui um ato violento para mulheres que se colocam como vítimas de *violência obstétrica*? Como são recebidas as denúncias de *violência obstétrica* por parte dos profissionais de saúde acusados? Quais são as continuidades e descontinuidades no entendimento de certos procedimentos como *violência obstétrica* nas diferentes perspectivas dos atores envolvidos? Que categorias são reconhecidas como violência de gênero e violência contra a mulher e em que medida certos procedimentos obstétricos são classificados como atos *violentos*? Quais são os limites e alcances de uma defesa irrestrita da liberdade de escolha e da *autonomia* no contexto das discussões sobre assistência obstétrica? O que está em jogo na ideia de *informação de qualidade* ao se falar de *medicina baseada em evidências científicas* e como os modos com que se opera esta ideia reverberam na própria defesa da *autonomia*? Como os diferentes atores envolvidos nas controvérsias em torno da *violência obstétrica* mobilizam os mesmos conceitos - como *autonomia, direito de escolha, informações de qualidade, consentimento, violência obstétrica* - para defender fins muitas vezes opostos? Quais as disputas profissionais existentes na construção do conceito de *violência obstétrica*, quem são os profissionais da assistência ao parto no Brasil e de que modo sua atuação exerce influência nas maneiras de se entender este novo tipo de *violência* que vem sendo moldada ao longo dos últimos anos no país?

Para tentar dar conta destas questões, voltei meu olhar às controvérsias existentes nos jogos de definição sobre o que é *violência obstétrica*. Segundo Adele Clarke, em texto sobre controvérsias em torno das ciências reprodutivas²⁷ ao longo do século XX, as controvérsias acontecem sempre em arenas de interação, um local conceitual onde todos aqueles que se importam com um determinado fenômeno se encontram. Nestas arenas de interação, diferentes grupos que compartilham de visões distintas sobre um dado assunto se posicionam em defesa daquilo que eles acham que deveria acontecer em relação ao fenômeno. A autora argumenta que os diferentes grupos buscam legitimidade, autoridade e poder para perseguir seus

²⁷ Por ciências reprodutivas, Clarke compreende os estudos sobre reprodução entre mamíferos através da endocrinologia, da fisiologia e da anatomia realizados nos domínios da biologia, da medicina e da agricultura (CLARKE, 1990, p.18).

próprios objetivos e, no caso das ciências reprodutivas, isto se reflete nas diferentes audiências que esperam respostas da produção científica que ela realiza, como por exemplo feministas, grupos religiosos e indústria farmacêutica. Trata-se de um tipo de ciência que se faz também no campo das políticas morais e isto pode gerar uma série de consequências diferentes para a sua produção, como maior ou menor financiamento à pesquisa, ou um maior ou menor reconhecimento de um campo disciplinar.

Quando estamos falando de *violência obstétrica*, estamos falando de arenas de produção científica, social e jurídica repletas de controvérsias entre grupos sociais distintos. *Violência obstétrica*, argumento, pode ser entendida como um conceito fronteira (*boundary concept*) nos moldes do que escreve Ilana Löwy (1992) em um artigo sobre a constituição da imunologia enquanto uma disciplina social e cientificamente reconhecida²⁸. Conceitos fronteira, segundo a autora, são conceitos frouxos (*loose concepts*), de difícil definição, e seria justamente o caráter vago desses conceitos que contribuiria para a colaboração entre grupos profissionais distintos na produção da ciência. De acordo com Löwy, os conceitos fronteira possibilitam a interação entre diferentes culturas científicas e permitem a construção de um dado segmento de conhecimento, ao passo que no nível social, facilitam o desenvolvimento de alianças intergrupais e, conseqüentemente, avançam em interesses sociais específicos.

O caso da imunologia descrito por Löwy seria um exemplo dos modos como um conceito fronteira age para facilitar a colaboração entre grupos profissionais distintos e provocam, como consequência, o fortalecimento de uma disciplina: debruçando-se sobre as controvérsias em torno do conceito de *immunological self*, a autora mostra como as dificuldades em se definir este conceito produziram debates extensos em torno dele e colaboraram para construir interações entre cientistas e médicos. Como consequência, houve o reavivamento da imunologia

²⁸ Agradeço à professora Ilana Löwy pela apresentação deste conceito em uma reunião de orientação durante meu estágio doutoral em Paris, no Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Societé (Cermes3), no ano letivo de 2017-2018. Ilana Löwy é historiadora da ciência e é conhecida no Brasil por seus trabalhos sobre gênero e ciência.

nos anos 1950-60²⁹, redefinindo-a como uma especialidade que estuda os mecanismos biológicos que permitem ao organismo diferenciar o “*self*” e o “*non self*”³⁰. De acordo com Löwy, a definição dos mecanismos de imunidade como dispositivos que mantêm o *self* visava alcançar um significado químico e genético preciso ao termo *self*. Mas, em vez disso, o conceito se tornou mais complexo e mais fluido e, para a autora, foi justamente esta complexidade e fluidez que facilitaram as interações entre médicos e cientistas pertencentes a diferentes tradições científicas³¹.

Ao pensar nos contextos de controvérsias sobre a *violência obstétrica*, busco nesta tese fazer um esforço analítico e entender este conceito como um conceito fronteira. Frouxo, vago, impreciso: é justamente isso que lhe confere a força de seu efeito. A difícil definição sobre o que constitui *violência obstétrica* facilitaria a criação de zonas de interação entre grupos profissionais distintos: doulas, enfermeiras obstétricas, médicos obstetras, obstetrizes, advogadas, epidemiologistas, sanitaristas, terapeutas holísticos, psicólogos, entre outros, passam a construir novos conhecimentos científicos – mas também jurídicos e sociais – acerca dos procedimentos médicos que são realizados durante o trabalho de parto e o parto. *Violência obstétrica* enseja uma profusão de pesquisas nas ciências sociais, na saúde pública e coletiva, na medicina, na enfermagem, no direito.

Mas o conceito de *violência obstétrica* não somente facilita a comunicação entre grupos profissionais distintos, como inclui também *lay experts* (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014): pacientes e ativistas que adquirem conhecimento médico e científico através da própria experiência e que, através do ativismo baseado em evidências³², contribuem para novas formas de cooperação na produção, discussão e disseminação do conhecimento. Neste sentido, o que o conceito fronteira de *violência obstétrica* faz é contribuir para a profusão de pesquisas

²⁹ A imunologia teria nascido no final do século XIX, mas teria sido apenas nas décadas de 1950-60 que ela ganharia prestígio, justamente devido aos debates em torno do conceito de *immunological self*.

³⁰ *Self* e *non self* é tudo aquilo que é e não é próprio do organismo humano, que o sistema imune precisa reconhecer e tolerar para o seu bom funcionamento. Agradeço à Mariela Piccin por esta explicação.

³¹ Agradeço a Jonatan Sacramento pela leitura compartilhada do artigo de Ilana Löwy e as discussões sobre ele. Devo às nossas discussões a escrita deste trecho da tese.

³² Abordarei o modelo teórico de ativismo baseado em evidências no capítulo 1.

e produções científicas, jurídicas e sociais sobre ele, em forma de ciência *baseada em evidências*, em forma de novas legislações e em forma de ativismo social e político. Ele o faz justamente por ser de difícil definição; e quanto mais difícil ele é, mais se fala nele, e mais resistências ao seu uso vão surgindo. É o que pretendo mostrar ao longo desta tese.

Assim, o que se lerá nas próximas páginas é uma análise das controvérsias em torno da *violência obstétrica* e daquilo que está no centro delas. Meu argumento, a partir das observações realizadas, é de que existe uma centralidade na articulação entre os conceitos de *autonomia*, *consentimento* e *informação de qualidade* quando das diversas definições sobre *violência obstétrica*. *Autonomia* e *consentimento* são conceitos caros às teorias feministas, e são centrais na gramática dos direitos humanos do indivíduo liberal moderno (PATEMAN, 1980; BIROLI, 2013a, 2013b; FERNANDES et al, 2020). Já o conceito de *informação de qualidade* ocupa um lugar fundamental neste que é considerado o *triângulo da assistência humanizada*³³ no Brasil: sem acesso às chamadas *melhores produções da medicina baseada em evidências científicas*, coloca-se em risco o alcance da autonomia e poder de escolha para sustentar a capacidade de consentir. Mas o próprio entendimento do que é *informação de qualidade* está em disputa, e é informado pelas visões de mundo dos atores envolvidos nestas controvérsias: usuárias, médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes, doulas, advogadas, sanitaristas, epidemiologistas, entre outros. Uma análise das controvérsias em torno do conceito fronteira de *violência obstétrica* não poderia prescindir, portanto, de um olhar atento a quem são os atores envolvidos nas disputas e aos conceitos mobilizados por eles para defender um tipo específico de assistência obstétrica.

³³ Este era o slogan do III Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO) em 2016, um dos eventos em que fiz pesquisa. Por razões de recorte, o SIAPARTO não será objeto de análise e descrição nesta tese.

Dos modos de fazer pesquisa: etnografia de um conceito

Ao longo da pesquisa de doutorado, realizei o que estou chamando de “etnografia de um conceito”, isto é, a etnografia do conceito de *violência obstétrica*. Compreende-se a etnografia, aqui, como um instrumento metodológico baseado na consideração de que, para compreender o significado das práticas sociais, é necessário que as análises realizadas partam da observação do modo pelo qual as normas e os valores que caracterizam uma sociedade ou um grupo social são postas em ação pelos seus agentes³⁴. Neste sentido, meu intuito foi perseguir o conceito de *violência obstétrica* onde ele era debatido publicamente, observando os modos pelos quais os sujeitos envolvidos nos debates operam os significados atrelados à *violência obstétrica*. Fizeram parte do universo observado audiências públicas, congressos de medicina, congressos militantes e científicos, cursos de formação para advogados no combate à *violência obstétrica*, palestras, seminários, entre outros – tendo a maior parte deles ocorrido em 2016. Os sujeitos de pesquisa envolvidos nos debates são – embora não se esgote aí – enfermeiras obstétricas, obstetrizes, doulas, estudantes de saúde pública ou coletiva, médicos de família, médicos sanitaristas, epidemiologistas, obstetras, ginecologistas, advogadas, gestantes, puérperas e mulheres que já pariram.

Além de perseguir o conceito nos debates públicos, foram realizadas entrevistas com personagens importantes nessas controvérsias, bem como a compilação e análise de textos jurídicos e normativas em torno da questão, como despachos, declarações, pareceres, resoluções, portarias, leis e projetos de lei. A estratégia metodológica com as fontes documentais seguiu dois caminhos: o primeiro deles foi dar atenção aos textos que surgiram nos eventos, nos diálogos e nas mídias, percebendo-os como representações da problemática da *violência obstétrica*, representações estas que devem ser consideradas também fatos sociais (RABINOW, 1999). A segunda estratégia partiu da hipótese de que o tema da *violência obstétrica* começa a ganhar força no Brasil em torno de 2010: ao fazer a pesquisa nas ferramentas de busca dos conselhos federal e regionais de medicina e de enfermagem

³⁴ Sobre o tema, ver, por exemplo, Clifford Geertz (2008).

pela palavra-chave *violência obstétrica*, tinha como objetivo perceber a incidência do termo nos textos normativos na última década e ampliar a fonte de documentos analisados. Importante dizer que, nas ferramentas de busca, não limitei nenhuma data inicial, deixando vir os resultados da pesquisa mais antigos existentes nos sites, e nada anterior a 2014 foi encontrado.

Por fim, reportagens de jornais e opiniões emitidas em redes sociais também compuseram o universo que pouco a pouco foi evidenciando as complexas tramas das controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica*.

Da organização dos capítulos

Esta tese se divide em três capítulos diferentes, todos divididos em duas partes, além desta introdução e das considerações finais.

O capítulo 1 é dedicado a uma contextualização histórica do *movimento pela humanização do parto e do nascimento*, buscando traçar suas origens e compreender suas relações com as discussões sobre saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos, que tiveram particular força na década de 1980 no Brasil, lado a lado discussões sobre o direito universal à saúde após o fim do regime militar.

O entendimento de que os debates sobre *violência obstétrica* envolvem um léxico de direitos aliado a um léxico científico, compondo uma gramática própria do combate a este tipo de *violência*, mostrou a importância de se fazer este recuo histórico (Parte I) e, assim, analisar os modos como os atores envolvidos constituem o que Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014) chamam de ativismo baseado em evidências, isto é, um ativismo que se produz a partir da ciência e ao mesmo tempo a produz. É no âmbito desta contextualização histórica que apresento alguns dos representantes do *movimento pela humanização do parto e do nascimento* no Brasil (Parte II), traçando uma linha cronológica entre o surgimento do movimento e a chegada aos debates sobre *violência obstétrica* nos dias atuais.

No capítulo 2, faço na primeira parte uma descrição de um curso de capacitação para advogados no combate à *violência obstétrica*, analisando o modo como as advogadas responsáveis por ministrar o curso e outras ativistas do campo jurídico articulam o léxico dos direitos humanos e o léxico da *medicina baseada em evidências*, compondo uma gramática particular de combate à *violência obstétrica*. Mostro como os conceitos de *autonomia*, *consentimento* e *informação de qualidade* são operados pelas advogadas e apresento, na segunda parte do capítulo, uma polêmica em torno da chamada *Lei da Cesárea* (SÃO PAULO, 2019b), promulgada no estado de São Paulo em 2019 a partir da propositura da Deputada Estadual Janaína Paschoal. As controvérsias em torno desta lei revelaram uma disputa de sentidos em torno do conceito de *autonomia* e as complexidades das tramas ideológicas de esquerda e direita que invadiram os debates sobre a assistência *humanizada* no Brasil.

Por fim, no terceiro capítulo, apresento as arenas de disputas profissionais no campo da assistência obstétrica brasileira. Também dividido em duas partes, o objetivo do capítulo é mostrar como estas disputas informam o debate sobre *humanização do parto e do nascimento* e *violência obstétrica* no Brasil. Na primeira parte, mostro como profissionais³⁵ como doulas, obstetrites e enfermeiras obstétricas, embora aparentemente parte de um grupo homogêneo no que diz respeito aos debates sobre *humanização* da assistência, apresentam muito mais heterogeneidade do que se poderia imaginar; e a formação dos seus campos de atuação têm íntima relação com os debates sobre os modos *humanizados* de assistir mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Por outro lado, como mostro na segunda parte, acabam sendo vistas como um grupo homogêneo por uma parte dos profissionais médicos, que tendem a olhá-las como tecnicamente inferiores e se colocarem no mais alto grau da

³⁵ O campo da Sociologia das Profissões possui uma extensa discussão sobre profissões e ocupações, inclusive no que diz respeito às diferenças entre elas. Uma das maneiras de olhar para isso é definir a profissão como atividades de trabalho com alto grau de regulação, com exigências de diplomação; e ocupação como atividades com graus de regulação mais baixo ou nenhum (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000). No entanto, não é objetivo desta tese entrar neste debate, e a palavra “profissão” será usada livremente para se referir a médicos, enfermeiras, obstetrites, doulas, advogadas ou qualquer outra atividade laboral que venha a ser citada. Para uma discussão sobre profissões e ocupações no campo da saúde e a problemática da regulação, ver Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2000). Sobre o estado da arte da Sociologia das Profissões, ver Da Gloria Bonelli, Nunes e Mick (2017). Agradeço a Liliane Bordignon de Souza por me chamar a atenção para essas diferenças e pelas indicações bibliográficas acerca do assunto.

hierarquia de saberes. As disputas profissionais se traduzem, por fim, nas controvérsias sobre o que é *violência obstétrica* e sobre quem a pratica³⁶.

Saberes situados e convenções de escrita

É importante lembrar que o objetivo desta tese não é definir o que é *violência obstétrica*; buscando fazer o que há de interessante na pesquisa antropológica, não pretendo, aqui, dar respostas fechadas ao fenômeno, mas antes problematizá-lo enquanto uma construção social. Mais do que isso, reforço, o que me interessa é compreender os processos de fabricação de sentidos (LOWENKRON, 2015a) em torno da categoria, quais as dinâmicas sociais, culturais e morais que moldam aquilo que se entende como *violência obstétrica*.

Não quero com isso questionar a gravidade da *violência obstétrica*, mas, antes, “compreender as dinâmicas sociais, culturais e morais que moldam o processo de fabricação e configuração desse problema” (LOWENKRON, 2015a, p.20). Busco, então, “pensar os processos de produção de sensibilidades, classificações e acusações” (p.21) que participam da definição de uma coletividade de atos como problemáticos. Nesse sentido, considero que analisar a *violência obstétrica* não significa desconfiar de sua existência ou relativizá-la. Meu intuito é mostrar como esse problema está sendo particularizado e vem se tornando parte de uma agenda política em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil.

Chamo atenção a isto porque sei das expectativas de parte de minhas interlocutoras pela minha tese: ao me apresentar como uma pesquisadora que estava

³⁶ É evidente o componente de gênero neste debate, em que médicos são tratados como algozes no masculino, e as outras profissionais, sempre tratadas no feminino, são vistas como aliadas no combate à *violência obstétrica*. Esta oposição generificada abre um debate caro à antropologia, o da clássica oposição entre natureza e cultura: de um lado, temos o grupo feminizado, socialmente associado à natureza e que, portanto, seria tido como menos afeito ao modelo tecnocrático de atendimento ao parto (DAVIS-FLOYD, 2004); e de outro, o grupo masculinizado, socialmente associado à cultura que, nas sociedades euroamericanas (STRATHERN, 2005) corromperia a natureza com o excesso de tecnologia utilizado na assistência obstétrica. Para um debate sobre o assunto, ver, por exemplo, Pulhez (2015). Por fim, buscando manter o efeito que esta oposição generificada tem no campo, opto por manter o gênero masculino na grafia de médicos e o feminino na grafia de enfermeiras, obstetizes e doulas.

elaborando uma pesquisa sobre *violência obstétrica*, sobretudo pelo caráter acadêmico-militante do meu campo, não foram raras as vezes em que me disseram que esperavam ansiosamente pelo meu texto final, denotando a expectativa de que meu trabalho compusesse mais um documento entre tantos que legitimam a existência da *violência obstétrica* enquanto um problema social a ser combatido. Durante um bom tempo, esta sensação me incomodou: como dizer às minhas interlocutoras de pesquisa que meu trabalho não era uma denúncia, mas sim uma análise dos processos sociais envolvidos nos debates em torno da *violência obstétrica*? Não tenho certeza de ter deixado claro para elas que eu não estava produzindo um trabalho de militância. Aprendi com a antropologia que nossos interlocutores de pesquisa não são sujeitos passivos; ao contrário, são pessoas dotadas de agência e, por isso, a leitura que eles farão do meu texto foge do meu controle.

Isto não significa, é claro, que eu deva então escrever sobre o assunto irresponsavelmente. Muito pelo contrário, justamente por saber que, uma vez que meu texto estiver publicado, ele poderá ser usado por leitoras e leitores dos mais variados modos possíveis, é que eu devo praticar uma escrita responsável. Mais do que isso, significa assumir que minha escrita tem parcialidade, que a produção de conhecimento grafada neste texto é situada – para usar os termos de Donna Haraway (1995). Significa, além disso, esclarecer que pensar as controvérsias em torno da *violência obstétrica* e os modos como ela vem sendo construída enquanto um problema social não implica negar sua gravidade ou questionar as sensibilidades em torno dela. Por fim, significa assumir que, se meu intuito não era fazer um trabalho denunciando casos de *violência obstétrica*, ele poderá se tornar mais um instrumento de legitimação da existência do problema na sociedade brasileira.

Considerando a necessidade de uma escrita responsável, cabe então esclarecer algumas de minhas escolhas estilísticas durante a escrita da tese, através das quais busquei diferenciar as minhas afirmações e questionamentos daqueles das minhas interlocutoras e dos meus interlocutores de pesquisa. Assim, todos os termos e frases que não sejam de minha autoria ou não representem necessariamente aquilo que eu penso sobre o assunto estão grafados em itálico nesta tese. Isso vale também

para os trechos de entrevistas realizadas. Além disso, tratei todo e qualquer documento analisado - resoluções, pareceres, despachos, leis, etc - como textos de origemêmica, por isso não são citados como uma bibliografia comum, estando em destaque também em itálico para diferenciá-los das citações bibliográficas de que faço uso como recursos analíticos. Expressões entre aspas, sem itálico, representam desconfiança, questionamento ou ironia por parte da pesquisadora. As aspas podem ser usadas também para destacar termos dentro de uma frase.

Um desafio foi diferenciar as citações de artigos e teses da área da saúde, que tiveram um papel tanto de documento a ser analisado quanto de ferramenta analítica. Tentei fazer essa diferenciação ao longo da escrita, sem certeza de ter sido sempre bem-sucedida. Assim, quando tratados como fonte, aparecem em itálico, obedecendo às regras ABNT de citação se retirados de livros ou artigos; e quando citados como bibliografia, estão de acordo com as normas ABNT para citações: entre aspas quando dentro do parágrafo, até três linhas, e recuados à direita, sem aspas, quando ultrapassadas as três linhas. Toda a bibliografia citada ao longo da tese obedece a esse padrão. Por fim, termos e expressões em outras línguas aparecem em itálico.

Outro desafio encontrado foi a questão do anonimato de minhas interlocutoras de pesquisa. Contaminada pela ideia de que sempre devemos tratar nossos interlocutores sob o anonimato numa pesquisa, requeri a todas as minhas entrevistadas a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido em que me comprometia em mantê-las anônimas na minha escrita. Contudo, muitas das minhas interlocutoras são pessoas públicas, que falam abertamente sobre a temática da *violência obstétrica*, coordenam ONGs, escrevem livros, dão palestras. Nesse sentido, deparei-me ao longo da escrita com o desafio de como manter esse anonimato sem perder a riqueza do trabalho de campo, ao deixar de citar atores fundamentais na constituição do conceito no Brasil.

Assim, decidi que, por respeito a todas as minhas interlocutoras, todas as entrevistas e todas as intervenções não públicas por elas realizadas sobre o tema,

teriam a identidade alterada. Por outro lado, falas públicas, livros, artigos e quaisquer outras referências não privadas seriam identificadas da maneira apropriada. Por isso, ao longo desta tese serão lidos nomes reais de muitos integrantes desse campo, e serão vistos nomes alterados em respeito ao que me foi dito em privado. Estou pouco certa de que esta é uma escolha que resolva por completo o problema da anonimização dos interlocutores de pesquisa, mas acredito que foi a melhor escolha que pude fazer diante do contexto que pesquisei.

Capítulo 1 - A humanização do parto no Brasil: políticas do conhecimento e a emergência do conceito de *violência obstétrica*

Introdução

O Brasil vive uma epidemia de cesáreas. Esta é talvez uma das frases que mais escutei ao longo de todos esses anos de pesquisa. A afirmação costuma ser atribuída, por diversos atores que participam do debate sobre a assistência obstétrica, à Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabeleceu, em 1985, que os países não deveriam ultrapassar a taxa de 15% de cesarianas no seu total de partos. A definição dessa taxa foi resultado de uma colaboração entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas (DINIZ, 2005). Tanto OPAS quanto OMS realizaram uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto em Fortaleza, em 1985, onde se chegou à conclusão de que não haveria razões que justificassem taxas de cesarianas mais altas que 10-15% (APPROPRIATE..., 1985).

A definição de uma taxa a ser perseguida de uma maneira global pelos sistemas de saúde faz parte de uma agenda em torno da qualidade da assistência obstétrica que já estava em construção desde meados do século XX, a partir de diversas iniciativas no campo da reprodução e do nascimento. Segundo Simone Diniz, médica sanitária, acadêmica e ativista pela *humanização do parto*, foi em 1979, o Ano Internacional da Criança, que houve uma primeira sistematização crítica sobre este modelo de assistência, com a criação, na Europa, de um comitê regional para avaliar as intervenções que até então eram propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal³⁷ e materna naquele continente. Teria sido a partir desse

³⁷ Os conceitos de morbidade e mortalidade são provenientes dos estudos de epidemiologia e dizem respeito, respectivamente, ao conjunto de indivíduos que adquirem alguma doença em um dado intervalo de tempo e lugar e ao conjunto de indivíduos que morrem num dado intervalo de tempo e em um dado espaço. Ver, a respeito, Ministério da Saúde (2005).

comitê que vários grupos de profissionais se organizaram “para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela Organização Mundial da Saúde, OMS” (DINIZ, 2001, p. 2), aos quais também teriam se aliado, mais tarde, representantes de grupos de mulheres e de organizações de consumidores dos serviços de saúde.

Esta primeira sistematização de estudos fez parte das origens do que hoje conhecemos como *medicina baseada em evidências científicas*, um movimento que, segundo uma médica e ativista entrevistada, teve características *revolucionárias* e *subversivas*:

Era o tempo em que o movimento pelas evidências científicas era um movimento revolucionário. (...) Os caras inventaram toda a noção de baseado em evidência. Foi lindo as mulheres poderem usar a autoridade médica à revelia dos médicos. E dizer “não, o que você tá dizendo não tem base em evidência”. Foi um período lindo, né? (Camila, médica sanitária, ativista pela humanização do parto, entrevista em dezembro de 2019)

O período ao qual se refere Camila é a década de 80, quando os primeiros ensaios clínicos randomizados sobre parto foram realizados³⁸. Para os envolvidos com a *humanização do parto*, o estabelecimento da *medicina baseada em evidências* (MBE) foi importante para que a medicina, tal qual vinha sendo realizada, começasse a ser questionada e enfrentada, constituindo as bases fundamentais desse tipo de ativismo em torno das questões do parto e da reprodução³⁹. Nas palavras de uma médica de família em uma roda sobre *violência obstétrica*, ocorrida em 2019 em Campinas-SP, a *medicina baseada em evidências* veio para substituir a *medicina baseada em autoridade*, isto é, a medicina defendida através do vivido na prática clínica, *sem comprovação científica*, identificada em posicionamentos tais quais falas como “*eu sempre fiz assim e*

³⁸ Ensaio clínicos randomizados são estudos em que “o pesquisador planeja e intervém ativamente nos fatores que influenciam os indivíduos da amostra” (OLIVEIRA, VELARDE, SÁ, 2015), os quais são alocados aleatoriamente. São estudos considerados *padrão-ouro* na assistência médica e os mais bem avaliados para a produção das *evidências científicas*.

³⁹ A MBE não diz respeito apenas à produção de evidências no campo da obstetrícia, mas sim à toda produção científica na medicina. O nome *medicina baseada em evidências* foi cunhado formalmente em 1991 pelo médico canadense Gordon Guyatt, embora suas raízes sejam anteriores a esta formalização. Os estudos sobre obstetrícia, contudo, foram fundamentais para a sistematização do que se entende como produção de evidência. Ver, a respeito, Smith & Rennie, 2014.

nunca deu errado” representariam. Isto é, a constituição de alicerces “verdadeiramente” científicos para fundamentar os procedimentos teria sido importante para colocar em questão argumentos baseados apenas na autoridade de médicos que, sob este ponto de vista, realizariam procedimentos nos corpos de suas pacientes a partir do que lhes teria sido ensinado por outros médicos de mesma autoridade.

O chamado *movimento pela humanização do parto e do nascimento* no Brasil foi oficializado em 1993, com a criação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), organização não governamental que vem cumprindo um papel fundamental no diálogo estabelecido com os governos municipais, estaduais e federal, a partir do qual uma série de políticas públicas para a promoção da assistência *humanizada* ao parto e ao nascimento vem sendo colocada em prática. A ReHuNa nasceu em Campinas, na casa de Hugo Sabatino, então médico na Unicamp, e foi fruto da comunhão de um grupo de pessoas insatisfeitas com a forma com que os partos estavam sendo atendidos no Brasil e com as altas taxas de cesariana do país. Dos 33 fundadores da Rede, 31 eram mulheres, sendo a maior parte profissionais da saúde: médicos ginecologistas e obstetras, médicos sanitaristas, enfermeiras, psicólogas e terapeutas corporais (TORNQUIST, 2004)⁴⁰. Desta reunião, surgiu a Carta de Campinas, documento que, segundo uma integrante da ReHuNa que entrevistei, tem sido referência nacional e internacional para políticas de assistência ao parto. A carta, que pode ser encontrada na íntegra no livro *Humanizando Nascimento e Partos* de Daphne Rattner e Belkis Trench (2005), procurava explicitar as razões da criação de uma rede de apoio à *humanização do nascimento* e chamava a atenção para “*as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento*” (p.171). Também apontava como problema o alto índice de cesáreas no país, denunciando a “*inversão*

⁴⁰ Apesar da ONG ter sido fundada sobretudo por profissionais de saúde, segundo Camila, o movimento trazia uma confluência de pessoas envolvidas com uma parcela do movimento sanitarista, do movimento feminista e com o que ela chamou de movimento de usuárias, que eram mulheres usuárias do sistema de saúde que se envolveram com as questões do parto e do nascimento e passaram a lutar pela melhoria da assistência.

da naturalidade da vida” na transformação da cirurgia no método “normal” de parir e nascer⁴¹.

Para a antropóloga Carmen Susana Tornquist (2004), essa noção de *humanização do parto* faz parte de uma linhagem já identificada por Tânia Salem (2007) em sua tese sobre “o casal grávido”, que traça as origens de um ideário em torno do parto *natural* na década de 30, com as teses do obstetra Dick-Read e o *Parto Sem Medo* e, na década de 50, com o obstetra Fernand Lamaze e o *Parto Sem Dor*. Tânia Salem, como bem lembra Tornquist, não poderia ter identificado o “casal grávido” com os ideários da humanização, pois escrevia sua tese em inícios da década de 80, mas estava lidando com aqueles que viriam, mais adiante, dar corpo ao que hoje entendemos como *movimento pela humanização do parto*. Com efeito, Salem lidava com aqueles que ela cunhou de geração pós-Parto Sem Dor (pós-PSD), uma geração inspirada nas teses dos obstetras franceses Frédérick Leboyer e Michel Odent e da antropóloga e feminista inglesa Sheila Kitzinger, cujos focos estavam menos na possibilidade de parir sem dor, como preconizou Lamaze, do que no fato de considerarem o parto um evento psicossocial (Odent e Leboyer) e psicosssexual (Kitzinger)⁴², com maiores questionamentos do poder médico e da *medicalização do parto*⁴³.

Se é verdade que as ideias da geração pós-PSD fazem parte da constituição do *movimento pela humanização do parto* no Brasil, discussões mais amplas sobre a saúde da mulher corriam a todo vapor na década de 80 e também podem ser entendidas como parte constituinte dos ideários desse movimento. Importante dizer que, como afirma Diniz (2001; 2005), este é um *movimento de diversos*, ou seja, é um

⁴¹ Para uma análise da ReHuNa e de sua história, ver Tornquist (2004).

⁴² Para um desenvolvimento detalhado das teses desses autores, ver Salem (2007) e Tornquist (2004).

⁴³ A noção de medicalização vem sendo debatida há várias décadas pela sociologia. Uma das definições possíveis é de Peter Conrad (2005), segundo o qual a medicalização se dá pela definição de um problema social em termos médicos, transformando-o em uma doença ou distúrbio ou usando uma intervenção médica para tratar esse problema. Discutir os diversos sentidos de medicalização encontrados em campo não faz parte do escopo deste texto, mas cabe observar que há uma tendência preponderante a associar menos medicalização a abordagens mais “naturais” do parto e do nascimento, o que possibilita um extenso debate sobre natureza e cultura, tão caro à antropologia e tão presente no contexto da *humanização*.

movimento heterogêneo em sua composição e, por isso mesmo, também heterogêneo em ideias. Os debates sobre saúde reprodutiva da mulher, que se desdobrariam mais tarde nas discussões sobre direitos reprodutivos e sexuais, são uma das partes que moldam as lutas pela *humanização* do parto, mas não apenas.

Com efeito, Simone Diniz identificou em sua tese doutoral (2001) ao menos sete sentidos dados à *humanização*, os quais, ao mesmo tempo em que se sobrepõem, também buscam se diferenciar entre si, travando um diálogo constante em que se busca uma legitimidade do posicionamento defendido. São eles: 1) *humanização* como legitimidade científica da medicina, ou da assistência baseada em evidências; 2) *humanização* como legitimidade política de reivindicação dos direitos das mulheres na assistência ao nascimento (assistência baseada em direitos), relacionada com ideais humanistas e de direitos humanos; 3) *humanização* no sentido de uma legitimidade epidemiológica, enxergando os resultados das tecnologias aplicadas à saúde das mulheres em sua dimensão coletiva; 4) *humanização* como legitimidade profissional e corporativa, em que ocorre a reivindicação do deslocamento da função principal, no parto normal, do cirurgião-obstetra para a enfermeira obstétrica ou obstetrix; 5) *humanização* como legitimidade financeira, isto é, como racionalidade no uso dos recursos, pensada tanto em termos de desvantagem (economia de recursos vista como sonegação de cuidado de populações mais carentes) como de vantagens (economia de recursos vista como menos gastos em procedimentos desnecessários e suas complicações); 6) *humanização* como legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde e como melhora na relação médico-paciente; noção mais próxima à defesa de direitos individuais, de direitos do consumidor à escolha, e diferente da noção de direitos sociais referida no item “2”; 7) por fim, *humanização* como direito ao alívio da dor, como direito à inclusão, para pacientes do SUS, ao consumo de procedimentos tidos como humanitários, como a analgesia no parto; *parto humanizado*, aqui, é sinônimo de anestesia⁴⁴.

⁴⁴ Para o desenvolvimento dessas ideias, ver Diniz, 2005.

A estes sentidos, eu acrescentaria mais um: *humanização* como a legitimação da existência de uma “natureza feminina” apta a parir, natureza que sob esse ponto de vista deve ser respeitada e estimulada em nome da saúde da mulher e também da saúde do bebê. Saúde, aqui, deve ser entendida como saúde emocional e psicológica atrelada a uma proeminência do corpo na constituição de uma “bioidentidade somática”, em que a indissociabilidade entre corpo e mente torna-se fundamental para a constituição do *self* (RUSSO & NUCCI, 2020). A definição de si ocorre a partir de processos que se desenrolam no corpo, que deve ser entendido como um agente condutor desses mesmos processos. Disso advém a ideia de que um parto *humanizado*, em que os processos *biológicos* e *naturais* são respeitados, favorece o vínculo afetivo entre mãe e bebê, facilitando a amamentação e diminuindo as chances de uma depressão pós-parto⁴⁵. Trata-se, ainda, de legitimar o direito do bebê ao afeto, que deve ser alcançado via parto *humanizado*.

Todos os aspectos levantados por Simone Diniz eu também pude observar ao longo do trabalho de campo, e ainda que ela faça essa separação didática dos sentidos, ela reconhece que são abordagens sobrepostas. Isso significa dizer que uma mesma pessoa pode entender a *humanização do parto e do nascimento* sob mais de um ponto de vista, dando ora mais destaque a um deles, ora a outro. Esta mesma pessoa pode até mesmo negar que um sentido possa ser compreendido como *humanização*, como observei em vários momentos, sendo o melhor exemplo o da anestesia, que em muitos casos não é vista como sinônimo direto de *humanização*: o simples fato de ter acesso à anestesia não garantiria à gestante um atendimento obstétrico *humanizado*, posto que ela pode sofrer diversos tipos de *violência* ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

⁴⁵ Jane Russo e Marina Nucci (2020) chamam a atenção para o caráter central do hormônio ocitocina na articulação entre ciência (ou cultura) e natureza. A ocitocina é um hormônio produzido fisiologicamente pelas mulheres durante o trabalho de parto e também na amamentação e é popularmente conhecido como o *hormônio do amor* - expressão cunhada pelo obstetra francês Michel Odent. É entendido como responsável pelo desenrolar natural do parto e pelo desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, articulando os objetivos “duros” da ciência de laboratório e a experiência subjetiva carregada de afeto e eminentemente qualitativa do parto (p.6).

Com efeito, a própria noção de *violência obstétrica* vem sendo moldada como aquilo tudo que não é *humanizado*, e o recurso à ideia de direitos das mulheres na assistência ao parto e ao nascimento é um dos mais prementes nesta construção. Também o recurso aos direitos individuais das mulheres de fazerem escolhas sobre o local e a via de parto, bem como sobre os procedimentos a serem adotados em seus corpos – em diálogo com a *medicina baseada em evidências científicas* – vem sendo crucial para a construção do conceito de *violência obstétrica*.

Pode-se dizer que este lançar mão de diversos sentidos para a definição tanto de *humanização do parto* quanto de *violência obstétrica* – termos que ao mesmo tempo se complementam e se opõem, formando a gramática política em torno da assistência obstétrica no Brasil –, fazem parte de um campo discursivo de ação que se entrelaça política e discursivamente, conforme propõe Alvarez (2014) em um artigo sobre feminismos:

Os campos discursivos de ação são muito mais do que meros aglomerados de organizações voltadas para uma determinada problemática; eles abarcam uma vasta gama de atoras/es individuais e coletivos e de lugares sociais, culturais, e políticos. Os setores mais política e culturalmente visíveis desses campos, e os pontos nodais que os articulam, variam ao longo do tempo. (...) [os campos discursivos de ação] se articulam, formal e informalmente, através de redes político-comunicativas – ou melhor, teias ou malhas – reticuladas. Ou seja, as atoras/es que neles circulam se entrelaçam em malhas costuradas por cruzamentos entre pessoas, práticas, ideias e discursos (Doimo, 1995). E essas teias [também] interconectam indivíduos e agrupamentos menos formalizados, situados em diversos espaços na sociedade civil, na sociedade “não cívica” (...) Esses campos também se articulam *discursivamente* através de linguagens, sentidos, *visões de mundo* pelo menos parcialmente *compartilhadas*, mesmo que quase sempre disputadas, por uma espécie de *gramática política* que vincula as atoras/es que com eles se identificam. (ALVAREZ, 2014, p. 18-19. Grifos da autora.)

A proposta de Sonia Alvarez de pensar os feminismos em termos de campos discursivos de ação e não como um ou vários movimentos, nos ajuda a pensar isso que se tem chamado de *movimento pela humanização do parto e do nascimento* como lugar de entrelaçamento de pessoas, práticas, ideias e discursos sobre as práticas obstétricas brasileiras. Trata-se de um tipo de *movimento* que agrega

outros *movimentos*, como os que conhecemos como *movimento feminista* e *movimento sanitaria*. As disputas, os conflitos, as visões de mundo compartilhadas por militantes feministas e sanitarias, por usuárias do sistema de saúde, por profissionais médicos e não médicos, tudo isso faz parte deste campo discursivo de ação em torno da *humanização do parto e da violência obstétrica*.

É neste sentido que *movimento pela humanização do parto e do nascimento* precisa estar sublinhado nesta tese sempre como um termo êmico. É assim que seus integrantes se referem a esse lugar de discussão sobre a assistência obstétrica no Brasil. O *movimento* não é um espaço de ideias unívocas, ainda que oficialmente ele procure demonstrar uma unicidade. No que concerne à formulação do que se entende por *violência obstétrica*, a própria gramática política operada por militantes, acadêmicas, usuárias, profissionais, entre outros, oferece elementos fundamentais para compreender o caráter fronteiro desse conceito (LÖWY, 1992), conforme discutido na introdução.

Para compreender a gramática política própria desse campo discursivo de ação em torno da assistência obstétrica brasileira, estruturada por amplas controvérsias (CLARKE, 1990), é preciso fazer uma apresentação mais geral dos bastidores que levaram à adoção do conceito de *humanização do parto* e, mais tarde, à formulação do conceito de *violência obstétrica* como um problema social, científico e jurídico. Além disso, acredito ser necessário apresentar alguns dos integrantes deste universo através das ações por eles realizadas ao longo dos anos. Por isso, escolhi fazer uma breve contextualização das discussões sobre saúde reprodutiva da década de 1980, que culminaram na ideia de direitos sexuais e reprodutivos na década 1990; faço também uma apresentação da ReHuNa e da IV Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento; apresento a Parto do Princípio e algumas ações emblemáticas para o debate em torno da *humanização* e da *violência obstétrica*; faço uma exposição sobre minhas primeiras incursões em campo e os primeiros contatos com as ativistas da associação Artemis, passando a uma breve descrição sobre a sua história e o contexto favorável à disseminação do conceito de *violência obstétrica*; e, por fim, mostro como as pesquisas da Perseu Abramo e a Nascer no

Brasil, pelo caráter científico que carregam consigo, foram instrumentos fundamentais para a legitimação do conceito.

Antes de dar início a essa contextualização, contudo, faço uma rápida discussão sobre o conceito de ativismo baseado em evidências, das sociólogas e sociólogo Vololona Rabeharisoa, Thiago Moreira e Madeleine Akrich (2014), defendendo que o *movimento pela humanização do parto e do nascimento* pode ser entendido como uma espécie de ativismo baseado em evidências.

Ativismo baseado em evidências

Segundo Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014), as duas décadas precedentes ao ano da escrita do artigo observaram diferentes transformações, conectadas entre si, que afetaram de maneira significativa a saúde e a medicina. De acordo com elas, ocorreu

1) o crescimento da confiança na medicina baseada em evidências para a definição e gerenciamento de protocolos de cuidado; 2) a proliferação de perfis diagnósticos e terapêuticos e a complexa regulação do mercado farmacêutico; 3) os desafios ao poder médico e o fortalecimento de mecanismos de responsabilização; 4) o crescimento do envolvimento de grupos de pacientes na pesquisa biomédica; e 5) a emergência de novos quadros legislativos que reconhecem pacientes e usuários como participantes nas políticas de saúde em países ocidentais⁴⁶. (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014, p.6)

Esse cenário teria provocado o interesse acadêmico para a compreensão de tais processos, e as discussões teriam apontado para alguns caminhos. Em primeiro lugar, haveria o entendimento das organizações de pacientes não mais como lugar de apoio a pacientes em termos de direitos e interesses, mas como espaço de busca ativa pela cura, numa “guerra às doenças”, com a intervenção nas atividades biomédicas. Em segundo lugar, existiriam as discussões sobre a redistribuição de competências e

⁴⁶ Tradução livre. No original: 1) the growing reliance on EBM for defining and managing care protocols; 2) the proliferation of diagnostic and therapeutic targets, and the complex regulation of the markets of drugs and medical products; 3) the challenges to the power of the medical profession and the strengthening of mechanisms of accountability; 4) the increased involvement of patients' groups in biomedical research; and 5) the emergence of new legislative frameworks that recognise patients and users as stakeholders in health policies in Western countries.

prerrogativas entre os pacientes e os expertos, com o surgimento de *lay experts*, ou seja, pacientes e ativistas que adquirem conhecimento médico e científico através da própria experiência e que são ouvidos pelos especialistas, gerando novas formas de negociações epistêmicas, isto é, novas formas de cooperação na produção, discussão e disseminação de conhecimento. Em terceiro lugar, os estudos sobre o envolvimento de organizações de pacientes nas pesquisas biomédicas teriam revelado o surgimento do que as autoras e autor chamam de *patienthood*, um sentimento ou ideia de participação ativa dos pacientes no entendimento de suas condições e engajamento na compreensão de si mesmos como pacientes.

As diferentes modalidades de engajamento acima citadas trazem luz, segundo as autoras e autor, a questões como a incerteza e a fragmentação do conhecimento biomédico; além disso, também se relacionam com o desenvolvimento da medicina baseada em evidências, que enfatiza a importância de padrões que guiam o trabalho clínico, levando à transição entre a “tradição clínica” para a “modernidade terapêutica”. Esses padrões estariam ligados à emergência de um novo tipo de objetividade, a “objetividade regulatória”, que foca no estabelecimento de convenções através de ações coletivas, em que pacientes e usuários possuem um papel cada vez mais relevante. Trata-se, assim, de uma nova dinâmica em que o que conta é o conhecimento negociado coletivamente, que teria se tornado central para o funcionamento de serviços, programas e sistemas de saúde.

Apresentando os diferentes enfoques acadêmicos para as discussões acima, as autoras e autor propõem, contudo, um passo à frente: mais do que compreender como as organizações de pacientes intervêm em políticas de saúde, elas procuram propor uma análise das atividades epistêmicas destes grupos, ou seja, os modos como eles mobilizam evidências para transformar a saúde, contribuindo, ao fazê-lo, para sua gestão e controle. Nesse sentido, a noção de ativismo baseado em evidências é cunhada pelas autoras e autor para capturar a variedade de formas de engajamento com o conhecimento feito por grupos de pacientes e de usuários e ativistas. O termo vem para chamar a atenção para a multiplicidade do conhecimento mobilizada por essas pessoas, o que inclui o conhecimento biomédico, mas também a

avaliação das tecnologias em saúde, a pesquisa em saúde pública ou até mesmo formas de expertise jurídicas (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014, p.6).

Assim, mais do que apenas beber de um conhecimento já produzido para embasar as reivindicações políticas, o ativismo baseado em evidências tem como alvo a própria produção de tal conhecimento, reconfigurando o papel e a dinâmica das organizações de pacientes, de grupos de usuários e de ativistas, com consequências maiores para a gestão e o controle da “sociedade do conhecimento” nas democracias contemporâneas.

Nesse sentido, as autoras e autor propõem um modelo conceitual para pensar o ativismo baseado em evidências, que consiste em cinco pontos:

1) As organizações de pacientes que se engajam nesse ativismo coletam experiências e constroem conhecimento com base nelas, moldando assim os grupos envolvidos e delineando suas preocupações;

2) Estas organizações articulam o conhecimento consagrado (*credentialed*) com o conhecimento baseado em experiências para tornar este último politicamente relevante;

3) Através deste processo, elas geralmente reenquadram o que está em jogo, desestabilizando entendimentos existentes sobre condições e problemas e levando à identificação de zonas de “ciência não realizada” (*undone science*). Com isso, fazem uma conexão entre políticas do conhecimento e o envolvimento dessas organizações com políticas de saúde;

4) As pautas defendidas pelas organizações de pacientes, as definições de suas condições de saúde e as identidades das pessoas envolvidas são mais o resultado dessas atividades relacionadas ao conhecimento do que propriamente sua causa;

5) Para alcançar estas transformações epistêmicas, as organizações de pacientes passam a fazer parte de redes de expertise que contam com a participação de expertos consagrados, colaborando, em alguma medida, com as autoridades da

saúde, bem como com profissionais médicos. Isto as leva a adotar uma postura mais reformista do que de confronto.

No que diz respeito ao *movimento pela humanização do parto e do nascimento* no Brasil – mas também outros movimentos analisados por Madeleine Akrich et al (2012) em artigo acerca de quatro associações sobre parto na França, na Irlanda, no Reino Unido e em Portugal –, tendo a concordar com as autoras e autor sobre o caráter baseado em evidências que ele traz consigo. Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014) argumentam que, apesar do discurso central sobre a desmedicalização – o que a princípio os colocaria fora desse enquadramento teórico –, os movimentos em torno das questões do parto podem ser pensados na chave do ativismo baseado em evidências porque colaboram com as autoridades em saúde e com profissionais da área médica na produção do conhecimento obstétrico. Segundo as autoras e autor, não se pode reduzir os movimentos em torno do parto ao discurso de desmedicalização, como uma simples oposição do parto *natural* ou *humanizado* versus parto *medicalizado*, porque o que está em jogo é muito mais uma redefinição das práticas obstétricas, em que mulheres têm um papel ativo nos processos de decisão, do que uma recusa absoluta da medicina e da ciência. Para as autoras e autor, o que os movimentos fazem é tentar construir uma abordagem que revise e articule práticas médicas com *humanização*.

No entanto, a separação entre expertise e *lay experts* no *movimento pela humanização do parto* no Brasil não me parece tão nítida quanto o modelo teórico acima apresenta. Mais do que uma associação – como uma espécie de soma – entre grupos de pacientes e de usuárias com a expertise, o ativismo baseado em evidências desse *movimento* é composto também pela expertise. Isto é, ainda que usuárias, feministas, mulheres sem nenhuma formação técnica da área de saúde componham uma parcela grande do *movimento* e colaborem para a formulação do conhecimento na área, os expertos estão na origem do *movimento* no Brasil: epidemiologistas, sanitaristas, obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrizes e outros profissionais da saúde estão não apenas lado a lado das usuárias, como muitas vezes são as próprias usuárias. Não é raro encontrar nesse campo mulheres que passaram por uma

experiência do parto considerada *transformadora* (tendo sido uma experiência *violenta* ou não), e que se envolvem com a luta pela *humanização* e pelo fim da *violência obstétrica*, muitas vezes tornando-se doulas e depois enfermeiras obstétricas ou obstetrizes⁴⁷. A linha que separa expertise e *lay experts*, portanto, pode ser bastante tênue, ainda que o que os diferencie, por fim, seja a detenção da autoridade para a tomada de decisões, e ainda que as reivindicações ganhem características diferentes a depender da posição ocupada neste jogo político⁴⁸. Mesmo que *lay experts* detenham a legitimidade para reivindicar por mudanças no atendimento obstétrico e se façam ouvir dentro dos moldes do ativismo baseado em evidências, a autoridade parece permanecer nas mãos dos expertos - e talvez isso explique, em parte, a trajetória de mulheres que se profissionalizam na área da obstetrícia: deter o saber técnico e científico importa neste contexto⁴⁹.

Além disso, o *movimento pela humanização do parto* não traz apenas expertos da área da saúde, quer imiscuídas com usuárias, quer não. A presença de expertos da área jurídica e a mesma relação de imbricamento com o “ser usuária” é evidente nesse universo, e a colaboração para a formulação de conhecimento nessa área também acontece. A linguagem dos direitos humanos, dos direitos das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos compõe a gramática política das reivindicações em torno da luta pelo fim da *violência obstétrica*, e é uma linguagem formulada em diálogo entre expertos e usuárias, quer elas estejam no mesmo “lado” ou não. Mais do que isso, trata-se de uma linguagem formulada também em diálogo com a área da saúde, sendo ambas as ciências - a obstétrica e a jurídica - complementares entre si quando o assunto é *violência obstétrica*, conforme pretendo deixar claro no capítulo 2 desta tese, ao abordar um curso de capacitação para advogados para o combate a este tipo de *violência*.

⁴⁷ A trajetória de mulheres que se profissionalizam na área da obstetrícia após uma experiência de parto mereceria uma atenção mais aprofundada, mas não fará parte do recorte desta tese. Deixo a temática, aqui, como uma sugestão para pesquisas futuras.

⁴⁸ Algumas usuárias, por exemplo, acusam os profissionais do *movimento* de serem muito condescendentes com os seus pares de profissão quando o assunto é *violência obstétrica*, ou de apenas fazerem manifestações quando há algum tipo de perseguição a um colega *humanizado*.

⁴⁹ Ainda assim, disputas de autoridade estão em jogo quando se pensa nas diferentes profissões que atendem o parto. Os conflitos entre médicos obstetras, doulas, obstetrizes e enfermeiras obstétricas no que diz respeito a quem detém autoridade para assistir o parto serão tratados no capítulo 3.

Depois desta breve digressão teórica, passo agora à Parte I deste capítulo: a contextualização dos cenários históricos que levaram à construção do conceito de *violência obstétrica*, conforme anunciado no item introdutório deste capítulo. Espero, com o texto, demonstrar esse caráter baseado em ativismo do *movimento pela humanização do parto e nascimento* no Brasil.

Parte I - Direitos sexuais e reprodutivos

Caminhos para a *humanização*

Em diversos contextos do trabalho de campo, seja em audiências públicas, palestras ou entrevistas realizadas, não foram poucas as menções ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), um marco no modo como se via a saúde da mulher até então no Brasil. Portanto, buscando me atentar ao que o trabalho de campo me trazia, percebi a importância de contextualizar, ainda que brevemente, as discussões em torno da saúde reprodutiva da mulher que, mais tarde, se materializaram na ideia de direitos sexuais e reprodutivos⁵⁰.

A promulgação do PAISM em 1984, em fins da ditadura militar e em consonância com os debates sobre a redemocratização do país, foi resultado, dentre diversos fatores, de amplas discussões nos âmbitos nacional e internacional sobre as questões da natalidade e da fecundidade, que se desenhavam já havia alguns anos e tiveram um marco importante em 1974, na Conferência Mundial de População de Bucareste. Os debates desta conferência revelaram as disputas entre os defensores de políticas de controle de natalidade, sob uma visão neomalthusiana que via no excesso de filhos as razões pela pobreza, representados sobretudo por países desenvolvidos, e entre aqueles que não acreditavam que o controle de natalidade tivesse alguma relação com o desenvolvimento do país. Ou seja, tratava-se de um embate macroeconômico entre controlistas e desenvolvimentistas, correspondentes em grande medida com visões de direita e esquerda num mundo polarizado pela Guerra Fria (ALVES, 2006).

⁵⁰ Agradeço à Maria Filomena Gregori e à Sonia Hotimsky por me chamar a atenção para isso no exame de qualificação.

O Brasil, neste momento, não adotou a perspectiva controlista de maneira oficial, não vendo no crescimento populacional um problema para o país (BERQUÓ, 1987). Contudo, como mostra Elza Berquó (1987), políticas de esterilização forçada de populações pobres e indígenas eram práticas correntes, ao passo que havia a ausência de políticas públicas de planejamento familiar, que ficavam restritas ao âmbito privado e sob a responsabilidade de entidades tais como a BEMFAM (Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar) e o Centro de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC)⁵¹.

A década que se seguiu não viu grandes mudanças no que concerne às políticas populacionais, mas o tom do governo brasileiro sobre o assunto mudou com a aproximação da Conferência Internacional da População no México, em 1984, provavelmente em decorrência da crise econômica instalada no Brasil no início dos anos 1980. Segundo Elza Berquó (1987), o então presidente João Batista Figueiredo se pronunciou no Congresso Nacional, em 1982, sobre suas preocupações com o crescimento demográfico, o que teria aberto as portas para o Ministério da Saúde (MS) começar a desenhar o que veio a ser o PAISM.

O Programa – embora não isento de críticas por uma parcela da sociedade, sobretudo por uma parcela de feministas que desconfiavam de uma agenda política de controle da natalidade pelo governo brasileiro – foi reconhecido como um programa pioneiro no que diz respeito, conforme diz o nome, ao olhar integral à saúde da mulher, deixando de olhá-la como mero receptáculo de bebês e indo além das questões do planejamento familiar. Conforme afirma Osis (1998),

O conceito de atenção integral à saúde da mulher redimensiona o significado do corpo feminino no contexto social, expressando uma mudança de posição das mulheres. Ao situar a reprodução no contexto mais amplo de atenção à saúde da mulher vista como um todo, o PAISM rompeu com a lógica que, desde há muito tempo,

⁵¹ A BEMFAM foi criada na década de 1960 como uma organização não-governamental dedicada ao planejamento familiar. Por sua vez, o CEPAIMC foi criado na década de 1970 com o mesmo intuito. Segundo Elza Berquó (1987), ambas as instituições estiveram envolvidas em denúncias sobre abusos de contraceptivos hormonais orais, sem a devida prescrição médica. Na década de 1990, foram alvo de investigações por uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito pelo Legislativo Federal, que tinha por tema a esterilização em massa no país. Ver, a respeito, o Relatório Final da CPMI (BRASIL, 1993).

norteou as intervenções sobre o corpo das mulheres. No contexto do PAISM, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério. (OSIS, 1998, p. 31)

Ainda que o cuidado não devesse mais se restringir ao ciclo gravídico-puerperal, quando se tratava dessa etapa da vida das mulheres, a proposta era, então, que se olhasse para o evento para além das questões fisiológicas, abordando também os aspectos psicossociais envolvidos (DINIZ, 2017).

Segundo Camila, uma ativista que entrevistei e que é médica sanitária formada em 1984, ano seguinte ao qual o PAISM foi promulgado, neste tempo havia uma discussão contra o chamado “materno-infantilismo”, ideia que reduz as mulheres ao papel de mãe, mas também havia uma discussão crítica sobre a assistência ao parto, que, segundo ela, *não interessava muito ao conjunto das feministas, era um assunto bastante marginal*, sendo as pautas da contracepção e do aborto muito mais fortes.

Ainda assim, nas diretrizes gerais do PAISM, já se expressa a preocupação com a qualidade da assistência ao parto e faz-se referência à questão das cesarianas desnecessárias, bem como ao alojamento conjunto de mães e bebês e ao aleitamento materno, também pautas ainda hoje presentes nas discussões sobre *humanização* do atendimento às mulheres e bebês. Além disso, nas recomendações para a assistência ao parto e ao puerpério imediato, faz-se menção ao estímulo ao parto *natural* e à participação *ativa* da parturiente, categorias correntes no vocabulário de ativistas pela *humanização do parto* e pelo fim da *violência obstétrica* nos dias de hoje.

O PAISM, portanto, foi resultado e ao mesmo tempo resultou em debates acerca da assistência integral à saúde da mulher que, anos mais tarde, se materializariam no conceito de direitos reprodutivos na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo em 1994. Naquele momento, ampliasse a ideia de saúde reprodutiva – ou saúde da mulher – para a de direitos

reprodutivos, termo criado por feministas norte-americanas⁵² e considerado mais adequado “para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres” (CORRÊA & ÁVILA, 2003, p.20). Para Sonia Corrêa (1999), o vínculo entre saúde e direitos reprodutivos sob a perspectiva dos direitos humanos ancorou o consenso entre os movimentos de mulheres, refletidos no texto final da Conferência do Cairo, tendo como premissa a indivisibilidade dos direitos humanos e a noção de um ambiente com condições políticas, econômicas e sociais favoráveis para o exercício destes direitos.

Um ano mais tarde, em 1995, o novo conceito foi reiterado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim:

(...) a Conferência Mundial sobre a Mulher reafirma que os direitos reprodutivos dependem dos direitos básicos de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número, a frequência e o momento para terem seus filhos e de possuir as informações e os meios para isso, bem como do direito a alcançar o mais elevado nível de saúde sexual e reprodutiva. Isso também inclui o seu direito de adotar decisões relativas à reprodução livres de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos de direitos humanos. (DECLARAÇÃO..., 1995, p. 225)

O adjetivo “sexual”, conforme se vê no trecho acima, não aparece por acaso. Segundo Sonia Corrêa (1999), ele eclodiu nos cenários de politização de saúde e direitos reprodutivos apenas na década de 90, tendo sido estratégia de negociação no Cairo. “A inclusão de ‘sexual’ visava radicalizar a linguagem para reter os ‘direitos reprodutivos’ no texto final [do CIPD]” (CORRÊA, 1999, p. 41) e não foi compreendida pelas feministas como uma derrota, o que poderia ter acontecido, já que a ideia de direitos sexuais não surgiu dentro do movimento feminista, mas sim no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos. E, embora o termo “direitos sexuais” não apareça no texto da Plataforma de Ação de Pequim, a ideia de direito à saúde sexual foi acolhida, como pode ser visto no trecho citado.

⁵² O termo foi criado ainda em 1984, no I Encontro Internacional da Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã e organizado pelas campanhas ICASC (International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception, Europa) e CARASA (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse, EUA), e debatido e refinado por feministas, bem como por acadêmicas e ativistas do campo dos direitos humanos (CORRÊA & ÁVILA, 2003, p. 20).

No que diz respeito ao conceito de direitos reprodutivos, segundo Corrêa e Ávila (2003), o feminismo brasileiro foi um dos primeiros a adotar a linguagem dos direitos reprodutivos, antes mesmo de sua consolidação em Cairo e Pequim, devido ao contexto político de redemocratização, quando o discurso sobre direitos e cidadania impregnava o debate político e as transformações socioculturais da época. Além disso, a incorporação do conceito de direitos reprodutivos pelas feministas brasileiras coincide com os debates sobre a reforma do sistema de saúde, que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde e na perspectiva da saúde como um direito universal.

A perspectiva feminista, por um lado, validava a proposta de autodeterminação sexual e reprodutiva e, por outro, afirmava que as necessidades de saúde da maioria das mulheres deveriam ser atendidas pelo Estado, pois os limites que elas experimentavam em termos de acesso a serviços e condições de saúde eram determinados tanto pela desigualdade de poder entre homens e mulheres quanto pela desigualdade econômica e pelos níveis de pobreza. (CORRÊA & ÁVILA, 2003, p.26)

É neste contexto de luta por acesso universal à saúde e na perspectiva da integralidade já anunciada pelo PAISM que as reivindicações por uma reestruturação da assistência ao parto no Brasil vão ganhando força na agenda da saúde pública. Como chama a atenção Claudia Bonan em entrevista realizada com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias⁵³ (BONAN, NAKANO, TEIXEIRA, 2019), por um lado, o país enfrentava um problema sério de falta e deficiências na assistência; por outro, havia a denúncia de intervenções excessivas e abuso do uso de tecnologias. Tendo a saúde se tornado, através da Constituição de 1988, um direito universal, o acesso aos serviços obstétricos se amplia mas, paradoxalmente, mais mulheres passam a ser submetidas a atos hoje designados como *violência obstétrica*: maus-tratos verbais, episiotomias de

⁵³ Maria do Carmo Leal é médica e professora e pesquisadora na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Sua trajetória acadêmica se mistura à do ativismo em torno do parto e nascimento, tendo coordenado, entre 2009 e 2013, a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”. Marcos Augusto Bastos Dias é médico e professor e pesquisador no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/Fiocruz. Participa ativamente, desde a década de 1980, de movimentos profissionais que questionam a forma predominante de assistência ao parto (BONAN; NAKANO; TEIXEIRA, 2019).

rotina e outras intervenções que podem tornar o parto um momento mais doloroso (BONAN, NAKANO E TEIXEIRA, 2019, p.325).

Para Marcos Dias e Maria do Carmo Leal, ao mesmo tempo em que existia, naquele momento, a vontade de se construir um sistema que desse conta das demandas, havia também o desejo de que o modelo de assistência fosse modificado. Eram ideias que caminhavam juntas e que, pouco a pouco, foram ganhando espaço com a formulação de uma série de políticas públicas nos níveis municipal, estadual e federal. É neste cenário que surgem iniciativas como a fundação da Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro⁵⁴, bem como a criação da Casa de Parto David Capistrano⁵⁵, na mesma cidade, ou a implementação do Prêmio Galba de Araújo pelo Ministério da Saúde⁵⁶ - todas iniciativas que aparecem na década de 1990, em meio à estruturação do SUS como um sistema de saúde universal.

Ainda segundo Dias e Leal (BONAN, NAKANO E TEIXEIRA, 2019), as décadas de 1990 e 2000 foram recheadas de encontros que resultaram na formulação de uma série de políticas públicas para a promoção da *humanização do parto e do nascimento*, além da própria composição de áreas técnicas no Ministério da Saúde que facilitavam a interlocução com os movimentos de *humanização*, de sanitaristas e de feministas. Esta série de políticas teriam culminado na promulgação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011), uma das maiores iniciativas para a reestruturação da assistência obstétrica já realizada, implementada em 2011 no governo de Dilma Rousseff.

⁵⁴ A Maternidade Leila Diniz foi inaugurada em 1994 e propunha um modelo de atenção ao parto diferente para os padrões do momento, com a garantia da presença de acompanhante e a implantação de banheira de pré-parto (BONAN, NAKANO, TEIXEIRA, 2019).

⁵⁵ Inaugurada em 1998, a Casa de Parto David Capistrano leva o nome do médico sanitarista David Capistrano da Costa Filho, designado pelo então Ministro da Saúde, José Serra, para comandar diversas políticas públicas na área da saúde. Entusiasta do modelo de atenção praticado na Maternidade Leila Diniz, o sanitarista é o formulador da proposta dessa casa de parto no Rio de Janeiro (BONAN, NAKANO, TEIXEIRA, 2019).

⁵⁶ José Galba de Araújo (1917-1985) foi um ginecologista e obstetra cearense que ficou conhecido pela sua defesa do parto *natural*. O prêmio foi criado para reconhecer e premiar as unidades de saúde, integradas ao SUS, que desenvolvem ações para a *humanização* do atendimento obstétrico. Ver mais em Brasil, s/d.

A Rede Cegonha (BRASIL, 2011) é uma rede de cuidados que tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção *humanizada* da gravidez, do parto e do puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Para tanto, a Rede visa implementar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, procurando garantir acesso, acolhimento e resolutividade para, conseqüentemente, reduzir a mortalidade materna e infantil. Algumas de suas estratégias-chave para o alcance desses resultados são o investimento em infraestrutura na área da saúde, a sensibilização de profissionais de saúde para um atendimento aos partos *menos intervencionista* e a incorporação de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (WILLIAMSON, 2021).

A Portaria foi objeto de críticas de parte de feministas por uma ausência da temática do aborto no texto da portaria, recolocando as mulheres numa posição da maternidade socialmente esperada, deixando de debater a liberdade de escolha da maternidade e reafirmando a noção de *mulher-hospedeira*, representada inclusive pelo nome do programa (CARNEIRO, 2013). Por outro lado, a Rede Cegonha foi defendida por sanitaristas como um avanço na priorização do então governo de uma política de saúde voltada à garantia da maternidade como direito e reconhecimento de cidadania, o que inclusive refletiria nas discussões sobre aborto seguro, dado que se trataria de cobrar do Estado o asseguramento do acesso à saúde e à assistência de qualidade (CARNEIRO, 2013)⁵⁷.

Para Marcos Dias e Maria do Carmo Leal (BONAN, NAKANO E TEIXEIRA, 2019), a Portaria foi uma política que marcou a assistência obstétrica brasileira, tanto devido aos recursos financeiros reservados para essa política, quanto pelas conseqüentes mudanças que ocorreram no modo de se pensar a assistência.

Marcos Dias: (...) Foi uma política que marcou. Uma política para as mulheres, para os bebês e com nove bilhões de reais em recursos (...) reservados para essa iniciativa. Então muda a metodologia, porque, como a

⁵⁷ Para uma análise dos textos publicados a favor e contra a Rede Cegonha na época de sua promulgação e uma discussão antropológica da problemática da despersonalização de uma política pública, ver Carneiro (2013).

Maria do Carmo Leal mencionou, a experiência do ministério era fazer treinamento, elaborar material instrucional, mas dependendo do gestor local. Antes da Rede Cegonha, no final do segundo governo Lula, o governo passa a apostar numa experiência que se chamava PQM [Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste]. Era a experiência de qualificação das maternidades do Norte e do Nordeste, porque, apesar da melhora geral dos indicadores do Brasil, essas regiões ainda tinham enorme diferencial na mortalidade infantil e materna. (...) Então, ocorreu essa qualificação das maternidades, baseada nos apoiadores dos serviços, nesses lugares, para mudar a prática, mudar as rotinas, o processo de trabalho. Quando é lançada a Rede Cegonha, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde traz essa experiência do PQM. Começa aí a estruturação da Rede Cegonha, com um gigantesco esforço administrativo: recrutar e treinar os apoiadores dos serviços, fazer projetos com as maternidades para implementação de boas práticas, projetos com os gestores locais municipais e estaduais, projetos de residência em enfermagem obstétrica, gerir dinheiro... (BONAN, NAKANO, TEIXEIRA, 2019, p.330)

É importante dizer que a Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde contava, neste período, com a presença de pessoas que estavam em diálogo com o movimento social em torno da melhoria da assistência ao parto como, por exemplo, a obstetra Maria Esther de Albuquerque Vilela, que coordenou esta área de 2011 a 2017, e que é uma figura pública importante na defesa das políticas de *humanização* no Brasil⁵⁸. Para Dias e Leal, figuras como Maria Esther ou Daphne Rattner - presidenta da ReHuNa -, bem como outras tantas mulheres e personagens interessadas na defesa dos direitos das mulheres na assistência obstétrica, fizeram parte da história da trajetória do Ministério da Saúde e das políticas que foram elaboradas para a promoção da *humanização do parto e do nascimento* no país. Para eles, o ativismo de organizações como a ReHuNa e outras organizações de mulheres que foram se espalhando pelo Brasil ao longo dos anos foi fundamental para que as mudanças começassem a acontecer.

Marcos Dias: Então a ReHuNa começa a ter uma interlocução muito grande. Isso coincide com o movimento político no Rio, com o movimento no ministério. Existe certa estruturação, surge o manual do ministério para a assistência ao parto humanizado, começa-se a produzir documentos, fazer seminários, campanhas... as coisas caminham paralelamente em mais de um nível da política, e isso faz toda a diferença. Eu acho que essa história da

⁵⁸ Maria Esther de Albuquerque Vilela estava presente em alguns eventos acadêmico-militantes de que participei, como por exemplo a IV Conferência Internacional pela Humanização do Parto e Nascimento, que abordarei mais adiante.

trajetória do ministério é muito importante, até mesmo para esse caminho que levou até a Rede Cegonha.

Maria do Carmo Leal: Muito importante. E essa organização das mulheres também, não é? Começam a existir grupos organizados para o parto em vários lugares e acho que isso também foi importante.

Marcos Dias: A minha convicção é de que o que fez toda a diferença foram as mulheres.

Maria do Carmo Leal: Eu também acho. (BONAN, NAKANO E TEIXEIRA, 2019, p.328)

Após esta breve contextualização histórica sobre as políticas em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e sua relação com as políticas de *humanização do parto e do nascimento* no Brasil, apresento no próximo capítulo uma contextualização sobre os atores envolvidos nestes processos.

Parte 2 - Ativismos pela humanização do parto e do nascimento

ReHuNa: a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

Conforme introduzido anteriormente, a ReHuNa foi fundada em 1993, sendo uma das mais importantes ONGs do país a tratar da questão da *humanização do parto e do nascimento*. Segundo um artigo de 2010, intitulado *ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento*, de autoria de alguns de seus integrantes (Daphne Rattner, Marcos Leite dos Santos, Heloísa Lessa e Simone Diniz), a história da ReHuNa se inicia bem antes da sua fundação, com pessoas pioneiras nas discussões sobre maneiras mais *respeitosas* de atenção ao parto e ao nascimento. O artigo se propõe a contar a história desta Rede, elencando diversos nomes de pessoas envolvidas nesse debate e iniciativas importantes, as quais são fruto da articulação destas pessoas em torno do objetivo de *humanizar* parto e nascimento.

De acordo com Teodora, uma participante da ReHuNa que entrevistei e que está presente na Rede desde os primórdios, a ReHuNa começou com 33 pessoas que tinham esse sentimento de que as coisas deveriam mudar, mas não tinham uma organização, um direcionamento, uma estratégia desenhada de como fazer para mudar o cenário obstétrico que estava dado. Aos poucos, essas estratégias foram se desenhando, sempre numa articulação em rede; isto é, em vez de buscar centralizar as ações da ReHuNa num único grupo, a estratégia sempre foi a de compartilhar as informações sobre iniciativas que são tomadas nos quatro cantos do país e espalhar as ideias, de maneira a multiplicá-las⁵⁹.

É neste sentido que o artigo citado menciona as muitas iniciativas que são parte das histórias das pessoas que compõem a ReHuNa, ainda que tais iniciativas nem sempre possam ser referendadas como um resultado direto do trabalho da ONG em si – até porque, o artigo cita iniciativas da década de 80, antes da fundação da Rede e muito antes que ela se transformasse numa ONG propriamente dita⁶⁰. Das ações elencadas no artigo, dou destaque a algumas que também apareceram em falas nas entrevistas e nos eventos do trabalho de campo: a já citada criação da Maternidade Leila Diniz pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, instituição referência em políticas de *humanização do parto*; a também já referida implantação do Centro de Parto Normal Capistrano de Abreu da Costa Filho em Realengo, “modelo para atenção em Centros de Parto Normal (CPN) extra-hospitalares do país” (RATTNER et al, 2010, p. 217); e a fundação, na década de 1980, do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, referência nacional em práticas de *humanização* pelo SUS. As pessoas ligadas a estas iniciativas faziam parte das articulações em rede que tanto desembocaram na ReHuNa quanto dela resultaram.

A ReHuNa vem realizando, desde sua fundação, uma série de eventos que são ao mesmo tempo militantes e acadêmicos e cuja proposta é discutir e difundir

⁵⁹ Com efeito, segundo Tornquist (2004), para além da autodenominação “rede”, este é o termo que melhor dá conta de definir o modo como esse grupo de pessoas se articula, atuando em diferentes espaços da sociedade, com o objetivo de ampliar o ideal de *humanização* da assistência (p.161).

⁶⁰ A ReHuNa tem como marco fundador a Carta de Campinas, em 1993, mas seu estatuto só foi elaborado mais tarde, em 1997, e foi oficializada como ONG em 2001.

informações acerca da assistência obstétrica. Característica importante desta ONG é ser composta por muitos profissionais da saúde, e ter entre eles membros da comunidade acadêmica das áreas de saúde pública e coletiva, da medicina preventiva, da ginecologia e obstetrícia, da enfermagem, da epidemiologia, entre outros. Daphne Rattner, por exemplo, atualmente presidenta da ReHuNa, é epidemiologista e professora na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB). Ativismo e academia, neste universo da *humanização do parto*, andam de mãos dadas desde os primórdios, e também foram destacadas por Tornquist (2004):

Havia várias profissionais que atuavam prioritariamente em instituições hospitalares públicas ou privadas, como Maternidades e Casa de Parto (...), bem como pessoas diretamente vinculadas às Universidades, ainda que muitas destas tivessem também laços com associações e/ou ONG, o que caracterizava uma espécie de dupla identidade – profissional e militante, e/ou dupla militância. (TORNQUIST, 2004, p. 145)

Para ir além, eu diria que esta dupla identidade, isto é, o fato desta ONG ser composta por pessoas ligadas à produção acadêmico-científica acerca de parto e nascimento faz parte, inclusive, do caráter “baseado em evidências” deste ativismo (RABEHARIOS, MOREIRA, AKRICH, 2014). Ou seja, um ativismo que se produz a partir da ciência e ao mesmo tempo a produz.

Um dos eventos que é organizado de tempos em tempos pela ReHuNa é a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento, que teve, até a escrita deste capítulo⁶¹, quatro edições: a primeira aconteceu em 2000, em Fortaleza-CE; a segunda ocorreu em 2005, no Rio De Janeiro; a terceira, em 2010, em Brasília; e a quarta, em 2016, também em Brasília, da qual participei como ouvinte e em que realizei parte do meu trabalho de campo⁶².

As Conferências da ReHuNa costumam contar com a participação de membros da sociedade civil, formuladores de políticas públicas e acadêmicos

⁶¹ Setembro/outubro de 2020.

⁶² Para uma linha do tempo de eventos e ações da Rehuna, ver o site da ONG: <http://rehuna.org.br/linha-do-tempo/>.

estudiosos das questões do parto e do nascimento. Segundo Teodora, a cada edição são propostos novos formatos nas conferências, sendo o modelo de grupos de trabalho que pude ver na quarta edição uma ideia, naquele momento, nova. Trago isto ao texto porque uma das coisas que mais me chamou a atenção na Conferência foi justamente ver em prática a ideia de rede que a ONG propõe, tendo visto diversas apresentações de trabalho que variavam desde contribuições acadêmicas de áreas distintas (Saúde coletiva, Enfermagem, Sociologia, Direito, entre outras), até relatos de iniciativas institucionais (na área da saúde e do direito) para a promoção da *humanização do parto e do nascimento* e combate à *violência obstétrica*. Foi inegável o meu sentimento de que os ideais da *humanização* se difundem nesse modelo de rede, sob a multiplicação de ideias de ações concretas para a mudança na assistência obstétrica; ações estas que vão desde iniciativas dentro de hospitais, com foco na saúde, até iniciativas de defensorias públicas estaduais, com foco nos direitos das mulheres.

Importante reforçar que aquelas que participam das conferências - no feminino, pois são mulheres em sua esmagadora maioria - não são necessariamente filiadas à ReHuNa. Para participar da IV Conferência - e arrisco dizer que das outras também - não era pré-requisito a filiação. As pessoas que lá estavam eram, acima de tudo, pessoas ligadas ao ideário da *humanização do parto*, compartilhando ideias sobre aquilo que consideram as melhores formas de assistir mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

A IV Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e do Nascimento

A Conferência aconteceu em novembro de 2016 em Brasília, no Centro de Convenções Ulysses Guimarães, localizado no plano piloto da cidade, um lugar de difícil acesso por transporte público. Tive a sorte de ter me hospedado na casa de um amigo, que muito gentilmente me deixava à porta do Centro de Convenções todos os dias, pois pegar um ônibus para lá era realmente um desafio.

Eram dias quentes, como sempre é na capital do país. No primeiro dia, ao chegar, encontrei Gabriela, a quem tinha conhecido algumas semanas antes na

ocasião de outro congresso na cidade, o Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal. Gabriela, antropóloga, estava se aventurando na temática do parto depois de ter estudado temas muito diferentes em sua formação. Mas, como costuma acontecer com muitas mulheres nesse universo da *humanização*, mudou de tema e passou a estudar as questões relativas à assistência obstétrica no Brasil depois de parir sua filha em casa com uma equipe *humanizada*.

Gabriela foi uma ótima companhia ao longo de todo o congresso. Lá também encontrei outras antropólogas do parto e da reprodução, sobretudo no workshop que aconteceu antes do início oficial da Conferência, com a antropóloga estadunidense Robbie Davis-Floyd. Eu já havia lido algumas coisas dela por indicação de um médico obstetra a cuja palestra assisti durante o trabalho de campo ainda do mestrado, Ricardo Jones. Situação comum ao longo de todos esses anos de pesquisa: conversar com as pessoas que estão produzindo o conhecimento sobre a assistência ao parto e sair da conversa com uma lista de indicações bibliográficas para ler. Foi assim com Ric Jones – como é chamado pelas/os companheiras/os de militância –, de quem comprei um livro de relatos sobre sua prática médica (JONES, 2012) e para quem pedi um autógrafa e me apresentei como antropóloga. Isso foi em 2012, meu primeiro ano de mestrado, mas me lembro como se fosse ontem: *Você é antropóloga? Então você precisa ler Robbie Davis-Floyd!*. Foi assim com ele e foi assim com várias acadêmicas e militantes que entrevistei ou com quem tive conversas informais ao longo desses anos.

Robbie Davis-Floyd é uma grande apoiadora da causa da *humanização* e vem sendo parceira da ReHuNa há muitos anos. Atua como mais uma produtora de conhecimento na área do parto que ajuda a legitimar as discussões sobre a assistência obstétrica. A sua formulação sobre os modelos tecnocrático, humanizado e holístico de atendimento ao parto⁶³ compõe a gramática do movimento, que a cita para afirmar a necessidade de se realizar um atendimento que valorize o *natural*.

⁶³ Abordarei o modelo conceitual de Davis-Floyd no terceiro capítulo.

O Centro de Convenções Ulysses Guimarães chama a atenção pela imponência, característica comum na arquitetura de Brasília. Lembro-me de não ser um prédio alto, tendo apenas dois andares (três, no máximo), mas ocupa uma área bastante grande, e as caminhadas dentro dele para o deslocamento entre as salas eram significativas. Lembro-me também de ter ficado impactada com a ausência de stands no grande hall de entrada, como eu esperava encontrar, informada por outras experiências de congressos que eu havia tido. Tanto no Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), ocorrido meses antes em São Paulo⁶⁴, quanto no Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal, que aconteceu no mesmo espaço que a Conferência da ReHuNa, a presença de stands de venda e/ou divulgação de produtos foi massiva⁶⁵. Encontrar um hall esvaziado, com apenas um stand da Matriusca – empresa que desenvolve serviços e projetos com foco na promoção da *humanização* do atendimento a mulheres no ciclo gravídico-puerperal⁶⁶ – me fez questionar essa ausência de outros stands de comércio, seja de produtos voltados à *humanização*, seja de alimentação para a hora do almoço⁶⁷.

Menciono essa sensação não à toa: aparentemente, um aluguel de stand para o Centro de Convenções não era nada barato – informação que ouvi em conversas de corredor. Chegar lá também não era fácil via transporte público. Almoçar nos arredores era difícil em acesso e também era caro. E a inscrição para a

⁶⁴ O SIAPARTO é um simpósio organizado por militantes do *movimento de humanização de parto*, cuja edição de 2016 tive a oportunidade de presenciar. Naquele ano, o evento se deu no Clube Homs, na Avenida Paulista, em São Paulo. Assim como a Conferência da ReHuNa, o simpósio contou com a participação de doulas, obstetrias, enfermeiras obstétricas, médicos, profissionais do direito e outra(s) militantes da causa. A programação do evento era recheada de palestras com especialistas na assistência ao parto ou em direitos das mulheres, num formato bastante parecido com a Conferência da ReHuNa. Como já dito antes, por questões de recorte, esse evento não será tratado nesta tese.

⁶⁵ No hall do Clube Homs, onde ocorreu o SIAPARTO, era possível ver uma série de stands com pequenos comércios voltados à maternidade e à assistência obstétrica, assim como stands de ONGs e um ou dois voltados à venda de lanches para o público presente. Já no Congresso de Obstetrícia e Ginecologia do Distrito Federal, a presença de stands da indústria farmacêutica era preponderante, com distribuição de amostras grátis de medicamentos e disponibilidade de *coffee break* à vontade para os participantes.

⁶⁶ Para maiores informações sobre a empresa, ver <https://www.matriusca.com.br>. Acesso em 02 de mar. de 2022.

⁶⁷ Havia, na área de lanchonete do próprio Centro de Convenções, a venda de salgados durante o dia, mas não era uma área para o almoço, o que nos obrigava a sair do Centro nesse horário. Agradeço imensamente a Gabriela (cujo nome aqui está alterado, mas ela certamente se identificará) pela acolhida em sua casa no horário do almoço.

Conferência custou 600 reais, além dos 100 reais adicionais para o workshop de Robbie Davis-Floyd⁶⁸. Tudo isso informa aos olhares mais atentos o caráter de classe que o *movimento de humanização* carrega consigo. Não estou dizendo, com isso, que não há validade no que foi e está sendo feito. O fato de ser esse um *movimento* composto sobretudo por pessoas de classe média e alta não invalida sua importância, mas ajuda a compreender os sentidos dados às noções de *humanização* e de *violência obstétrica* que serão abordadas ao longo desta tese⁶⁹ e a importância das redes de relações nacionais e internacionais mobilizadas.

Este também é um movimento composto sobretudo por mulheres brancas. Homens – também em sua maioria brancos – e mulheres negras, ao menos até 2016, ano em que circulei mais entre os espaços de ativismo – eram visivelmente minoria na composição do movimento. Na Conferência da ReHuNa vi poucas mulheres negras nos grupos de trabalho e nas palestras da programação⁷⁰ e, até onde minhas anotações do trabalho de campo me recordam, houve apenas uma mesa voltada para a discussão sobre racismo nas instituições de saúde⁷¹. Com efeito, acompanhando mais de longe essas discussões desde 2017, observo que estão ganhando espaço nas arenas de debate mais recentemente com o posicionamento de mulheres negras sobre a questão da *violência obstétrica* e o recorte de raça⁷². Resultado, não duvido, da

⁶⁸ Reforço, aqui, a importância do financiamento público para a realização desta pesquisa. Sem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), a participação em eventos desse porte teria sido inviável.

⁶⁹ Como é o caso, por exemplo, de o movimento ter direcionado suas forças, desde o início, ao combate ao elevado número de cesarianas, sabidamente maior no setor suplementar e entre mulheres autodeclaradas brancas. Voltarei a isso adiante.

⁷⁰ Compreendo os limites desta afirmação: estou me baseando na minha observação, mas não fiz nenhuma espécie de censo autodeclaratório sobre raça/cor das pessoas presentes na Conferência. Contudo, era consenso entre as minhas interlocutoras que a presença de mulheres negras no movimento era, ao menos naquele momento, reduzida. De todo modo, é preciso ter em mente que esse evento se passou em 2016. Certamente, há mudanças no *movimento* que eu talvez não tenha tido a oportunidade de observar. Arrisco dizer, portanto, que a presença de mulheres negras nesse espaço está aumentando.

⁷¹ Um dado importante sobre racismo institucional é o fato de a mortalidade materna entre mulheres pretas e pardas ser duas vezes maior que a das mulheres brancas no Brasil. Em 2018, segundo dados do Ministério da Saúde, 1079 mulheres pretas e pardas morreram por causas maternas, contra 505 mulheres brancas. Fonte: Datasus. Para análises sobre disparidades raciais na assistência obstétrica brasileira, ver Leal et al (2017) e Diniz et al (2016b).

⁷² Um projeto que caminha nesse sentido é o Sankofa, no Rio de Janeiro – um grupo de quatro parteiras, sendo três delas autodeclaradas negras. Elas se definem como “a união de mulheres pretas e periféricas para cuidarem de todas as mulheres carentes de cuidado, que precisam e merecem ser

ampliação dos debates sobre feminismo negro que o Brasil vem presenciando nos últimos anos⁷³.

Como mencionado, antropólogas do parto e da reprodução como eu estavam presentes, mas a maioria esmagadora das participantes da Conferência eram da área da saúde: doulas, enfermeiras obstétricas, obstetrias, educadoras perinatais, terapeutas holísticas, médicas epidemiologistas, sanitaristas e obstetras - e certamente estou deixando alguma especialidade de fora. Outra área de atuação presente eram mulheres da área jurídica, advogadas e procuradoras que atuam no combate à *violência obstétrica*, além de mulheres políticas - como, por exemplo, a deputada Erika Kokay, do Partido dos Trabalhadores - e representantes da área técnica do Ministério da Saúde.

A Conferência contou com várias sessões de apresentações de trabalho diferentes, distribuídas ao longo de quatro dias: a I Mostra Internacional de Boas Práticas de Gestão e Cuidado na Atenção Perinatal, que sempre acontecia de manhã; as sessões chamadas de Comunicação Coordenada; as Mesas Redondas, sessões denominadas Espaço Dialogado; as sessões chamadas de Conversas ReHuNidas e as Conferências Magnas⁷⁴. Em que pesem as diferenças nos nomes e alguns detalhes nos formatos de cada tipo de sessão - algumas apresentavam trabalhos mais acadêmicos,

visibilizadas." Ver mais em: <https://projetosankofa.com.br/>. Acesso em 15 de outubro de 2020. No âmbito acadêmico, vêm crescendo as pesquisas em torno da *violência obstétrica* e os recortes de raça, intersecção que foi chamada por Dána-Ain Davis (2019) de *racismo obstétrico*. Para Davis, o conceito de *racismo obstétrico* captura melhor as particularidades da assistência obstétrica dispensada às mulheres negras, pois apenas *violência obstétrica* não levaria em conta adequadamente os contornos do racismo materializados nas relações entre profissionais de saúde e essas mulheres. Para uma discussão sobre raça e assistência obstétrica no Brasil sob a ótica do *racismo obstétrico*, ver Williamson (2021).

⁷³ Tome-se como exemplo o fato do livro da filósofa negra Djamila Ribeiro, *Pequeno Manual Antirracista*, ter se tornado, em junho de 2020, o livro mais vendido no Brasil. Mais informações em Nascimento, 2020.

⁷⁴ Uma das conferências, aliás, contou com Michel Odent, que não esteve presente pessoalmente e enviou um vídeo gravado com sua conferência. Michel Odent é considerado um grande parceiro do movimento pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, especialmente da ReHuNa, e foi condecorado, em 2017, com o título de Doutor Honoris Causa pela Universidade de Brasília pelas suas contribuições acadêmicas. É o autor da célebre frase "*para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer*", repetida frequentemente pelas ativistas do movimento. Suas obras vêm sendo traduzidas no Brasil pelo Instituto Michel Odent, instituição sem fins lucrativos, fundada em 2015 no Rio de Janeiro, que tem como objetivo a divulgação do trabalho do obstetra francês. A página do Instituto está disponível no link: <https://www.institutomichelodent.com.br/>. Acesso em 17 de outubro de 2020.

outras apresentavam experiências práticas de implementação de políticas de *humanização do parto*, por exemplo –, o conteúdo discutido em cada uma das palestras tinha como componente em comum a defesa do parto e do nascimento *humanizados*, e a crítica ao sistema obstétrico que perpetuaria a *violência obstétrica*.

A Conferência foi encerrada com uma palestra-musical, encenada por integrantes do *movimento* e estrelado por Braulio Zorzella, médico obstetra apoiador da causa, e Isadora Canto, cantora bastante conhecida no meio por suas canções para bebês e mães. Foi intitulada *O Renascimento do Parto*, mesmo nome da trilogia de documentários de Érica de Paula e Eduardo Chauvet, que por sua vez se inspiraram no título do livro de Michel Odent, *Birth Reborn*⁷⁵. Em tons mesclados de humor e drama, a peça-palestra remontava à história do parto “desde os seus primórdios” até os dias atuais, com explicações ao longo dos 60 minutos de duração sobre os procedimentos que foram sendo incorporados ao atendimento ao parto⁷⁶.

Eventos como as Conferências da ReHuNa, bem como seminários, simpósios ou outras palestras que presenciei ao longo da pesquisa de campo, revelam características do ativismo baseado em evidências que discutimos nas páginas anteriores. Nesses eventos, veem-se reunidas usuárias/pacientes que constroem conhecimento com base em suas experiências de parto, e articulam tal conhecimento com aquele que já é consagrado pela ciência. Ao fazerem isso, desestabilizam entendimentos existentes sobre a assistência obstétrica, e o fazem lado a lado a uma rede de expertos que estão também produzindo conhecimento sobre o assunto. As Conferências da ReHuNa, ao acolher usuárias, obstetrias, médicas, enfermeiras obstétricas e também mulheres políticas e do mundo jurídico, e ao realizar mesas redondas, grupos de trabalho e conferências sob os mais distintos prismas de conhecimento, tornam-se por excelência um lugar da construção de uma

⁷⁵ A trilogia, de produção independente e financiada por *crowdfunding*, está disponível na plataforma de *streaming* Netflix. O primeiro dos três documentários estreou em 2013 e é considerado peça importante na legitimação do conceito de *violência obstétrica*, ainda que ele não fale especificamente de *violência*.

⁷⁶ Um *teaser* da peça e explicações mais detalhadas sobre ela podem ser vistos no site <https://www.brauliozorzella.com/a-revolucao-do-parto>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

política de conhecimento em que o ativismo se produz a partir da ciência e ao mesmo tempo a produz.

Ciente de que muito mais poderia ser dito sobre a ReHuNa, seus membros e sua atuação, passo agora à apresentação de uma rede fundamental para construção do conceito de *violência obstétrica* e para as discussões sobre *humanização do parto e do nascimento* no Brasil.

A Parto do Princípio e suas ações

A Parto do Princípio é uma outra rede de ativistas pela *humanização do parto e do nascimento*. Trata-se de uma rede de mulheres autodenominada “*mulheres em rede pela maternidade ativa*”, oficialmente fundada no Dia das Mães de 2006 por um grupo de *mulheres com alto poder aquisitivo e altamente escolarizadas*, conforme me contou Yara, uma de suas ativistas. Usuárias do sistema suplementar de saúde, estavam insatisfeitas com o elevado número de cesarianas realizadas no Brasil que, na época, girava em torno de 45%⁷⁷.

Diferentemente da ReHuNa, a Parto do Princípio nunca se institucionalizou como uma ONG. Ela é, desde o início, pensada como uma rede de mulheres, que iniciou-se com trocas de e-mails sobretudo em duas listas chamadas *Materna* e *Parto Nosso*, muito ativas na época, em que mulheres que estavam para se tornar mães ou que já tinham tido seus partos trocavam experiências sobre o assunto.

A gente tava articulando a formação da rede, né? Na época, a maioria das mulheres que tava na formação, eram mulheres com alto poder aquisitivo e altamente escolarizadas. Aí a principal...o principal motor na época era criar uma sensibilização pública, né, pra questão do abuso de cesarianas no setor suplementar. Então esse era o principal mote. Então essa ação do dia das mães foi pensada pra lançar a rede, pra lançar o site, que era o principal....é...era a plataforma, acho, da rede, né? Aí essa ação foi pensada pra lançar. Então a gente se reuniu em vários pontos do país, né? Cada grupo na sua região, na sua cidade, no seu estado, e pensou em alguma

⁷⁷ Conforme gráfico disponibilizado no site da Parto do Princípio, cuja fonte é o SINASC/DATASUS. Ver: <https://www.partodoprincipio.com.br/cesareas-indesejadas>.

atividade pra falar sobre a Parto do Princípio, o lançamento da rede. Aqui em São Paulo, a gente distribuiu sementes [de flores] em alguns lugares da cidade (...) e mandou press release pra jornais. (Yara, ativista da Parto do Princípio, entrevista em agosto de 2020)

Foi 2006 também o ano em que a Parto do Princípio entregou ao Ministério Público Federal (MPF) de São Paulo uma denúncia sobre o *abuso* de cesarianas, denúncia composta por um dossiê de 35 páginas, apresentando o panorama, à época, da assistência obstétrica no setor suplementar, e elencando as razões do *abuso de cesarianas* provocado por *interesses corporativistas*. Esta denúncia, mais tarde, em 2010, resultou na abertura de uma Ação Civil Pública⁷⁸ contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

É, foi isso, em 2006 a gente entregou a denúncia pro Ministério Público Federal daqui de São Paulo, aí 2007 teve a primeira audiência pública sobre esse tema, sobre o abuso de cesarianas. Então o Ministério Público Federal convocou essa audiência. Aí tava a Parto do Princípio, a Faculdade de Saúde Pública, e...acho...algumas entidades de representação médicas, de convênios e de hospitais privados, né? E aí foi em [pausa pra buscar informações no computador]...não lembro em que ano que foi que isso virou Ação Civil Pública. A Ação Civil Pública foi iniciada pelo Ministério Público Federal em face da ANS, e foi essa ação que levou à condenação da ANS. Eu acho que nesse tipo de processo eles não falam "condenação", acho que é outro termo jurídico que usa. (Yara, ativista da Parto do Princípio, entrevista em agosto de 2020)

Com efeito, em novembro de 2015, houve uma determinação judicial sentenciada pelo Juiz Victorio Giuzio Neto – referenciado pelas ativistas apenas como “Juiz Victorio” – em que ele elenca seis ações que a ANS deveria tomar no sentido de melhorar os índices de cesariana no setor suplementar: a) determinar às operadoras de plano privado que forneçam aos beneficiários que pedirem os percentuais de cesarianas e partos normais realizados pelos obstetras e hospitais credenciados; b) definir um modelo de partograma⁷⁹, estabelecendo-o como documento obrigatório em todos os nascimentos; c) determinar a utilização do

⁷⁸ Ação Civil Pública nº 0017488-30.2010.4.03.6100

⁷⁹ Gráfico no qual são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições da mãe e do feto. É usado para acompanhar e documentar a evolução do trabalho de parto, além de ajudar a diagnosticar alterações nesse processo, dando instrumentos para a tomada de decisões sobre as condutas apropriadas e evitar intervenções desnecessárias. Ver mais em Preenchimento..., 2018.

Cartão da Gestante como documento obrigatório a ser fornecido às gestantes⁸⁰; d) determinar às operadoras e hospitais o credenciamento e a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrias no atendimento do trabalho de parto e parto; e) criação de indicadores e notas de qualificação para operadores e hospitais específicos para a redução do número de cesarianas e adoção de práticas *humanizadas* do nascimento; e f) estabelecer a remuneração de partos normais com valores que sejam, no mínimo, três vezes mais altos que a de cesarianas (BRASIL, 2015b).

No bojo das discussões nas diversas audiências públicas realizadas desde a denúncia da Parto do Princípio em 2006, a ANS se adiantou à sentença e propôs duas Consultas Públicas em 2014 sobre os três primeiros itens da determinação do Juiz Victorio. Dessa consulta, resultou a Resolução Normativa nº 368 em 6 de janeiro de 2015, apresentada em juízo enquanto corria o processo, e que

Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. (BRASIL, 2015d)

No que diz respeito aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, essas informações devem ser repassadas às pacientes que realizarem o pedido, não estando disponibilizadas, por exemplo, no site das operadoras – algo que é objeto de crítica de Yara, pois segundo ela, as informações deveriam ser de fácil acesso e não mediadas pelo processo de requerimento. Além disso, tem-se notícias de dificuldades impostas pelos planos de saúde no fornecimento dessas informações, como o pedido do CPF do médico, por exemplo (BALOGH, 2015).

Por outro lado, Teodora disse não acreditar na efetividade dessa medida:

⁸⁰ O Cartão da Gestante foi adotado pela ANS, e embora tenha havido demanda por parte das ativistas sobre a adoção do modelo da Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde, foi elaborado um modelo próprio. Tanto o Cartão como a Caderneta devem ficar em posse das pacientes e serem preenchidos nas consultas de pré-natal pelo profissional de saúde. O Cartão da Gestante pode ser visto em http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/parto_cartao_gestante.pdf. A Caderneta está disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf). Acesso em 15 abr. 2022.

Eu não sei quantas mulheres mudam de médico porque entraram naquela lista e viram que o médico delas...agora, vou pegar o exemplo de um grande amigo meu, queridíssimo, do movimento. A hora que a gente entrou na Unimed, ele tava com taxa de cesárea de 50%. Por quê? Porque ele atende muito parto domiciliar no privado e isso não aparece na Unimed. E aí quando precisa internar por conta da cesárea, isso aparece. Então ele tá com uma taxa de cesárea alta que não é a verdadeira, que não é a prática dele. Outra coisa: se a pessoa trabalha com diferentes convênios, ela vai ter uma taxa diferente em cada um dos convênios. (...) Então, não é uma coisa fácil de você administrar. Aliás, não é uma coisa fácil de intervir. Porque se aquela operadora vira e diz pro médico: você tem que baixar taxa de cesárea, ele faz o quê? “Eu me descredencio dessa aqui e vou naquela que não me enche o saco”, entendeu? Então é muito difícil você intervir. (Teodora, ativista da ReHuNa, entrevista em janeiro de 2017)

Para ela, o que efetivamente estava causando impacto na redução das taxas de cesariana era o Projeto Parto Adequado, uma iniciativa da ANS em parceria com o Hospital Albert Einstein (HAE) e o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde. Este projeto visa melhorar a atenção obstétrica com a promoção do parto normal e redução de cesarianas sem indicação clínica na saúde suplementar e, entre várias iniciativas, busca implementar o modelo de atendimento com equipe multiprofissional⁸¹. Isso significa dizer que não se trata de um modelo centrado na figura do médico obstetra, mas sim de uma divisão da atenção à saúde da gestante entre diversos profissionais, como enfermeiras obstétricas, obstetrizes e doulas, por exemplo. De 2015 – ano de implementação do projeto – a 2019, houve uma leve redução nas taxas de cesariana no setor suplementar, caindo de 84,6% para 83,2 (PARTO..., S/D); mas esse dado precisa ser olhado de região a região e plano a plano para compreender melhor os efeitos de uma redução considerada, por ativistas como Yara, muito pouco significativas⁸².

Importante dizer que em 2006, na ocasião da elaboração do dossiê sobre cesarianas e em 2010, quando do início da Ação Civil Pública, o termo *violência obstétrica* ainda não tinha se difundido tal como está hoje. Contudo, em 2012 a Parto

⁸¹ Para maiores informações sobre o projeto, ver: Parto..., s/d; e Movimento..., 2022.

⁸² Para uma análise mais detalhada dos efeitos do Projeto Parto Adequado na assistência obstétrica, ver, por exemplo, Leal et al (2019).

do Princípio entregou à CPMI da Violência Contra a Mulher⁸³ um dossiê denominado “Parirás com Dor”, em cujas 180 páginas faz-se uma descrição minuciosa do que deveria ser considerado *violência obstétrica*, junto a diversos relatos desse tipo de violência.

O uso do termo no dossiê, porém, foi uma decisão tomada após muitas discussões, como me contou Yara quando lhe perguntei sobre o contexto de formulação desse documento.

“Usar ou não usar o termo violência obstétrica”, sabe? (...) Foi uma grande discussão isso. E aí...a gente tava nessa discussão: é violência obstétrica que a gente chama? É violência contra a mulher que a gente chama? É violência institucional? Né? Como que a gente vai chamar isso? Mas a gente sabe que é violência! (...) A gente só não sabia muito bem como qualificar essa violência. (...) A gente não queria que o termo restringisse a nossa discussão, né? (...) Violência obstétrica é apelativo, é um termo apelativo, né? É diferente de você falar violência institucional. Violência institucional...Muita gente vai falar “o que que é isso?”, né? E violência contra a mulher pode parecer uma coisa muito genérica que muitas das pessoas talvez não se identificassem, né, com esse termo. É...e de fato violência contra a mulher é muito mais amplo que isso, né? Então a gente queria colocar uma categoria, né? Uma forma de violência contra a mulher, né? Que a gente entendia que é uma violência que acontece porque a pessoa vai lá procurar assistência à sua saúde sexual e reprodutiva, né? Então (...) a gente não queria que restringisse porque a gente tava querendo nomear. Então a gente ficou com medo de violência obstétrica ser tomada como uma violência praticada unicamente pelos obstetras. (...) A gente queria que ficasse claro que podia ser inclusive uma violência institucional. Ou uma violência do próprio sistema, né? (...) Então a gente achava que isso era uma violência sistêmica que...e a gente ficava com um pouco de medo de o termo ser redutor da discussão, né? De ficar reduzido a isso, de “ah, o obstetra que é violento contra a mulher”. A gente não queria essa personificação. Mas no fim deu super certo, assim, acho que valeu a...a gente resolveu...”ah, vamo ver, né? Vamo tomar o cuidado de definir o que a gente tá falando e vamo ver se vai pra frente”. E acho que deu super certo, foi super bom. (Yara, ativista da Parto do Princípio, entrevista em agosto de 2020)

“Deu super certo” porque foi incorporado ao relatório final da CPMI da Violência contra a Mulher⁸⁴, e o dossiê da Parto do Princípio ficou conhecido como um dos primeiros documentos no Brasil a definir *violência obstétrica* nesses termos,

⁸³ A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) do Congresso Nacional aconteceu em 2012 com o objetivo de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão do poder público. Mais informações em CPMI da..., 2012.

⁸⁴ O relatório está disponível em Brasil, 2013b.

ainda que diversos nomes já tivessem sido dados a este mesmo fenômeno, como evidencia a fala de Yara. *Violência institucional, violência no parto, violência na atenção obstétrica, violência obstétrica* são nomes diferentes dados a um fenômeno que, ao longo dos anos, foi sendo cada vez mais refinado em suas definições como um tipo de violência contra a mulher e violência de gênero, atestando o que Rifiotis (2012c) aponta como uma transformação da palavra “violência” como um significante vazio que, para adquirir significado, necessita de uma adjetivação:

‘Violência’ é uma palavra singular. Seu uso recorrente a tornou de tal modo familiar que parece desnecessário defini-la. Ela foi transformada numa espécie de significante vazio, um artefato sempre disponível para acolher novos significados e situações. O seu campo semântico tem uma regra de formação: a constante expansão. (RIFIOTIS, 1999, p. 28)

O termo “obstétrica”, portanto, opera como esta adição de um significado ao significante “violência”, porém não sem um amplo campo de controvérsias em torno deste – ou destes, para ser mais precisa – significado(s). Pode-se dizer que ações como as da ReHuNa e da Parto do Princípio para a consolidação de práticas de assistência obstétrica *não violentas e humanizadas* fazem parte daquilo que constitui esse campo discursivo de ação da *humanização do parto e do nascimento* que se entrelaça política e discursivamente, conforme a proposta de Alvarez (2014) que discutimos no início deste capítulo.

Violência obstétrica, no dossiê Parirás com Dor, está definida como todos os atos “*praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis*” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60), sendo eles de seis tipos: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático.

As violências de tipo físico são definidas no dossiê como aquelas ações que, quando realizadas sobre os corpos das mulheres sem recomendações *baseadas em evidências*, causam dor ou dano físico. As de tipo psicológico são definidas como aquelas realizadas através de ações verbais ou comportamentais, causando nas

mulheres sentimentos de “*inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação [sic], ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio.*” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.60) Violências do tipo sexual são ações impostas às mulheres que violem sua intimidade ou pudor. As do tipo institucional são ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso das mulheres aos seus direitos. Violências do tipo material são definidas como ações e condutas que têm por objetivo obter recursos das mulheres em processos reprodutivos. Por fim, as violências de caráter midiático são aquelas ações praticadas por profissionais através dos meios de comunicação, diminuindo seus direitos através de mensagens, imagens ou outros signos que fazem apologia a práticas cientificamente contraindicadas.

Esta amplitude nas definições de *violência obstétrica* no dossiê faz parte desse processo de significação do significante *violência* que, difícil de ser definido, acolhe distintos significados para buscar dar conta de processos de subjetivação de dores sofridas durante o ciclo gravídico-puerperal. As frases de Yara, “*a gente sabe que é violência! (...) A gente só não sabia muito bem como qualificar essa violência*”, acabam por evidenciar uma certa zona cinzenta do como definir essas sensações e sentimentos em torno de atos realizados durante pré-parto, trabalho de parto, parto e pós-parto. Trata-se, com efeito, da configuração de novas sensibilidades em torno desses atos, denotando o aspecto subjetivo das definições do que seja violência. Como afirma Wieviorka (2007), as percepções da violência “são função de outros elementos que não o fenômeno ele mesmo, em sua aparente objetividade” (p. 1148), o que nos impele a olhá-la não como algo fixo e definível fora de um contexto relacional (SIMÕES, 2019).

Importante dizer que o dossiê toma como base as definições sobre *violência obstétrica* das leis da Venezuela e da Argentina, promulgadas respectivamente em 2007 e 2009 (VENEZUELA, 2007; ARGENTINA, 2009). Com efeito, a primeira vez que se tem notícia da documentação do conceito é na lei venezuelana - *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* -, que trata de diversos tipos de violência contra a mulher e os coloca na categoria de delitos passíveis de algum

tipo de punição. Nesta lei, *violência obstétrica* - cuja execução é passível de multa -, está definida como

*a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissionais da saúde, que se expressa em tratamento desumanizado, em abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente sobre a qualidade de vida das mulheres.*⁸⁵

Percebe-se, no dossiê, uma tentativa de ampliar os sentidos dados à *violência obstétrica* ao mesmo tempo em que se procura especificá-los. Isto é, amplia-se a categorização de quem pode perpetuar esse tipo de *violência* e ao mesmo tempo explica-se como cada tipo de ação pode ser considerado uma forma de *violência*, talvez numa busca por estratégias de reparação (SIMÕES, 2019, p. 187) que se desenham através de uma gramática dos direitos das mulheres.

Passo agora à apresentação da Artemis, organização não governamental importante no processo de construção do conceito de *violência obstétrica*, e que pode ser tomada como um exemplo “bom para pensar” as formas como os direitos das mulheres são agenciados nas discussões sobre *violência obstétrica* no Brasil.

A ONG Artemis e o fortalecimento do conceito de *violência obstétrica*

Era 1º de abril de 2015. Havia um ano, Adelir tinha sido levada à força, por decisão da justiça, a uma sala de cirurgia para se submeter a uma cesariana contra a sua vontade. Naquele dia, integrantes da ONG Artemis convocaram ativistas pela *humanização do parto* e simpatizantes a se juntar a elas num ato público em frente à ALESP (Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo), em memória da violação de direitos de Adelir e em luta pela aprovação da Lei das Doulas, parte de uma agenda

⁸⁵ Tradução livre. No original: 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.

de reivindicação de direitos em prol da autonomia da mulher e em combate à *violência obstétrica*.

Uma tarde quente de abril na ALESP, onde estabeleci os primeiros contatos com integrantes da Artemis, com quem mantive uma interlocução profícua ao longo do trabalho de campo. Uma tarde em que comecei a me embrenhar em um vocabulário jurídico e político capcioso, e em que me impressionei com a destreza das ativistas em lidar com ele.

Naquela tarde, a confecção de cartazes por doulas, enfermeiras obstétricas, obstetrizes, advogada(o)s, mulheres com suas barrigas e bebês; cartazes a que me acostumei ver em diversas manifestações em prol do *parto humanizado*, com dizeres que já me vêm à memória sem que eu precise nem mesmo olhar minhas anotações: *Parem a violência obstétrica; Meu corpo, meu parto, minhas regras; Doula a quem doer; Chega de parto violento pra vender cesárea; Mulher bem informada não quer ser cesariada; Sem informação de qualidade, não existe autonomia de verdade...* entre tantos outros. Uma forma de dizer à sociedade e ao governo que os corpos das mulheres têm sido alvo de intervenções e correções de supostos defeitos “naturais” e que estava mais do que na hora de respeitar suas decisões.

Uma longa tarde que se estendeu pelos corredores da ALESP, por onde percorremos, em pequenos grupos, de porta em porta os gabinetes dos deputados, para lhes entregar um manifesto em apoio à Lei das Doulas e lhes explicar o que é a *violência obstétrica* e a situação da assistência materno-infantil no Brasil. Foram horas caminhando pelo prédio e escutando uma das ativistas desenvolver, eloquentemente, os argumentos em defesa da Lei das Doulas, do direito de escolha das mulheres, realizando o que as ativistas chamam de *ação de advocacy* – um “lobby do bem”, que cidadãos podem fazer em defesa de seus direitos. Embora apenas uma deputada tenha nos recebido, todos os assessores parlamentares acolheram o manifesto e se comprometeram a passar a informação para frente.

O relato acima faz parte das minhas incursões iniciais em campo durante o doutorado. Trata-se de um primeiro contato mais próximo à gramática dos direitos das mulheres que compõe a luta contra a *violência obstétrica* no Brasil e que vem ganhando contornos cada vez mais fortes nos últimos anos. É um sujeito importante na difusão dessa gramática é a ONG Artemis, citada no relato acima. A ONG foi fundada em São Paulo no ano de 2013 e encabeçada por duas mulheres e ativistas. As duas se conheceram anos antes, na ocasião de suas gestações, num grupo de apoio à *maternidade ativa*, e tinham o sonho de um dia fundar uma ONG que lutasse pelos direitos das mulheres. Uma delas é graduada em Tecnologia em Processamento de Dados e, mais tarde, se embrenhou nas discussões sobre saúde, chegando a realizar seu doutorado na Medicina Preventiva da USP. A outra, por sua vez, é advogada formada pela Mackenzie e trabalha com direitos das mulheres. Nenhuma das duas havia experienciado a *violência obstétrica*, mas passaram por tipos de violência contra a mulher que as motivaram a se dedicar à defesa dos direitos das mulheres. A advogada não faz mais parte da associação, e a outra ativista permanece como presidenta da ONG.

A Artemis nasceu com a proposta de defesa do *protagonismo e autonomia* das mulheres e se fundou sob a bandeira do combate a todas as formas de violência contra a mulher, mas com um enfoque acentuado na luta contra a *violência obstétrica*. Diferentemente da ReHuNa, que foi encabeçada por profissionais de saúde insatisfeitos com a situação da assistência obstétrica no Brasil, a Artemis se propôs a encabeçar o que elas chamam de *movimento de usuárias* na luta pela *humanização do parto*, com um olhar voltado mais para as demandas das usuárias e menos para as demandas dos profissionais, ainda que estes universos se conectem recorrentemente⁸⁶.

O papel da Artemis, segundo uma das entrevistas que fiz com uma de suas ativistas, era sair do plano individualizado de atendimentos a mulheres em

⁸⁶ Como já anunciado na discussão sobre ativismo baseado em evidências, essa não é uma separação tão simples de fazer. Usuárias e profissionais da saúde muitas vezes são categorias coincidentes, sobretudo se tomarmos o exemplo de mulheres que passam pela experiência de um parto e resolvem militar pela causa estudando para serem doulas, obstetrias ou até mesmo médicas.

situação de violência e coletivizar a luta, cobrando do Estado que cumpra seu papel. Nesse sentido, a ONG não faz consultas jurídicas nem oferece serviços de advocacia. Sua característica principal são as ações de *controle social* – ações advindas dos cidadãos para cobrar dos governantes a garantia de seus direitos – tanto no âmbito da *violência obstétrica* quanto de outras violências cometidas contra mulheres.

No que diz respeito a encaminhamentos de denúncias de violações aos direitos das mulheres, a Artemis teve um papel importante na ocasião da cesariana de Adelir, relatada na introdução desta tese. A ONG havia sido fundada meses antes, em 2013, e quando o caso chegou às ativistas, elas elaboraram uma estratégia de denúncia com o intuito de, além de buscar reparação para Adelir, fazer crescer o (re)conhecimento das pessoas sobre a *violência obstétrica* como uma violação de direitos humanos. Uma das ativistas ligada à Artemis, quando lhe perguntei sobre o momento em que, em sua opinião, a *violência obstétrica* teria ganho destaque no Brasil, remonta suas origens às leis venezuelana e argentina, ao dossiê da Parto do Princípio e continua:

(...) a gente entendia e entende a violência obstétrica muito além da violência no nosso sistema penal, entende como uma violação de tratados internacionais. Então quando a gente foi acordado no dia 1o de abril na madrugada sabendo que uma mulher foi obrigada por decisão judicial a se submeter a uma cesariana contra a sua vontade e levada por força policial, a gente não viu isso como uma decisão arbitrária, a gente viu isso como uma grave violação dos direitos humanos! Pacto San Jose da Costa Rica, Cedaw, Convenção Belém do Pará... e foi onde a gente traçou uma estratégia na Adelir de denunciar como violação dos direitos humanos (...) A gente só se pronunciou depois que a gente já tinha denunciado pros deputados e a gente já tinha mandado pra Presidência da República. A gente tinha um documento. (...) Então a gente começou a virar mídia. (...) E naquela semana o Brasil estava sendo condenado na OEA no caso Alyne Pimentel, que era uma violência obstétrica, uma morte por não atendimento em decorrência de abortamento. (...) E aí a gente falou: olha, "Direitos humanos. Feriu uma mulher num estado, alcança toda a coletividade." E a gente distribuiu as denúncias. E aí teve no dia 11 de abril aquela grande mobilização nacional em prol da Adelir, quando o Palácio do Planalto reconheceu que ela sofreu violência obstétrica e que isso era violação de direitos humanos. (...) E aí a gente conseguiu atrair toda a mídia, né? Aí saiu na mídia internacional esse caso, saiu no El País, The Guardian, Washington Post...foi além da mídia brasileira tradicional. (Clara, ativista da Artemis. Entrevista em dezembro de 2016)

Reouvir a entrevista e reler a transcrição me fez lembrar da emoção nas palavras usadas para descrever aquele momento. Uma entrevista de quase 5 horas de duração, regada a muito café e a muito orgulho de Clara pelo trabalho realizado pela ONG. Para ela, a Artemis era mais um ator nesse processo de reconhecimento da existência de um tipo de violência contra a mulher e de reconhecimento *da violência obstétrica* como uma violação de direitos humanos. Inclusive, foi em decorrência da cesariana de Adelir que a ONG elaborou o Projeto de Lei 7633/2014 (BRASIL, 2014a) que foi apresentado para diversos deputados e deputadas no Congresso Nacional, e acolhido e assinado pelo então Deputado Federal pelo PSOL do Rio de Janeiro, Jean Wyllys. O PL, hoje apensado a um mais recente (PL 878/2019)⁸⁷ por ter Jean Wyllys deixado o cargo, é o primeiro em nível nacional a tipificar *violência obstétrica*. Não se trata, contudo, de uma tentativa de criminalização desse tipo de *violência*, em termos penais, possuindo um caráter mais educativo do que punitivo⁸⁸.

Para voltar à fala de Clara, é interessante notar o fato de ela ter citado o caso Alyne Pimentel enquanto um caso de *violência obstétrica*, ainda que a condenação do Brasil sobre esse caso não fale nesses termos. Alyne, negra e pobre, moradora de Belford Roxo no Rio de Janeiro, morreu em novembro de 2002 em decorrência de uma série de complicações advindas da morte de um feto aos seis meses de gestação; morte que foi reconhecida pelo CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher) como um caso de negligência médica agravado pelas condições de classe, de raça e de gênero. Trata-se do primeiro caso no mundo de um reconhecimento internacional da responsabilidade de um Estado Nacional por um caso de morte materna. Em 25 de março de 2014, poucos dias antes do caso Adelir, aconteceu, na sede da Secretaria de Direitos Humanos, uma cerimônia de reparação indenizatória pelo Estado Brasileiro à família de Alyne, o

⁸⁷ Brasil, 2019e.

⁸⁸ A tipificação penal ou não da *violência obstétrica* não é um consenso entre as ativistas. Abordarei esse debate no capítulo 2.

que, na fala da ativista, aparece como a “condenação da OEA no caso Alyne Pimentel”⁸⁹.

As altas taxas de mortalidade materna no Brasil vêm sendo associadas à existência de *violência obstétrica*, posto que 92% delas são consideradas evitáveis⁹⁰. E se são evitáveis, existiria algum problema na assistência que levaria a isto. Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde⁹¹ de maio de 2020, as taxas de mortalidade materna no país estavam na marca de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, o que – embora em constante queda – ainda está distante dos 35/100 mil preconizados nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidos pelas Nações Unidas para o ano de 2015⁹².

Para Simone Diniz (2009), o Brasil enfrenta um *paradoxo perinatal*: apesar do aumento do acesso das mulheres ao pré-natal, o número de consultas não é traduzido em melhora na assistência. De um lado, uma ausência de cuidado e tratamentos adequados – e o caso Alyne Pimentel é visto como representativo disso – e, de outro lado, um *excesso de intervenções desnecessárias* que causam *iatrogenia*, isto é, problemas de saúde cuja causa advém do tratamento médico administrado e que podem resultar em mortes maternas.

Tanto o caso Adelir quanto o caso Alyne Pimentel, tidos por Clara como parte de uma conjunção de fatores que levaram a sociedade brasileira a começar a reconhecer a existência da *violência obstétrica*, são casos em que se afirma a violação de direitos humanos com base na adoção de práticas médicas consideradas inadequadas. Isto é, trata-se de uma violação que passa por questões científicas, em que atos realizados nos corpos de gestantes, se não tiverem *comprovação baseada em evidências científicas*, são tidos como equivalentes a atos de violência. A importância da ciência, aliás, é mencionada por Clara na continuidade de sua explicação sobre os porquês de a *violência obstétrica* ter ganho destaque no Brasil:

⁸⁹ Mais sobre Alyne em <https://alyne.org.br/>. Acesso em 17 de outubro de 2020.

⁹⁰ Ver mais em Mortalidade..., 2020.

⁹¹ Ver Ministério da Saúde, 2020.

⁹² Os dados são referentes ao ano de 2018.

Então, eu acho que foi uma confluência de fatores, né? A gente usava no material a pesquisa da PP [Parto do Princípio] e em seguida o que surgiu? Saiu a pesquisa Nascer no Brasil. Ponto. Corou. Até então a gente só tinha a pesquisa Perseu Abramo, falando que 1/4 mulheres é vítima de violência obstétrica, e aí surgiu a Nascer no Brasil que já era feita há anos por essas mulheres ativistas, estudiosas, que sabiam do que tavam falando! Mas ninguém ouvia. Então quando a gente começou a ir pra audiência pública, a Nascer no Brasil trouxe legitimidade. A gente tinha um documento científico que falava "ó, tá aqui, tem dados, tem números, é da Fiocruz! Não é um bando de mulher hippie que quer parir em casa comedoras de placenta blá blá blá. Eu tô falando de ciência, de medicina, tô falando de um estudo sério. (Clara, ativista da Artemis. Entrevista em dezembro de 2016)

O modo como as ativistas da Artemis articulam a gramática dos direitos humanos a todo um vocabulário científico será melhor abordado no capítulo 2 desta tese, mas por ora quero destacar o valor dado à ciência, ou ao que se chama, dentro do movimento *pela humanização do parto, de informação de qualidade baseada em evidências científicas*. Como podemos ver na fala acima, a divulgação de dados científicos sobre a existência da *violência obstétrica* foi importante porque eles foram e vêm sendo usados como uma espécie de “prova irrefutável” do que acontece na assistência obstétrica brasileira. A produção de *dados* e *números* retiraria os argumentos de uma chave meramente “ideológica” (evidenciada na frase “*bando de mulher hippie que quer parir em casa comedoras de placenta*”) e colocaria a luta pelo fim da *violência obstétrica* num espaço de suposta “neutralidade científica”.

Perseu Abramo e Nascer no Brasil

No contexto de busca por estratégias de reparação a partir da produção de *dados* e *números* é que surge a pesquisa da Perseu Abramo, citada por Clara na fala acima. Realizada e divulgada em 2010, em parceria com o SESC, a pesquisa da Perseu Abramo foi intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”⁹³. A novidade, na época, foi incluir um item sobre *violências sofridas durante*

⁹³ Amostra da pesquisa: mulheres e homens brasileiros, a partir dos 15 anos. Foram realizadas “2.365 entrevistas com mulheres e 1.181 com homens, distribuídas em 25 UFs nas cinco macrorregiões do país (N, S, SE, NE e C-O), cobrindo as áreas urbana e rural de 176 municípios na amostra feminina e 104 municípios na masculina, estratificados por porte (tercis macrorregionais: municípios grandes, médios e pequenos) e mesorregião. Amostragem probabilística nos primeiros estágios (sorteio dos municípios, dos setores censitários, quarteirões e domicílios), com controle de cotas de idade na seleção dos indivíduos (estágio final).” (PERSEU ABRAMO, SESC, 2010, p.3)

o atendimento ao parto, gerando um dado que até hoje, doze anos depois⁹⁴, é trazido pelo movimento pela humanização do parto como um número comprobatório da existência da *violência obstétrica*: 25% das mulheres brasileiras relatam ter sofrido algum tipo de *violência no atendimento ao parto*. Os dois termos, *violência obstétrica* e *violência no atendimento ao parto*, são aqui intercambiáveis, mas *violência no atendimento ao parto* foi o termo usado na pesquisa, além de *maltrato e desrespeito*, e chama a atenção, exceto pelo exame de toque, a ausência de procedimentos médicos na lista de atos que são considerados violentos:

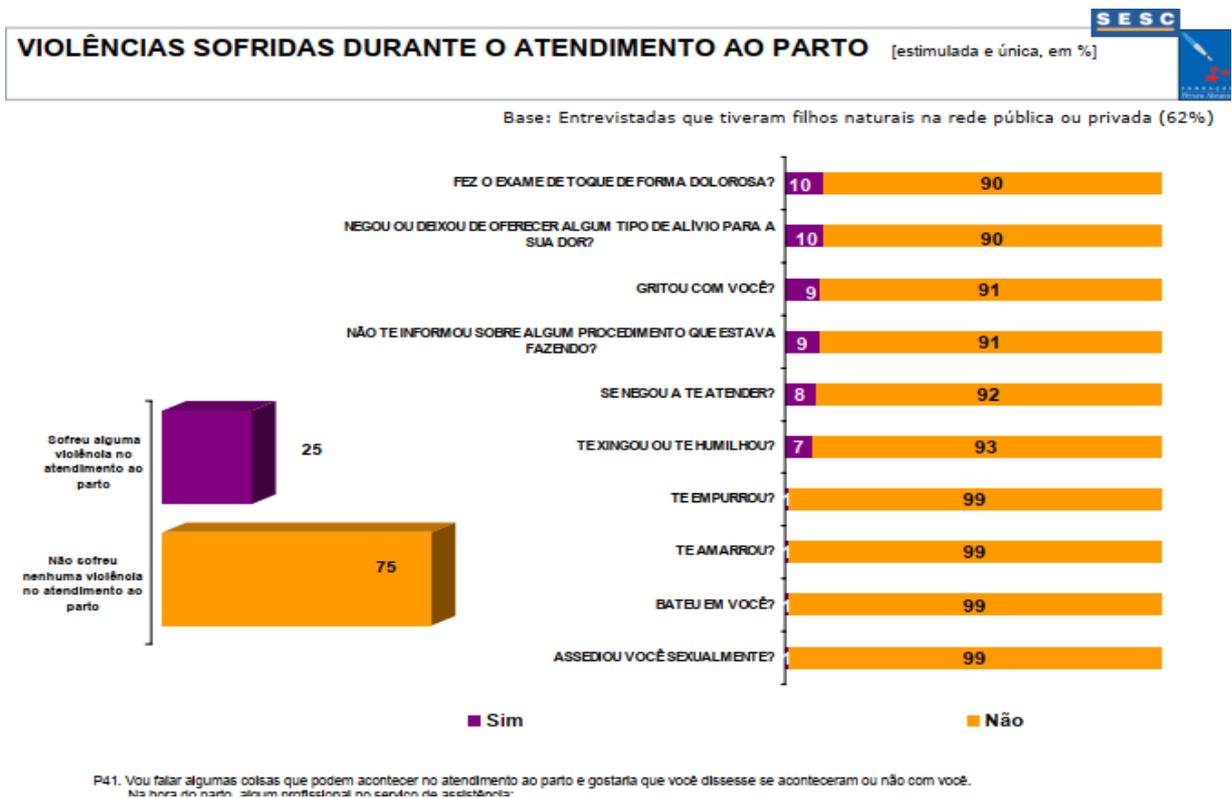


Figura 1: Gráfico retirado da pesquisa “Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado”

Conforme já dito na introdução, há uma série de procedimentos médicos realizados durante o pré-parto, o trabalho de parto e o parto que são classificados

⁹⁴ Fevereiro de 2022.

como violentos, como é o caso da episiotomia, da amniotomia e da Manobra de Kristeller, por exemplo. Contudo, a pesquisa da Perseu Abramo menciona apenas um procedimento, o exame de toque, com o acréscimo da descrição “de forma dolorosa”, o que me chamou a atenção em algum momento da minha trajetória de pesquisa, ao reler os dados em uma das tantas vezes em contato com eles. Na realidade, o que havia me levado a pensar em *violência obstétrica* pela primeira vez, ainda no mestrado, foi justamente o fato de procedimentos médicos, muitas vezes pensados na chave do cuidado, passarem a ser vistos como violentos. A percepção de que gritar, xingar, humilhar, bater, empurrar, assediar sexualmente uma parturiente são tipos de violência, conforme apresentado no quadro acima, não me parecia uma novidade. Ainda assim, a apresentação do dado de que *1/4 das mulheres brasileiras sofrem violência obstétrica* costuma estar frequentemente associada aos procedimentos médicos.

Um exemplo disso foi um ensaio fotográfico realizado pela fotógrafa Carla Raiter, em 2014; e cujas fotos são seguidamente usadas para ilustrar situações de *violência obstétrica*. O ensaio foi intitulado *1:4: retratos da violência obstétrica*, em referência à pesquisa da Fundação Perseu Abramo, e embora não haja apenas o registro de situações ligadas a procedimentos, as duas imagens que mais vi circular dizem respeito à cesariana e à episiotomia⁹⁵:

⁹⁵ As outras fotos podem ser vistas no site: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/galeria-de-fotos/2014/03/26/fotos,2427/projeto-1-4-retratos-da-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em 7 out. 2020.



Figura 3: Cicatriz de cesariana. Projeto 1:4, Carla Raiter



Figura 2: Cicatriz de episiotomia. Projeto 1:4, Carla Raiter.

Chamo a atenção para estas imagens por justamente fazerem referência a procedimentos médicos que carregam consigo controvérsias muito presentes nesse universo. Tomemos o exemplo da cesariana: segundo uma pesquisa publicada na *The Lancet* em 2018, o Brasil tinha atingido a marca de 56% de cesarianas. Conforme dito no início deste capítulo, a OMS preconizou, em 1985, uma taxa de no máximo 15% de cesarianas por país, o que coloca o Brasil num cenário chamado de *epidêmico*. No entanto, em 2015, a OMS publicou uma declaração sobre taxas de cesáreas (OMS, 2015) em que afirma que “os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas”. Esta frase ecoou no meio médico, sobretudo entre aqueles que não são favoráveis à adoção do termo *violência obstétrica*⁹⁶, e vem sendo usada como uma espécie de atestado contra o número *inatingível* de 15% de cesarianas no Brasil. Além disso, o documento não afirma que os países precisam respeitar os 15% de taxa, mas sim que “taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal”, o que também foi interpretado por uma parcela da comunidade médica como o fato de não haver nada que indique que há aumento de mortalidade materna ao se fazer cesarianas.

Uma outra conclusão apresentada na declaração da OMS também me chamou a atenção:

Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre outros desfechos além da mortalidade, tais como morbidade materna e perinatal, desfechos pediátricos e bem-estar social ou psicológico. São necessários mais estudos para entender quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da cesárea sobre a saúde. (OMS, 2015, p.1)

Seria arriscado fazer uma afirmação categórica sobre este trecho, mas ousar dizer que esta pode ser uma resposta a diversas alegações de *movimentos pela humanização do parto* no mundo, que estão constantemente denunciando os *efeitos nocivos* à saúde das mulheres e dos bebês decorrentes de cesarianas *mal indicadas*,

⁹⁶ Este tema será abordado no capítulo 3.

inclusive efeitos *traumáticos* e maiores índices de depressão pós-parto associada à cirurgia⁹⁷. Resposta ou não, o que me parece evidente é a presença de controvérsias em torno do caráter *violento* da cesariana *sem indicação clínica*, já que o sentimento de ter sido *enganada* e de ter tido o *parto roubado*⁹⁸ é corrente nos relatos de mulheres que se sentem *vítimas de violência obstétrica*, sentimento que pode ser traduzido na ideia de *bem-estar social ou psicológico* citado no documento da OMS.

O que estou querendo reforçar aqui é que um procedimento que é costumeiramente associado a salvar vidas em risco vem sendo não somente contestado no que diz respeito a essa função⁹⁹, como a sua própria execução é vista como um ato de *violência*, deixando de ser entendido como um ato de cuidado.

Para voltar à pesquisa da Perseu Abramo, quando me dei conta de que o dado “25% das mulheres relatam terem sofrido violência obstétrica no Brasil” não incluía procedimentos como a cesariana e a episiotomia, por exemplo, passei a me perguntar sobre por que ele teria sido capitaneado pelo *movimento* para falar também dos procedimentos. Mas uma conversa com uma professora do Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu, elucidou-me: se o dado foi produzido é porque tinha gente por trás querendo que isso acontecesse. E, por isso, entender o contexto que gerou as discussões atuais era tão importante. Não ter colocado os procedimentos na lista de *violências* pode ter sido, inclusive, uma estratégia política para introduzir o tema nas arenas públicas de debate sem criar polêmicas, tal como aconteceu em 1993, quando da fundação da ReHuNa, na escolha do termo *humanização* – uma maneira de tentar aproximar a comunidade médica das discussões. A pesquisa da Perseu Abramo pode ser lida, talvez, como um momento de transição entre preferência de termos, em que

⁹⁷ Para um exemplo de trabalho científico nesse sentido, conferir Theme Filha et al (2016).

⁹⁸ Segundo a pesquisa Nascer no Brasil – da qual falarei adiante –, em torno de 70% das mulheres brasileiras iniciam a gestação desejando um parto vaginal, o que levou as pesquisadoras a afirmarem que, entre outros fatores, é possível que haja uma má conduta no pré-natal por parte dos profissionais de saúde, levando uma boa parcela das mulheres a mudar de ideia no fim da gestação ou, até mesmo, se submeter a cesarianas contra a sua vontade.

⁹⁹ É preciso reforçar, contudo, que o *movimento* afirma que cesarianas sim salvam vidas quando *bem indicadas*, não havendo, portanto, uma total recusa da *medicalização* do parto quando ela é vista como necessária.

humanização, embora ainda muito usado, começa a dar um lugar maior para *violência obstétrica* quando se trata da gramática política mobilizada pelas ativistas.

Falar pelo parto humanizado nos trouxe um problema político durante muito tempo (...) essa questão do parto humanizado, ela foi durante muito tempo...mas só que ela não expressava o que tava acontecendo. Eu percebo que quando a gente falava de parto humanizado, parecia que a gente queria um capricho de dondoca, de parto tocando Enya, com estrelinha no teto e com massagem nas costas, como se isso fosse uma futilidade no processo, tal. E a gente ouvia dos profissionais, principalmente os grosseiros, claro, de que obviamente eles faziam parto humanizado porque eles eram médicos, não veterinários. (...) havia uma dificuldade de expressar que a gente não tava falando simplesmente do que... de que as coisas tavam legais e a gente queria mais. A gente queria falar que tava uma bosta, né? E aí eu percebo a inclusão dessa questão da discussão da violência obstétrica.... eu começo a ouvir isso mais ou menos em 2013 (...) mais influenciada pela lei venezuelana, né? É... mas... é... o termo "violência obstétrica", ele foi muito importante pro avanço dessa temática, porque ele criou um desconforto e movimentou as pessoas num tabuleiro. Às vezes eu acredito que sim, política é movimentar as pecinhas num tabuleiro, né. Isso já, às vezes é um... é um bom começo. Quase suficiente. Porque enquanto tava falando de parto humanizado... é uma coisa meio opcional, eu posso ser humanizado, eu posso não ser, mas não quer dizer que eu seja uma pessoa... um atendimento ruim, né. Quando a gente fala de violência obstétrica e isso que você faz é violento, é... os profissionais passaram a ter que... primeiro se defender e depois rever suas práticas, né?
(Rita, ativista da Artemis, entrevista em dezembro de 2016)

Esse distanciamento entre os termos *parto humanizado* e *violência obstétrica* também faz parte do posicionamento político de uma ativista francesa com quem conversei durante meu período de estágio doutoral em Paris¹⁰⁰, e que é integrante do IRASF - *Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes*. O IRASF é uma associação criada em 2017, que busca lutar contra as *violências obstétricas e ginecológicas*¹⁰¹ no seio das instituições de saúde francesas e internacionais¹⁰² e é fruto de um coletivo de mulheres *vítimas de violência obstétrica e ginecológica* que se

¹⁰⁰ O estágio foi contemplado com uma bolsa de estágio de pesquisa no exterior pela FAPESP (Processo FAPESP N° 2017/03615-7), tendo sido realizado sob a supervisão da professora e pesquisadora Ilana Löwy, no Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes3), em Paris. Mais uma vez, agradeço à FAPESP pelo financiamento para a realização desse estágio e à Ilana Löwy pelo acolhimento no centro de pesquisa.

¹⁰¹ Na França, o conceito de *violência obstétrica* aparece sempre no plural, uma vez que se entende que as *violências* cometidas contra as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal são variadas. Além disso, o termo costuma aparecer associado ao *ginecológicas*, denotando uma diferenciação entre a *violência obstétrica* e as *violências* que acontecem contra mulheres no consultório ginecológico, independentemente de estarem grávidas ou não.

¹⁰² Para informações sobre a associação, ver <https://www.irasf.org/irasf/>. Acesso em 02 de mar. de 2022.

comunicavam via Facebook, chamado *Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales : S.I.V.O.* Segundo a ativista do IRASF, a associação trabalha com a luta contra a *violência obstétrica* e não em prol do *parto humanizado* - ou *parto respeitoso*, como se diz na França -, que para ela têm significados distintos e até mesmo incompatíveis.

Para nós, o parto respeitoso não quer dizer nada. Respeitar um parto, o que isso quer dizer? No fundo, para nós, significa menos medicalização, então significa o parto natural, entende? Então significa um espírito um pouco essencialista do que é a mulher, então a associação não defende isso. Nós trabalhamos sobre o ato, o fato de praticar um ato de violência sobre um corpo e então esse ato é requalificado pelas mulheres como violência obstétrica, mas porque, por exemplo, não houve anestesia eficaz, houve a recusa de cuidados, uma cesariana sem analgesia, a recusa da peridural... Entende? Então, nós não atacamos o ato obstétrico, a gente ataca aquilo que se torna uma violência física. (...) "Nascimento respeitoso" é mais uma vez invisibilizar a mulher naquilo que ela faz durante essa etapa que é o parto, é falar do nascimento...do nascimento de quem? Da criança. E o parto respeitoso, para nós, significa a desmedicalização, é a acusação dos atos obstétricos que são praticados. Então a gente faz a diferença entre os atos obstétricos obsoletos, que são proibidos ou desaconselhados, e os atos obstétricos que o cuidador vai usar para praticar um ato de violência. "Eu faço um toque vaginal, eu aproveito para fazer um descolamento de membranas, aí a mulher não deu consentimento para fazer um descolamento de membranas, e então induzir o parto". Você percebe o caminho? Não é o mesmo. (...) Nós [na associação] não trabalhamos de modo algum sob o prisma da mulher "eu tenho a capacidade de parir sozinha, os atos médicos são nocivos". Não é isso de jeito nenhum, entende? É: "antes de tudo, eu sou uma mulher. Eu faço o que eu quero do meu corpo e se eu escolho engravidar, eu escolho as condições sob as quais eu trago meu filho ao mundo, com ou sem ajuda da medicalização". Não é a mesma coisa, sabe? (...) Porque o medo que nós temos na associação é de que se substitua um paradigma pelo outro: o paradigma do "tudo medicalizado" pelo paradigma do "tudo natural". Ou seja, existem dois paradigmas que não podem coexistir, e como eles não coexistem, é preciso recentrar a coisa sobre as escolhas da mulher e requalificar esses paradigmas para diversificar a oferta de cuidados. Você entende como a gente desloca os objetos? (Aisha, ativista francesa, integrante do IRASF. Conversa por telefone em maio de 2018)

Chama a atenção o modo como Aisha recusa a ideia de *medicalização* como *violência obstétrica*: para ela, dizer que atos obstétricos podem ser por si só violentos não ajuda a luta das mulheres em situação de violência. Em sua descrição da bandeira dos movimentos pelo *parto respeitoso* na França, ela associa a noção de respeito a uma *essencialização do feminino*, representada em ideias como a de que *a mulher sabe parir sozinha*. Não se trata, sob seu ponto de vista, de negar a tecnologia existente na assistência obstétrica, mas de reconhecer e denunciar atos que são

praticados sem o consentimento das mulheres (como no caso do descolamento de membrana, que ela dá como exemplo).

Voltarei à questão do consentimento com mais detalhes no capítulo 2, mas por ora cabe chamar a atenção para o deslocamento entre *respeitoso/humanizado* e *violência obstétrica* que ambas as ativistas fazem, ainda que em contextos sociais e históricos diferentes¹⁰³. Se por um lado Aisha recusa a terminologia *respeitoso* por uma associação com a *desmedicalização* que, para ela, leva a uma *essencialização* do feminino, para Rita o termo *humanização*, pelo seu tom positivo e “amigável” aos profissionais de saúde, não denota a “realidade” da *violência* cometida contra as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal.

É importante dizer que todos esses conceitos - *respeitoso*, *humanizado* e *violência obstétrica* - podem ter significados distintos não apenas por sua contextualização histórica e social, mas também porque - como tenho buscado demonstrar - os modos como cada conceito é operado estão em constante disputa e são objetos de controvérsias. Neste sentido, o que cabe chamar a atenção aqui não é para o que Aisha compreende como *violência obstétrica* e *parto respeitoso*, mas sim para uma semelhança no olhar sobre o problema em relação à Rita: *violência obstétrica*, tanto no Brasil quanto na França, é um conceito emergente e é visto por parte das ativistas como mais eficaz para a promoção dos direitos das mulheres do que conceitos como *respeitoso* ou *humanizado*.

¹⁰³ Durante meu estágio doutoral na França, no período de setembro de 2017 a agosto de 2018, as discussões sobre *violência obstétrica* estavam ganhando corpo no país. Um dos veículos responsáveis pela difusão do termo foi o blog da jurista belga Marie-Hélène Lahaye, intitulado *Marie accouche-là* (atualmente disponível em <https://marieaccouchela.net/>, era antes abrigado pelo site do jornal *Le Monde*), que originou o livro da mesma autora, *Accouchement: les femmes méritent mieux* (2018). Poucos meses antes, o livro da jornalista Mélanie Dechalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, havia sido publicado, reunindo centenas de depoimentos de mulheres que experienciaram algum tipo de mau trato nos consultórios ginecológicos e obstétricos. A França conta com uma taxa aproximada de 20% de cesáreas (CÉSARIENNES, 2019), e ainda que sua *imposição* seja considerada *violência obstétrica*, não observei ser este o maior problema relatado no país. Por sua vez, o *excesso* de episiotomias apareceu como um grande vilão, sobretudo a partir da declaração considerada polêmica, em 2017, da então Secretária de Estado para a Igualdade entre Homens e Mulheres, Marlène Schiappa, sobre taxas de 75% de episiotomias no país (Segundo reportagem do *Le Monde* na época, a taxa de episiotomias na França girava em torno de 26%. Ver Durand, 2017.). Trago o caso da França para ilustrar algumas diferenças em torno das sensibilidades em jogo nas definições de *violência obstétrica*. A respeito da emergência da *violência obstétrica* como um problema social na França, ver Audibert (2016).

Para o caso do Brasil, uma das maneiras encontradas para chamar a atenção para a *violência obstétrica* foi a produção de dados a respeito, conforme aconteceu com a pesquisa da Perseu Abramo. Esta espécie de transição - ou intercâmbio - entre os termos *humanizado* e *violência obstétrica*¹⁰⁴ apoiou e foi apoiada por pesquisas do tipo. Usar os “25%” da Perseu Abramo como um guarda-chuva para tudo aquilo que é considerado *violência obstétrica* foi uma maneira de chamar a atenção para esse novo problema social. Era necessário que houvesse *dados*, e a Perseu Abramo conseguiu produzi-los.

Mesmo assim, trata-se de uma pesquisa de opinião pública. “Ainda” não era “ciência”. Com a Perseu Abramo, o ativismo conseguia dizer que ¼ das mulheres relatava algum tipo de violência no parto; mas, com a *Nascer no Brasil*, o tema ganhou cara e corpo de cientificidade, ganhou legitimidade por ter sido realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, por pesquisadoras renomadas e com metodologias reconhecidas como científicas e que, por isso, teriam autoridade para falar sobre o assunto.

Conforme se lê em seu sumário executivo, a *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* foi a “primeira pesquisa a oferecer um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil”, tendo entrevistado 23.894 mulheres entre 2011 e 2012. Foi realizada em maternidades públicas, privadas e mistas, incluindo 266 hospitais de médio e grande porte, em 191 municípios, entre capitais e cidades do interior do Brasil. Como resultado imediato, houve a publicação de 14 artigos em um número temático dos Cadernos de Saúde Pública¹⁰⁵, apresentando metodologias e análises sobre a pesquisa. Pelo porte da pesquisa e pelos resultados divulgados, passou a ser a maior referência citada pelas ativistas da *humanização* do parto na denúncia de *violência obstétrica*.

¹⁰⁴ Com efeito, os termos muitas vezes andam lado a lado e se complementam na sua polaridade: a ausência de práticas *humanizadas* pode ser lida como a perpetração da *violência obstétrica*.

¹⁰⁵ Cadernos de Saúde Pública, Volume: 30, Suplemento 1, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/i/2014.v30suppl1/>. Acesso em 20 de fev. 2022.

A pesquisa aborda questões relativas a procedimentos *desnecessários*; faz alarde sobre as elevadas taxas de cesariana – 52%, sendo o setor privado responsável por 88% –; apresenta preocupação com a alta frequência da cirurgia entre adolescentes (42%); pondera sobre as desigualdades de classe e de raça presentes no atendimento ao parto; denuncia as altas taxas de episiotomia (53,5%) e de Manobra de Kristeller (36,1%); aborda a saúde mental e a satisfação das mulheres com o atendimento, chamando a atenção para a taxa encontrada de 26% de recém-mães acometidas por depressão pós-parto, entre vários outros detalhes que deram ao movimento os *dados científicos* necessários para que pudessem denunciar a má qualidade da assistência obstétrica no Brasil, uma assistência compreendida como *violenta e misógina*.

A produção dos dados da Nascir no Brasil é, do meu ponto de vista, o exemplo mais bem acabado no país do que Rabeharisoa, Moreira e Akrich (2014) chamaram de ativismo baseado em evidências científicas, conforme discutido no início deste capítulo. Foi uma pesquisa feita com base em entrevistas, portanto, levando em consideração as experiências das usuárias; articulou metodologias de uma ciência “dura”, como a estatística, com essas experiências; desestabilizou entendimentos existentes sobre as condições e os problemas da assistência obstétrica no Brasil; propôs recomendações para a adoção de *boas práticas* na assistência obstétrica; e é composta por uma rede de expertos que também muitas vezes se confundem com a de pacientes e usuárias. Além disso, o conhecimento produzido pela pesquisa foi capilarizado dentro do movimento, que usa os dados como palavras de ordem em manifestações, em processos judiciais, denúncias no Ministério Público, em reportagens na mídia, entre outros.

Ao longo deste capítulo, procurei evidenciar como a emergência do conceito de *violência obstétrica* advém de controvérsias político-científicas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, que se fazem nos e pelos seus corpos. Controvérsias, para lembrarmos de Adele Clarke (1990), acontecem entre

grupos sociais distintos que têm perspectivas diferentes sobre o que se deve fazer em relação a um determinado fenômeno. No caso das ciências reprodutivas - analisadas por Clarke -, existe uma busca, pelos atores envolvidos, por legitimidade, autoridade e poder para se perseguir objetivos próprios; e uma busca por limitar e reprimir as ideias de outros grupos sociais com os quais se está em conflito.

No caso das controvérsias em torno de conceito de *violência obstétrica*, as políticas científicas se confrontam com políticas morais: a realização da ciência se faz na tentativa de se responder a diferentes audiências, como feministas, usuárias do sistema de saúde, profissionais da saúde, juristas, entre outros. É assim que o surgimento de grupos ativistas como a ReHuNa, a Parto do Princípio e a Artemis - entre tantos outros espalhados pelo país - se conjuga com o surgimento de pesquisas como a da Perseu Abramo e a da Nascer no Brasil - entre centenas de produções acadêmico-científicas, esta tese incluída - que se dedicam a pensar as questões envolvidas nas *violências* cometidas contra as mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. O fazer científico surge, aqui, como produto de controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica*, mas é ele também produtor das controvérsias, e isso se deve justamente ao caráter fronteiriço do conceito (LÖWY, 1992).

Violência obstétrica, se pensada na chave do conceito fronteira (LÖWY, 1992), é um conceito de difícil definição e objeto de controvérsias. A dificuldade em se encontrar um consenso em torno dele coloca em diálogo uma série de grupos sociais diferentes, como são os ativistas pela *humanização do parto e do nascimento* e aqueles que se opõem ao uso do conceito. Envolve grupos profissionais distintos, que se esbarram nas suas fronteiras, ora comungando de suas definições, ora discordando veementemente. A fluidez do conceito, contudo, coloca-o em cena nas arenas de debate sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, lançando-se mão de um léxico próprio dos direitos humanos e reunindo, em si, não apenas controvérsias científicas do campo da medicina, mas também controvérsias do campo jurídico. Alguns dos modos como isso acontece serão explorados no próximo capítulo, em que apresento um curso de capacitação para advogados no combate à

violência obstétrica e discuto de que maneira o conceito de autonomia - tão caro ao debate - é operado por atores políticos em campos ideológicos opostos.

Capítulo 2 - *Não existe autonomia de verdade sem informação de qualidade: articulações entre informação, autonomia e consentimento nos debates sobre violência obstétrica*

Introdução

O núcleo duro da articulação entre a ciência médica e a jurídica, que se manifesta em diversos discursos do *movimento pela humanização do parto* no Brasil, é a interseção entre as noções de *informação, autonomia e consentimento*. Mote do III Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO) em 2016¹⁰⁶, estes que são considerados os três pilares da *humanização do parto* no Brasil se mostraram, ao longo desta pesquisa, fundamentais para compreender os modos como os discursos ativistas na luta contra a *violência obstétrica* são operados no país. Denotam, aliás, um certo deslocamento discursivo do conceito de *humanização do parto* para o de *violência obstétrica*, na medida em que se adota uma gramática de direitos e de suas violações.

Autonomia e consentimento são conceitos caros à ciência jurídica contemporânea e fundamentais na composição da gramática dos movimentos feministas, que vêm denunciando há décadas as problemáticas da violência doméstica, do estupro e da criminalização do aborto, para citar apenas algumas. No contexto das denúncias de *violência obstétrica*, ganham uma roupagem que – ainda que não se trate de uma completa novidade – trazem elementos interessantes para se pensar direitos sexuais e reprodutivos. A noção de *informação de qualidade* tem um papel fundamental nesse contexto, vinculando as ideias de *autonomia e consentimento* ao acesso às *melhores evidências científicas disponíveis* sobre a assistência obstétrica.

¹⁰⁶ Foi no SIAPARTO que a íntima articulação entre *informação, autonomia e consentimento* se fez mais evidente, fazendo-me voltar os olhos para estas questões ao longo de toda a pesquisa. O logotipo do evento, acompanhado dos três termos, além de uma sala dedicada a palestras sobre temáticas como aborto, raça, feminismo, autonomia, estupro, entre outras, consolidou meu olhar para esses debates.

O problema da autonomia de escolha no contexto do parto tem sido objeto de discussão de diversos autores na área da saúde e das ciências sociais¹⁰⁷. Põe-se em evidência o que está em jogo na escolha das mulheres pela via de parto e de procedimentos a serem realizados, mostrando-se os limites e desafios impostos às escolhas. Percepções de risco, medo, culpa, responsabilidade, além de questões sociais, culturais e históricas são amplamente discutidas para se pensar a problemática da autonomia e do consentimento no contexto do parto¹⁰⁸. E, não raras vezes, recomenda-se modos de romper com tais limites, enfrentar os desafios e promover a autonomia das mulheres no que diz respeito ao seu processo reprodutivo. Entre esses modos de ruptura e enfrentamento, está quase invariavelmente a ideia de que é necessário *informar* às pacientes sobre os *riscos* e *benefícios* presentes em cada via de parto e procedimentos adotados, denotando uma centralidade da noção de *informação* nesse contexto. Em outras palavras, conhecer, em algum grau, as evidências produzidas sobre procedimentos obstétricos geraria caminhos para a *autonomia* no processo de *consentimento* em relação à via de parto e às intervenções a serem realizadas nos corpos das gestantes.

Consentimento, conforme lembram Fernandes et al (2020) no artigo *As porosidades do consentimento. Pensando afetos e relações de intimidade*, é uma categoria muito bem definida e delimitada na filosofia e pensamento liberais, sendo entendida como “um ato de livre vontade, vinculando-o à capacidade dos sujeitos de atuar de modo autônomo e racional no governo de si” (FERNANDES et al, 2020, p. 167). Mas o problema da definição liberal do consentimento, segundo algumas discussões de teóricas feministas¹⁰⁹, é que o sujeito pressuposto não inclui as mulheres, por isso a importância dos movimentos feministas de chamarem a atenção para incluí-las como sujeitos de direitos – algo que, como se verá neste capítulo, é constantemente

¹⁰⁷ Ver, por exemplo, o artigo de Sylvia Burrow (2012) acerca de informações sobre riscos e benefícios das diferentes vias de parto e os comentários aos seus argumentos no mesmo volume (KAPFHAMER et al, 2012; ORFALLI, 2012; ROTHMAN, 2012; SHAH, 2012; BERKHOUT, 2012; TSU, 2012). Outros trabalhos que podem ser consultados acerca da temática das escolhas no parto e sua relação com a questão da autonomia são: Coxon et al, 2013; Little et al, 2008; Rocha, Ferreira, 2020.

¹⁰⁸ Ver, por exemplo, Kukla et al, 2009.

¹⁰⁹ Ver, por exemplo, Pateman (1980). Para uma análise de algumas dessas teorias do feminismo em torno do conceito de consentimento, ver Biroli (2013b).

reiterado por ativistas pelo fim da *violência obstétrica*. De acordo com Flávia Biroli (2013b), o que parte das teorias feministas vem fazendo é olhar criticamente para o conceito de consentimento, e por consequência, o de autonomia – porque interligados –, apontando para o fato de que

a existência de direitos formalmente iguais não é suficiente para situar os indivíduos igualmente no que diz respeito às possibilidades efetivas de autodeterminação. As relações de poder, que incluem variações da tolerância social à subordinação, são expressas em formas legitimadas de autoridade, em expectativas sociais relativas ao papel que mulheres e homens desempenhariam nas diferentes esferas e, sobretudo, no modo como as posições sociais estão associadas a recursos simbólicos e materiais – e como definem o acesso a eles. (BIROLI, 2013b, p.127)

Nesse sentido, segundo a autora, a contribuição das críticas feministas às noções estanques de consentimento e autonomia¹¹⁰ próprias do direito contemporâneo, é apontar para os modos como preferências, escolhas, consentimento e recusa a consentir precisam ser pensados a partir das posições concretas dos indivíduos nas relações de assimetria e de poder. No entanto, não se trata de pensar as mulheres como vítimas passivas de tais relações, mas sim de elaborar análises que olhem para as experiências vividas com o objetivo de compreender o que está em jogo na formação das preferências e na tomada de decisões.

Consentimento, portanto, é uma categoria sujeita a contradições, apresentando impasses quando de sua aplicação em termos legais (FERNANDES et al, 2020). Isso porque existiria uma “nebulosidade da *autonomia* quando pensada a partir de experiências pontuais, bem como a partir dos desafios da definição sobre quem é sujeito, especialmente sujeito de direitos” (FERNANDES et al, 2020, p. 167. Grifo dos autores). Para Fernandes et al (2020), bem como para uma parte da literatura que vem pensando a noção de consentimento no âmbito da sexualidade¹¹¹, esta noção costuma aparecer juridicamente sempre em oposição à noção de violência.

¹¹⁰ Para uma discussão mais detalhada do conceito de autonomia e as críticas feministas contemporâneas a ele, ver Biroli (2013a).

¹¹¹ Ver, por exemplo, Gregori (2014, 2016), Lowenkron (2015a, 2015b), Simões (2019), Das (1996).

Presume-se violência quando da ausência de consentimento, como no caso do estupro, por exemplo. Adiciona-se a esta gramática a noção de vulnerabilidade que, quando presente, impacta diretamente na autonomia do sujeito que consente, como seria o caso de crianças e adolescentes e do tráfico de pessoas para fins de exploração sexual (FERNANDES et al, 2020, p.168), ou das pessoas com deficiência (SIMÕES, 2019).

A noção de vulnerabilidade, conforme discute Laura Lowenkron (2015b), “tensiona os principais elementos que caracterizam a noção de *autonomia*, como a racionalidade, o autodomínio, o livre arbítrio e a responsabilidade” (LOWENKRON, 2015b, p.252. Grifo da autora), desconstruindo a “centralidade do *consentimento* na regulação jurídica da sexualidade e da vontade e na definição da *violência*” (p.252. Grifos da autora). Segundo a Lowenkron, a noção de vulnerabilidade costuma ser construída de diferentes formas, entendendo-se que pessoas em situação de vulnerabilidade têm sua capacidade de consentir comprometida seja por atributos considerados “naturais” (como no caso da infância), seja por desigualdade e assimetria em relações de poder, seja como constructo moral associado ao ideal de passividade e inocência.

Considerando a centralidade da noção de vulnerabilidade nas discussões sobre autonomia e consentimento realizadas academicamente, juridicamente e pela militância feminista, era de se esperar que esta noção aparecesse com força nos debates sobre *violência obstétrica*. Porém, ainda que tal noção tenha sido empregada sobretudo na área de saúde (GREGORI, 2014) quando da produção acerca do HIV a partir da década de 90, ela pouco apareceu no meu trabalho de campo. Embora possamos identificar os elementos constituintes da ideia de vulnerabilidade nos discursos do ativismo contra a *violência obstétrica*, o termo em si, pelo que pude observar, é pouco empregado, dando lugar, na tríade “autonomia, consentimento e vulnerabilidade”, à noção de *informação de qualidade*. Em outras palavras, substitui-se o polo negativo da vulnerabilidade por um polo positivo de acesso às *melhores evidências científicas disponíveis*.

É importante dizer, contudo, que a própria ideia de *melhores evidências científicas* está sujeita a controvérsias (CLARKE, 1990), conforme lembram Raymond Devries e Trudo Lemmens no artigo *The social and cultural shaping of medical evidence: Case studies from pharmaceutical research and obstetric science* (2006). Segundo os autores, a medicina baseada em evidências (MBE) carrega consigo tanto vieses das estruturas de financiamento das pesquisas – manifestas, segundo eles, no caso da indústria farmacêutica e seus interesses na promoção de novos medicamentos a serem comercializados –, quanto vieses culturais advindos de visões de mundo acerca de determinadas abordagens de tratamento – como seria o caso da assistência obstétrica. Acerca deste último, os autores discutem o caso do sistema obstétrico na Holanda, país célebre por sua política oficial de incentivo ao parto domiciliar e à assistência por parteiras profissionais (*midwives*). Em 2005, ano em que o artigo foi escrito, a Holanda contava com a proporção de partos domiciliares na marca de um terço do total de partos – em contraste com outros países europeus, onde a taxa de partos domiciliares não ultrapassava, na época, a marca de 3%¹¹².

De acordo com Devries e Lemmens, o caso da Holanda seria interessante de ser analisado porque as evidências produzidas sobre a assistência obstétrica ali podem ser claramente divididas em duas vertentes: por um lado, aquelas elaboradas por pesquisadores que defendem o sistema holandês e que tendem a recolher evidências que justificam as políticas oficiais de cuidado materno, e por outro, as pesquisas realizadas por quem se opõe ao sistema e que tendem a expor os perigos desse tipo de assistência. Para os autores, “a coexistência de duas ciências obstétricas na Holanda demonstra como a ideologia sobre a ‘melhor’ forma de dar à luz afeta tanto a geração quanto a interpretação da evidência que é tão vital para a MBE” (DEVRIES; LEMMENS, 2006, p.2703)¹¹³. Segundo eles, ao contrário do que se poderia

¹¹² Segundo os autores, a compreensão de por que o parto domiciliar é incentivado na Holanda passaria pelo olhar das ideias culturais que moldam as práticas naquela sociedade, tópico não desenvolvido no artigo.

¹¹³ Tradução livre. No original: The co-existence of two sciences of obstetrics in the Netherlands demonstrates how ideology about the “best” way to give birth affects both the generation and interpretation of the evidence that is so vital to EBM.

supor, não é a prática que se baseia na ciência, mas sim a ciência que se baseia na prática:

Uma abordagem do parto que seja paciente e expectante, em que tudo é considerado normal até que se prove o contrário, produz uma ciência que prova que a intervenção é desnecessária. Por outro lado, uma abordagem invasiva do parto, em que ele só é considerado normal em retrospecto, gera uma ciência que demonstra a necessidade de monitoramento e intervenção. (DEVRIES; LEMMENS, 2005, p.2704)¹¹⁴

Não é meu objetivo nesta tese discutir a produção de evidências científicas na área da obstetrícia no Brasil, ainda que esse fosse um caminho interessante a ser tomado. Contudo, como bem lembram Sacramento e Costa (2020), controvérsias científicas não dizem respeito apenas a inconsistências no interior de uma disciplina, mas envolvem sobretudo dissensos e/ou disputas públicas no interior de um campo intelectual. Ainda que a expertise procure se livrar de influências ideológicas e seja indispensável para as tentativas de resolução de uma controvérsia (NELKIN, 1975), existiria um processo de politização da expertise

tanto quando cientistas assumem determinadas posições, a depender da agenda política do contexto no qual estão localizados, quanto quando o próprio conhecimento científico é manejado pelos atores da controvérsia de forma a legitimarem suas posições (SACRAMENTO; COSTA, 2020, p.204)

É nesse sentido que, para compreender as controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica*, é preciso chamar a atenção para o caráter politizado da mobilização das evidências científicas, seja pela expertise obstétrica, seja pela expertise jurídica, seja pelos *lay experts* (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014). A produção científica e intelectual sobre um determinado assunto e os discursos políticos produzidos sobre ele estão inter-relacionados com o contexto social no qual são produzidos (JASANOFF, 2004; SACRAMENTO, COSTA, 2020). Todo conhecimento científico e intelectual produzido contém e está contido em

¹¹⁴ Tradução livre. No original: A patient and expectant approach to birth in the clinic, where all is considered normal until proved otherwise, produces a science that proves intervention to be unnecessary. Alternatively, an aggressive approach to birth in the clinic, where birth is regarded in normal only in retrospect, generates a science that demonstrates the need for monitoring and intervention.

práticas sociais, identidades, normas, convenções, discursos e instituições (JASANOFF, 2004).

Se a afirmação de que as evidências carregam vieses não é, por certo, nenhuma grande novidade para as Ciências Sociais – particularmente para a minha geração que tanto discutiu Foucault e a relação por ele estabelecida entre saber e poder –, é fundamental ter em mente os modos como minhas interlocutoras de pesquisa operam a noção de *informação de qualidade*, a qual diz respeito a evidências científicas que apontam caminhos para uma assistência ao parto mais *humanizada* e livre de *violência*. Frases como *as evidências científicas mostram*, tantas vezes por mim escutada na pesquisa de campo, apontam para uma certa incontestabilidade dos dados favoráveis à assistência *humanizada*. Evidências apontando para maiores riscos em partos domiciliares, por exemplo, serão descartadas ou vistas como de baixa qualidade. Evidências demonstrando que episiotomias trazem mais malefícios que benefícios para as mulheres tenderão a ser mobilizadas para provar a existência de *violência obstétrica* quando forem realizadas *de rotina*. Por outro lado, é inequívoca a importância dada à formação e à constante atualização dos profissionais da obstetrícia quanto à produção de novas evidências na área – que podem, inclusive, refutar evidências anteriores –, manifesta, por exemplo, na organização de eventos militantes/acadêmicos como o SIAPARTO ou a Conferência da ReHuNa, voltados a esses profissionais¹¹⁵. Mas se esse aspecto denota a não incontestabilidade de dados, são as pesquisas que coadunam com a perspectiva *humanizada* que serão mobilizadas na atualização dos profissionais.

Antes de seguir, é fundamental dizer aqui que, se afirmo que o conhecimento produzido carrega consigo vieses provindos de diferentes visões de mundo, não estou com isso dizendo que a MBE deve ser descartada. Ao contrário, concordando com Devries e Lemmens (2006), ela traz críticas importantes a práticas

¹¹⁵ Eventos como o SIAPARTO e a Conferência da ReHuNa são lidos como uma espécie de dissidência dentro da obstetrícia, uma vez que ideias como as ali propagadas não seriam tão bem aceitas em Congressos de Ginecologia e Obstetrícia organizados por associações médicas. Esses congressos, contudo, também são dedicados à divulgação de evidências científicas e à formação continuada de ginecologistas e obstetras. Um olhar atento às evidências mobilizadas nesses dois tipos de eventos certamente encontraria diferenças significativas entre elas.

médicas realizadas com base em “palpites e experiências anedóticas” (p.2704), ou no que minhas interlocutoras chamam de *rituais* que, segundo elas, foram um dia aprendidos e nunca questionados por uma parcela dos profissionais de saúde. Porém, conforme propõe Donna Haraway (1995), é preciso reconhecer que todo conhecimento é situado; isto é, todo conhecimento é produzido por corpos situados social e politicamente. E isso não significa abraçar um relativismo superficial que afirma que todas as perspectivas devem ser aceitas – isso seria o mesmo que dizer que apenas uma única visão, ou uma única “verdade”, deve ser considerada. Antes, significa dizer que assumir uma perspectiva parcial nos possibilita nos tornar responsáveis pelos nossos posicionamentos. A objetividade é um saber localizado, e assim como a objetividade da ciência obstétrica e da ciência jurídica deve ser compreendida como um saber localizado, também esta tese, um trabalho antropológico, deve ser colocada nesta perspectiva.

Esta breve introdução sobre temas que certamente poderiam gerar, cada um, uma tese de doutorado diferente, revela um pouco das inquietações provocadas em mim ao longo de todos esses anos de pesquisa. As controvérsias em torno de até onde podemos pensar em *autonomia plena* nas decisões sobre a via de parto e seus procedimentos se revelaram no trabalho de campo e em conversas em mesa de bar, nos jantares em família, em corredores pela universidade, nas muitas caronas entre São Paulo e Campinas que compartilhei durante os anos do doutorado: *Mas é o médico que sabe o que tem que fazer; Médico só pensa em ganhar dinheiro, por isso empurra a cesariana para a mulher; A mulher sabe parir e o bebê sabe nascer; Eu não deixaria minha mulher ter o filho em casa, porque o filho também é meu; Ela insistiu no parto normal e o bebê teve falta de oxigênio; A gente vive uma cultura da cesariana; Parto em casa é muito perigoso; Parto em casa é seguro.* Estas são apenas algumas das muitas afirmações que ouvi de pessoas variadas: interlocutoras e/ou colegas de pesquisa, amigos, parentes, conhecidos e desconhecidos – geralmente afirmações apaixonadas, movidas pela polêmica que a problemática da *violência obstétrica* traz em si mesma.

Diante destas questões, procuro com este capítulo destrinchar uma parte deste imbróglio, sem jamais pretender responder a perguntas como se há autonomia “de verdade” ou não, se consentimentos são sempre livres e esclarecidos ou se as informações que chegam às gestantes são “de fato” de qualidade ou não. Tentar responder a estas questões seria empobrecer um debate altamente complexo e perder de vista as porosidades e ambivalências (FERNANDES et al, 2020) presentes nas articulações das ideias de *autonomia, consentimento e informação de qualidade* na construção do conceito de *violência obstétrica*.

Neste sentido, o capítulo que se segue será dividido em duas partes, além desta introdução: na primeira, faço uma descrição do Curso de Formação em Direito da Mulher e Combate à Violência Obstétrica, do qual participei em 2016 em uma de suas primeiras edições. O objetivo desta descrição é apresentar o modo como minhas interlocutoras de pesquisa operam as noções de *autonomia, consentimento e informação de qualidade* e como a articulação entre estes que são considerados os três pilares da *humanização do parto* no Brasil ajuda a construir o que se entende por *violência obstétrica* no país. Na segunda parte - tendo no horizonte que estamos diante de um conceito fronteira (LÖWY, 1992), cujo caráter fronteiro produz a força de seu efeito -, faço uma discussão sobre aquela que ficou conhecida como a *Lei da Cesárea*¹¹⁶, de autoria da Deputada Estadual por São Paulo Janaína Paschoal. A lei estadual, aprovada em 2019, posteriormente revogada em 2020 pelo Tribunal de Justiça de São Paulo a partir de uma ação de inconstitucionalidade ajuizada pelo presidente do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), deputado Carlos Machado (SANTOS, 2020), e por fim considerada novamente constitucional pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2021 (STF RECONHECE..., 2021), foi objeto de controvérsias entre os ativistas pela *humanização do parto*, que viam nela um caminho para o crescimento desenfreado do número de cesarianas no estado de São Paulo, além de ser considerada uma porta para a promulgação de leis equivalentes em outros estados ou mesmo a nível federal¹¹⁷. Discutir esse imbróglio interessa em razão dos modos como a deputada

¹¹⁶ Lei 17.137, de 23 de agosto de 2019 (SÃO PAULO, 2019b).

¹¹⁷ Inspirada no projeto de lei de Janaína Paschoal, a Deputada Federal por São Paulo Carla Zambelli protocolou o PL 3635/2019 (BRASIL, 2019f), com proposta idêntica àquele, mas com alcance nacional.

opera a noção de *autonomia* na proposição desta lei, lançando mão de argumentos similares aos do ativismo pela *humanização* ao defender a *autonomia* de escolha das mulheres pela via de parto.

Parte I – Tecendo direitos

O Curso de Formação em Direito da Mulher e Combate à Violência Obstétrica

Terça-feira, 11 de maio de 2016. Era o dia da votação no Senado sobre o afastamento da então Presidenta Dilma Rousseff, uma mulher, do mais alto cargo político do país. Caminhei até a estação Riachuelo acompanhada de um amigo que gentilmente me hospedou durante os dois dias de estadia no Rio de Janeiro. Lá, aguardamos por muitos minutos o trem que vinha lotado pela manhã e adentramos o vagão exclusivo para mulheres, o chamado “vagão rosa”¹¹⁸, sem nos atentar para este fato. Uma vez lá dentro, fomos alvo de xingamentos: ele, por ser um homem que desrespeitava a lei; eu, por achar que, “só por estar acompanhada dele”, podia “passar por cima dos direitos das mulheres”. Uma anedota interessante para os dias que se seguiriam.

Estava no Rio de Janeiro para o Curso de Formação em Direito da Mulher e Combate à Violência Obstétrica, ministrado por duas advogadas e ativistas vinculadas à Artemis na época, Cristina e Clara. O curso duraria dois dias inteiros¹¹⁹, com um conteúdo programático voltado a advogadas e advogados interessados em trabalhar com a defesa de mulheres vítimas de *violência obstétrica*. Uma imersão em

¹¹⁸ Desde março de 2006, vigora no estado do Rio de Janeiro a Lei nº 4733 que “dispõe sobre a destinação de espaços exclusivos para mulheres nos sistemas ferroviário e metroviário do Estado do Rio de Janeiro”.

¹¹⁹ O primeiro dia de curso foi voltado a questões teóricas do direito e à sensibilização dos ouvintes quanto à correspondência entre *violência obstétrica* e crime, conforme pretendo deixar claro ao longo do texto. O segundo dia teve por objetivo apresentar maneiras de produzir provas a favor das vítimas de *violência obstétrica* em casos de processos judiciais. Neste capítulo, descrevo apenas o primeiro dia de curso, tanto em razão de recorte quanto por acreditar que o que foi apreendido neste dia dá conta de apresentar a relação entre os termos *informação*, *autonomia* e *consentimento*, tema central aqui desenvolvido.

leis e evidências científicas que podem e devem ser acionadas, segundo as advogadas, para o bem das mulheres *violentadas*.

Subi ao último andar de um alto prédio no centro do Rio de Janeiro, onde ficava a ONG carioca Nossa Casa que, em parceria com a Artemis, ofereceu o espaço para a realização do curso. Uma vez lá dentro, observei, à direita, uma sala grande com tapetes de EVA, bolas de Pilates e imagens de posições de trabalho de parto nas paredes. À esquerda, uma sala bem pequena, onde o curso iria acontecer. Neste cômodo, somente 8 participantes – dos quais apenas dois homens –, além de mim, ali para aprender mais sobre os direitos das mulheres e o combate à *violência obstétrica*.

Foram dois dias intensos de conteúdo que reuniu material sobre fisiologia do parto; compilação de leis, tratados internacionais, portarias, resoluções e normas técnicas que poderiam ser acionadas na defesa de mulheres; jurisprudências em casos de processos abertos contra médicos, hospitais e profissionais de saúde acusados de cometer *violência obstétrica*; e relatos de *violência obstétrica* contados em primeira, segunda ou terceira mãos. Ali, eu estava diante do que mais tarde entenderia como um tipo de ativismo baseado em evidências (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014), conforme discutido no capítulo anterior. Um tipo de ativismo que reúne *lay experts* e expertise em prol de uma causa; aqui, agrupando advogadas que, unindo suas experiências como mulheres que gestaram e pariram – tendo sofrido *violência obstétrica* ou não – ao seu conhecimento técnico na área jurídica, mobilizam conceitos médicos e jurídicos de modo a criar maneiras de combater a *violência obstétrica*.

O primeiro dia de curso foi de responsabilidade de Cristina, cujo modo de articulação da medicina baseada em evidências científicas com o Direito foi um exemplo bem-acabado desse tipo de ativismo. O uso confortável que ela fazia de termos médicos era quase o mesmo que o uso de termos jurídicos, demonstrando o valor dado por ela ao entendimento das evidências científicas para a defesa dos direitos das mulheres. A compreensão das *informações de qualidade* foi enfatizada

constantemente como uma ferramenta fundamental para se entender como, onde e por que uma violência estaria sendo cometida contra uma gestante ou parturiente.

Com efeito, o que foi enfatizado tanto por Cristina como por Clara durante todo o curso é que a compreensão das *evidências* seria fundamental para que os advogados sejam capazes de argumentar a favor dos direitos das mulheres. Compreender as *evidências* ajudaria a perceber quando elas não são cumpridas, o que incorreria em *violência de gênero* ou *violência contra as mulheres* – conceitos acionados no campo ativista de modo intercambiável para se falar de *violência obstétrica*¹²⁰. Entende-se que este é um tipo de violência que decorre de uma *cultura machista* de atendimento obstétrico, a qual veria o corpo feminino como defeituoso e que entenderia a gestante como uma subcategoria de cidadão; as mulheres não seriam entendidas como sujeitos de direitos e essa seria a realidade a ser combatida.

A tônica dada durante todo o curso foi no fato de que *mulheres são seres humanos*. Baseada na teoria dos Direitos Naturais da Pessoa Humana, que afirma que os direitos humanos são universais, indivisíveis e inalienáveis, Cristina chamou a atenção para a existência de tratados e convenções internacionais que precisam existir para reforçar a condição humana das mulheres: *Olha só a quantidade de acordos que têm que ser feitos pra gente entender que mulheres são seres humanos. E mesmo assim, a gente ainda tem muita dificuldade de respeitar os direitos das mulheres*, afirmou, citando a CEDAW (Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher), a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), a Declaração e Plataforma de Ação da

¹²⁰ O acionamento dos conceitos de *violência de gênero* e *violência contra as mulheres* neste campo de ativismo é algo que, ao longo dos anos desta pesquisa, foi ficando pouco a pouco mais evidente. Em 2019, estive num congresso sobre *violência obstétrica*, organizado pela ONG Nascido Direito, em Brasília – um formato de evento bastante parecido com o curso da Artemis. E neste evento não foram poucas as vezes em que as palestrantes enfatizaram que *violência obstétrica* é *violência de gênero* porque ocorre nos corpos de mulheres *pelo simples fato de serem mulheres*. Segundo elas, essa definição é importante para que não se confunda a *violência obstétrica* com a *violência* cometida contra os bebês – quando eles são submetidos a procedimentos médicos tidos como invasivos, como a aspiração das narinas ao nascer, por exemplo.

IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, entre outros documentos que tratam, entre outras coisas, dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Além dos tratados internacionais, Cristina também citou a declaração da OMS publicada em 2014, intitulada *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*, afirmando que a OMS reconhece a *violência obstétrica* como uma violação de direitos humanos. A declaração, contudo, não usa o termo *violência obstétrica*. Na realidade, o termo “violência” aparece apenas duas vezes, e nenhuma delas acompanhado do adjetivo “obstétrica”. Não se trata aqui de questionar o uso que ativistas da *humanização do parto* vêm fazendo do documento. Antes, faço essa observação para mostrar como os modos com que um documento é lido podem variar relacional e contextualmente. O fato de a OMS ter publicado uma declaração abordando o tema de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto foi usado pela advogada para corroborar o argumento de que *violência obstétrica* é violação dos direitos humanos. Na declaração, lê-se:

*(...) desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde incluem violência física, humilhação profunda e abusos verbais, **procedimentos médicos coercivos ou não consentidos** (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de **consentimento esclarecido** antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, **cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida**, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento.* (OMS, 2014. Grifos meus)¹²¹

A definição de desrespeito e abusos da OMS diz respeito a uma série de pesquisas citadas na declaração que relatam experiências de mulheres durante o parto em diversas partes do mundo. Sem dúvidas, tais experiências são variáveis histórica e culturalmente, e os sentimentos em torno daquilo que se entende como violento num parto não serão os mesmos em todos os lugares¹²². No caso do Brasil, o

¹²¹ O outro trecho em que a palavra violência aparece é o seguinte: “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.”

¹²² Alguns trabalhos sobre *violência obstétrica* em diferentes locais podem ser consultados para o aprofundamento das compreensões das similaridades e diferenças em torno das diferentes

discurso preponderante sobre o que constitui uma violação de direitos no parto passa sobretudo pela questão dos procedimentos médicos que são realizados *sem base em evidências científicas* ou com base em evidências científicas de *baixa qualidade* ou *ultrapassadas*. Por certo, não se trata de reduzir a problemática da *violência obstétrica* aos procedimentos médicos; humilhação, gritos, falta de atendimento, entre outras coisas, também entram no rol daquilo que é considerado *violência*¹²³. Chama a atenção, contudo, a ênfase que é dada a eles nos discursos ativistas: se não são baseados no *padrão ouro* da assistência - ou seja, se não seguem a medicina baseada em evidências e/ou ensaios clínicos randomizados - ou se, mesmo que não sejam *ultrapassados*, são realizados sem o *consentimento* das mulheres, são considerados *violência obstétrica*. É neste sentido que - mesmo sendo em alguma medida objeto de críticas de uma parte de ativistas¹²⁴ - a declaração faz eco ao que os defensores da *humanização do parto* no Brasil estão denunciando como *violência obstétrica* e acaba por ser usada como instrumento para se reconhecer a existência do problema no país.

Buscando enfatizar a questão do *consentimento*, Cristina continuou sua exposição trazendo outros textos normativos que poderiam ser acionados judicialmente para a defesa de mulheres vítimas de *violência obstétrica*. Por exemplo, o Artigo 15 do Código Civil Brasileiro, que afirma que “*Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.*” Ou, então, o Código de Ética Médica, nos seguintes artigos:

É vedado ao médico:

Art. 14 – Praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País.

sensibilidades em torno da questão. Ver, para o caso da França, Bourrelier (2018). Para o caso do México, ver El Kotni (2018). Para o caso da Venezuela, ver Téran et al (2013).

¹²³ Cf. D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002).

¹²⁴ Na disciplina Gênero e Saúde Materna, que realizei na Faculdade de Saúde Pública com a professora Simone Diniz em 2016, uma das aulas foi dedicada à discussão desta declaração e lembro-me de que o fato de procedimentos médicos não terem sido elencados pela OMS como violentos foi objeto de crítica pelas alunas e professora. Tal crítica denota que, ainda que documentos oficiais possam ser utilizados como instrumentos de legitimação para o reconhecimento de um problema social, tal qual a *violência obstétrica* no Brasil, eles não são necessariamente absorvidos como uma verdade absoluta e podem ser também objeto de crítica e reflexão.

Art. 22. 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. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte. (Código de Ética Médica¹²⁵. Grifos de Cristina em slide exibido no curso)

Outro instrumento jurídico apresentado pela advogada foi o Decreto nº 20.931 de 1932, alínea f, que estabelece que é vedado ao médico

dar-se a práticas que tenham por fim impedir a concepção ou interromper a gestação, só sendo admitida a provocação do aborto e o parto prematuro, uma vez verificada, por junta médica, sua necessidade terapêutica. (Decreto nº 20.931, 1932¹²⁶. Grifos da advogada em slide exibido no curso)

Este decreto regula a prática médica no Brasil, e a alínea em questão – que pauta a questão do aborto – foi acionada por Cristina na argumentação contra as cesarianas feitas *sem indicação clínica*. O uso deste decreto me chamou bastante a atenção por eu já saber que as ativistas da Artemis se posicionavam abertamente a favor da descriminalização do aborto, mesmo este sendo um tema controverso entre os militantes da *humanização do parto*¹²⁷. Esta norma, contudo, foi trazida pela advogada como um recurso passível de ser utilizado em casos de cesarianas eletivas, que poderiam ser interpretadas como um parto prematuro fruto de uma interrupção

¹²⁵ Conselho Federal de Medicina, 2009.

¹²⁶ Brasil, 1932.

¹²⁷ Um exemplo desta controvérsia foi uma declaração de um célebre médico, defensor da *humanização*, na Conferência da ReHuNa em que estive presente em 2016, em que ele afirmou numa palestra ser melhor não tocar no tema do aborto por ser um *assunto polêmico*. Como resposta, no dia seguinte à sua declaração, vários *post-its* foram colados nas paredes do Centro de Convenções dizendo: *precisamos falar de aborto, sim!*. Outro exemplo aconteceu em Brasília, em 2019, no Congresso sobre Violência Obstétrica organizado pela ONG Nascer Direito, em que uma das participantes-ouvintes, que se identificou como enfermeira obstétrica, afirmou se sentir violentada ao ter que atender pacientes que haviam provocado o aborto e perguntou o que ela deveria fazer nesses casos. As palestrantes deixaram claro que elas eram a favor da descriminalização e que a enfermeira não deveria julgar suas pacientes.

provocada pelo profissional médico. Cesarianas eletivas, portanto, poderiam ser entendidas como um ato ilícito ou até mesmo um crime, a depender da situação¹²⁸.

Leitores desta tese podem agora estar se fazendo a seguinte pergunta: mas se a gestante escolhe ou prefere uma cesariana, pode-se dizer que há *violência obstétrica*? Mais além: em que medida pode-se dizer que um crime ou um ato ilícito foi cometido? Não há resposta simples e nem única a estas perguntas.

Primeiramente, é preciso fazer uma distinção entre violência e crime. Em artigo sobre a Lei Maria da Penha¹²⁹ e os deslocamentos semânticos da noção de violência contra a mulher, Debert e Gregori (2008) chamam a atenção para essa diferença:

Crime implica a tipificação de abusos, a definição das circunstâncias envolvidas nos conflitos e a resolução destes no plano jurídico. Violência, termo aberto aos contenciosos teóricos e às disputas de significado, implica o reconhecimento social (não apenas legal) de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos (DEBERT, GREGORI, 2008, p.176).

Neste sentido, é importante ter em mente que nem todo crime é violento e nem toda violência é crime. No entanto, o exercício proposto por Cristina – e também por Clara na segunda parte do curso – foi realizar uma identificação entre *violência obstétrica* e crime ou atos ilícitos. Ou melhor, foi o de tentar enquadrar o que se considera *violência obstétrica* dentro de leis como as que definem, por exemplo, a lesão corporal, o estupro e até mesmo a tortura, havendo um intercâmbio de termos que denotam a ideia de que tudo o que for considerado *violência obstétrica* está necessariamente indo de encontro a leis. A cesariana eletiva poderia ser pensada, portanto, como uma espécie de crime violento. Mas permanece a pergunta: e se há a escolha ou preferência da gestante?

¹²⁸ Ato ilícito diz respeito a qualquer ato que cause dano ou que seja antijurídico. Nem todo ato ilícito constitui crime, podendo ser observado na esfera cível, por exemplo. Crimes são atos que atentam às regras protegidas pelo direito penal. Agradeço à minha querida amiga Carolina Cavazza por este esclarecimento.

¹²⁹ Lei 11340, de 11 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

Cabe esclarecer o termo “cesariana eletiva”: existem casos em que se elege uma cesariana por questões de saúde; são casos em que os riscos de o bebê nascer por via vaginal são considerados maiores do que por via baixa. Pode-se optar por uma cesariana antes do trabalho de parto ou durante, a depender do problema apresentado. Outros casos são aqueles de cesarianas agendadas por motivos não médicos: comodidade de data e horário para médico e/ou paciente, medo da dor do parto normal, ideias difundidas popularmente sobre “alargamento” da vagina, entre outros. Se fruto da vontade da gestante, são chamadas de cesarianas a pedido.

O segundo tipo de cesariana eletiva descrito é claramente visto como *violência obstétrica* ou como originário de padrões de gênero impostos às mulheres. O medo do parto normal, por exemplo, é geralmente visto como produto de constantes violências sofridas nos partos, ideia revelada na palavra de ordem *Chega de parto violento para vender cesárea*, observada várias vezes no trabalho de campo¹³⁰. O “alargamento” da vagina é considerado uma ideia machista que vê a vagina como lugar próprio do falo (MALACRIDA, BOULTON, 2012), objeto do prazer masculino e cuja integridade deve ser mantida - se não via cesariana, via *ponto do marido*, uma prática relatada por parte de quem passou por uma episiotomia e levou um ponto a mais durante a sutura para deixar a vagina “mais apertada” para o marido (CARPALLO, 2018).

Já o primeiro tipo toca justamente na questão das controvérsias em torno das evidências produzidas e do que é considerado risco. De acordo com minhas interlocutoras, existem várias razões que são elencadas como médicas para a realização da cesariana, mas que, segundo evidências disponíveis, não são “de fato” indicação para tal. Um exemplo bastante citado é o cordão umbilical enrolado no pescoço do bebê, razão comumente acionada para se indicar uma cesariana, mas que,

¹³⁰ Em 2017, uma gestante em Itapeceira da Serra-SP levou uma arma para a sala de parto de um hospital público porque queria exigir a realização de uma cesariana. A gestante já havia passado por três partos vaginais e justificou a atitude porque tinha medo dos maus tratos da equipe do hospital, medo de sofrer e medo de morrer. O caso dela repercutiu como uma tentativa desesperada de escapar da *violência obstétrica*. Ver mais em Mãe leva..., 2017.

de acordo com defensores da *humanização*, é um mito¹³¹. Para eles, usar de um motivo médico que não é “de fato” razão para se realizar uma cesariana deve ser considerado um tipo de *violência obstétrica*, já que as gestantes estariam sendo *enganadas* sobre a “real” necessidade de um parto cirúrgico.

Segundo dados da pesquisa Nacer no Brasil (2014), quase 70% das mulheres entrevistadas iniciaram a gestação desejando o parto vaginal. No entanto, a taxa da cirurgia observada na pesquisa girava em torno de 46% no SUS e 88% no setor privado, totalizando a média de 52%, o que leva os pesquisadores a questionar o que ocorre durante a gestação para que haja essa discrepância nos números. Uma das hipóteses é a de que as pacientes estivessem sendo mal orientadas nas consultas de pré-natal sobre os riscos e benefícios das vias de parto. Infelizmente, não anotei em meu caderno de campo se este dado foi trazido durante o curso de formação, mas não seria incorreto supor que ele surgisse como um dado corroborador do fato de que às gestantes estaria sendo negado o acesso às *melhores evidências científicas disponíveis*.

Para muitas de minhas interlocutoras, a falta de acesso à *informação de qualidade* fere a *autonomia* das mulheres para decidir - e, por consequência, *consentir* - sobre os procedimentos que serão adotados sobre seus corpos. Uma vez ferida a *autonomia*, não seria possível realizar um *consentimento* livre “de fato”, pois este *consentimento* estaria nublado pela ausência das *informações de qualidade*. Sem um *consentimento* livre “de fato”, uma *violência* estaria sendo cometida contra esses corpos. E, na busca por justiça e reparação, seria necessário identificar essa *violência* com a contravenção às leis. É nesse sentido que uma cesariana *sem indicação clínica*, seja ela uma escolha ou não da gestante, pode ser lida como *violência obstétrica*. Pois a

¹³¹ A médica obstetra Melania Amorim, ativista da *humanização do parto*, mantém um blog de divulgação científica acerca da saúde materna. Em uma de suas postagens, amplamente reproduzida na internet, a médica faz uma lista do que ela chama de *indicações fictícias de cesariana*, coletadas de relatos de gestantes. Na lista, lê-se indicações como *pé pequeno da mãe* - o que, segundo Melania Amorim, não é uma piada por ela inventada -, mas também lê-se situações como *bolsa rota* (quando a bolsa de água estoura) que, de acordo com ela, tem limite de horas variável. O cordão enrolado no pescoço está descrito por ela como *campeoníssimo* dos mitos. Ver <http://estudamelania.blogspot.com/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>. Acesso em: 03 abr. 2022.

escolha da gestante não teria sido “de fato” livre e esclarecida, pois se ela conhecesse os “reais” riscos de uma cesariana, dificilmente ela escolheria esta via de parto.

Leitores podem argumentar que existe um certo exagero no argumento desta antropóloga, mas defendo que este é **um** posicionamento bem claro observado ao longo de todo o meu trabalho de campo. Não significa que todos pensem assim e nem que não haja nuances e ponderações mesmo entre quem, no campo discursivo, não dá espaço para dupla interpretação. Mas muitas de minhas interlocutoras reforçam a importância da *informação* para o alcance da “real” *autonomia*, mesmo em casos de uma cesariana eletiva. Um trecho com uma ativista entrevistada, também advogada, ajuda a compreender esta afirmação:

(...) autonomia é o direito supremo de escolha sobre as suas coisas. Mas autonomia, ela só pode ser exercida se você tem uma informação de qualidade, porque assim, a mulher que escolhe uma cesariana eletiva, né, ela vai dizer: "não, mas fui eu que escolhi". E às vezes foi ela que escolheu. Ok, mas ela sabia dos riscos? Qual foi a informação que ela teve pra poder escolher? Se a informação não chega toda, né, a autonomia dela não é inteira. Ela é relativa, ela condicionada, então não é autonomia. (...) Então assim, é a informação, ampla, de qualidade, de todos os aspectos de um lado e de outro, eu acho que ela é imprescindível. Eu tive uma amiga que queria ter um parto humanizado. Mas não tinha condições, não tinha apoio da família, não tinha grana. Ela falou assim: "Não vai rolar, essa é a minha realidade. Você me apoia?" Ela falou: "os médicos que eu tenho são esses". Eu falei, "ó, fulana, todos esses médicos, os índices de cesariana deles é mais de 90%, tal, você não vai parir com eles", então (...) a culpa não era dela, e se esse era o único caminho que ela tinha, e já que ela ia fazer uma cesariana, que ela conversasse com o médico pra ela fazer todos os exames pré-operatórios, e que ela esperasse entrar em trabalho de parto, né? Então ela passou por uma cirurgia cesariana, mas com mais segurança. Então assim, ela ficou em casa, ela leu, cê vê que ela não...assim, os caminhos que ela tinha pra ter um parto normal iam causar muita encrenca, num momento em que ela estava mãe solo, fragilizada, não era isso que importava. (...) Então assim, eu acho que ela escolheu uma cesariana com informação, e ela deu consentimento, ela sabia de todos os riscos. E aí a gente estudou junto, ela falou assim "quais são os riscos? Tem risco disso, disso, daquilo, como eu faço pra minimizar?" (...) aí ela foi conversar com o médico. "Sobre esses riscos, eu sei que eu tenho, (...) o que que eu faço pra minimizar isso, isso e isso?" Foi a primeira mulher que eu vi que fez um monte de exame pré-operatório pra fazer cirurgia cesariana. (...) Essa mulher teve uma autonomia, com informação, e ela consentiu que fosse feito desse jeito, né. Eu acho que a autonomia ela não vai acontecer sem consentimento, óbvio, né, mas assim, pra dar consentimento a informação tem que ser ampla, tem que ser de qualidade. Se não, não é autonomia, é direcionamento, é manipulação, né? (Advogada e ativista. Entrevista em novembro de 2016.)

O trecho acima ilustra bem, portanto, o título deste capítulo, que é uma referência a uma palavra de ordem observada no trabalho de campo diversas vezes: *não existe autonomia de verdade sem informação de qualidade*. Para a advogada entrevistada, a cesariana de sua amiga só pode ser lida como uma cesariana “de fato” escolhida porque ela teve acesso a *todas as informações* referentes aos riscos envolvidos na cirurgia. Para ela, sua amiga, ao se informar, pôde exercer uma *autonomia plena*: ela sabia dos riscos, mas sua condição de vida não lhe permitia outra alternativa a não ser se submeter à cesariana. A fala desta advogada abre espaço para as nuances e ponderações, mas reforça ainda assim a importância da articulação da tríade *informação de qualidade, autonomia e consentimento*. Na ausência desta articulação, há *violência obstétrica*, e para Cristina e Clara - para retomarmos o curso - pode haver infração de leis.

Como já dito anteriormente, consentimento está localizado na linha oposta da violência, tal como pensado jurídica e filosoficamente (FERNANDES et al, 2020, p.168). E no caso da luta contra a violência sexual, “para os movimentos feministas, o consentimento continua a ser um dispositivo chave de denúncia e mobilização de narrativas e multidões contra a violência” (FERNANDES et al, 2020, p.170), cuja proposta diz respeito a um consentimento afirmativo, em que sim significa sim e não significa não, sem nenhum espaço para ambiguidades. Não foi à toa, portanto, que Cristina traçou paralelos entre a *violência obstétrica* e o crime de estupro, valendo-se do artigo 213 do Código Penal, incluído em 2009 a partir da Lei do Estupro¹³²: “Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter **conjunção carnal** ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso.” (BRASIL, 2009a. Grifos meus)

Se uma pessoa coloca a mão dentro de você sem que você queira, é ou não é um estupro?, disse Cristina ao exibir uma imagem de um exame de toque e reforçando

¹³² Lei nº 12.015 de 7 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a). Para uma análise das implicações desta lei naquilo que passa a ser compreendido como violência sexual a partir de sua promulgação, ver Simões (2019).

que isso poderia ser enquadrado como um crime de estupro na formulação de uma peça jurídica em defesa da vítima:

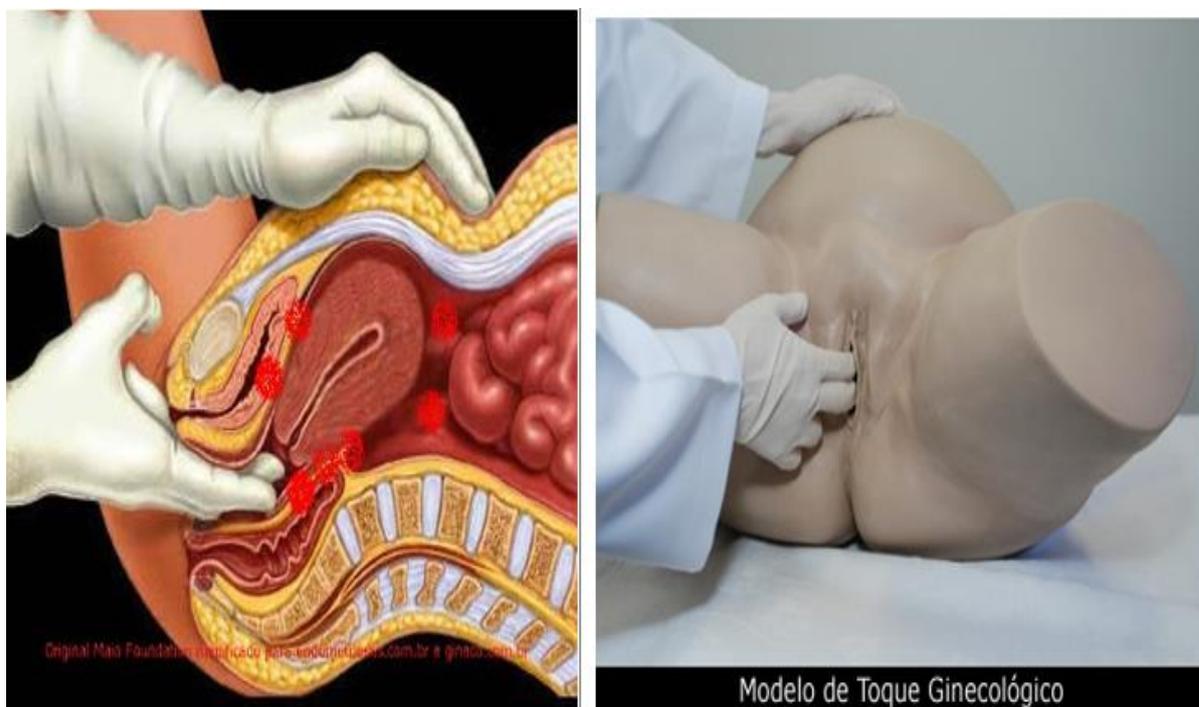


Figura 4: Demonstrações de exame de toque (slide cedido por e-mail por Cristina)

Importante dizer que não se trata de se opor à realização dos exames de toque; estes seriam necessários para medir o colo uterino e avaliar a progressão da dilatação. As denúncias, no entanto, dizem respeito a exames de toque realizados repetidamente, mais do que seria “realmente” necessário, muitas vezes realizados por diferentes profissionais de saúde (sobretudo em hospitais-escola, para treinamento dos profissionais¹³³), e sem o *consentimento* das parturientes.

¹³³ Em uma audiência pública organizada pelo Ministério Público Federal de São Paulo para debater a assistência ao parto, em 2014, houve uma série de relatos de *violência obstétrica*, dentre os quais um de Mary Dias, uma mulher negra, então estudante universitária, que relatou ter recebido dois cortes de episiotomia para o treinamento dos estudantes de medicina. Segundo sua denúncia, ela teria ouvido do médico responsável: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”. O caso gerou grande repercussão entre os ativistas da *humanização do parto*. O artigo de Simone Diniz et al (2016a), *Vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde*, discute um seminário realizado na Faculdade de Saúde Pública da USP com o intuito de debater questões de gênero e formação dos profissionais de saúde, e problematiza o modo como os diferentes marcadores

Além do estupro, Cristina também trouxe à tona o crime de tortura como passível de ser acionado em casos de *violência obstétrica*. Para a comparação com os crimes de tortura, os exemplos trazidos foram o de uma mulher amarrada à maca e o da Manobra de Kristeller, procedimento proscrito pelo Ministério da Saúde desde 2001 (BRASIL, 2001), mas que, segundo um dos artigos da pesquisa *Nascer no Brasil* (LEAL et al, 2014), foi realizado em 37% dos partos de *risco habitual*, entre 2011 e 2012. Amarrar as pernas da parturiente, bem como subir em sua barriga e pressionar o fundo uterino para a expulsão acelerada do bebê foi equivalido a um tipo de tortura pela advogada, que ilustrou seu ponto com as seguintes imagens:



Figura 5: Foto de parturiente amarrada à maca (Foto apresentada no curso da Artemis e cedida por e-mail por Cristina)



Figura 6: Manobra de Kristeller sendo realizada em parturiente (Foto apresentada no curso da Artemis e cedida por e-mail por Cristina)

Além do estupro e da tortura, a advogada também citou o crime de lesão corporal, tipo penal que poderia ser aplicado para casos de episiotomias ou mesmo de cesarianas, por envolverem cortes profundos na musculatura perineal e do abdômen, causando danos estéticos e morais – outros fatos jurídicos que também poderiam ser acionados em casos de processos judiciais.

Neste sentido, linhas e suturas, dedos na vagina, cicatrizes, pés amarrados e o peso de outra pessoa em cima da barriga foram interpretados como indignos, como torturantes, como um estupro; as mulheres como um objeto de imputação de dor e de sofrimento desmerecidos, como se elas não fossem dignas do respeito devido a todo ser humano. Episiotomias, toques, Manobra de Kristeller e posição litotômica ganham, nesse contexto, novos contornos para além da técnica, passando daí para um status de violência e também de crime.

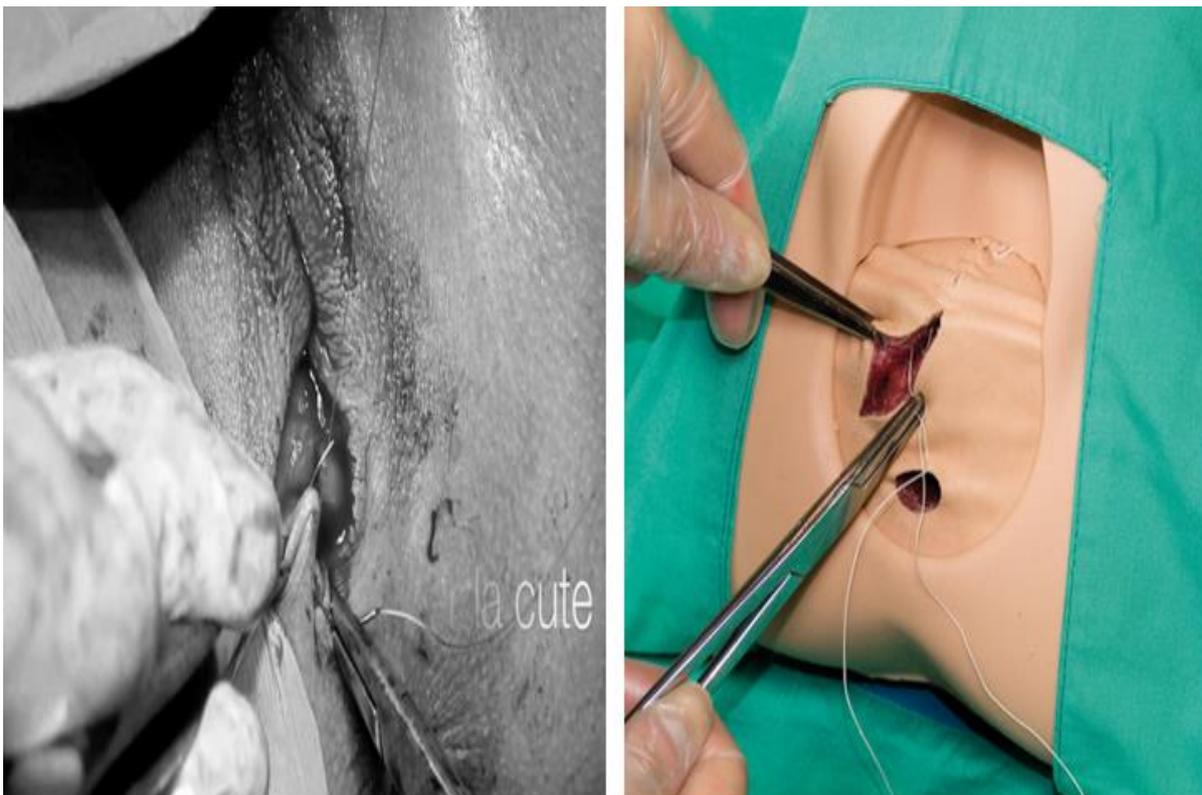


Figura 7: Imagens de sutura (episiiorrafia). Foto apresentada no curso da Artemis e cedida por e-mail por Cristina.

Vale lembrar que não existem leis no Brasil que definem *violência obstétrica* como um crime, como acontece com a violência doméstica, por exemplo, a partir da promulgação da Lei Maria da Penha. Há uma série de leis e projetos de leis que buscam definir *violência obstétrica* tanto em âmbito federal, quanto estadual e municipal, geralmente de caráter educativo, prevendo maneiras de informar às pacientes sobre seus direitos. Mas até o momento¹³⁴, não há nenhuma lei aprovada que a enquadre como um crime específico previsto no Código Penal. Isto não significa, contudo, que o que é considerado *violência obstétrica* não seja visto como crime, conforme tenho buscado demonstrar nas últimas páginas.

Definir a *violência obstétrica* como um tipo penal específico não é um consenso entre as operadoras de direito com quem tive contato ao longo dos anos de pesquisa. Em 2019, estive no I Congresso sobre Violência Obstétrica em Brasília, organizado pela ONG Nacer Direito e, em uma conversa de corredor, indaguei

¹³⁴ Agosto de 2021.

algumas advogadas sobre o que pensavam sobre o assunto. Obtive respostas divergentes: para algumas, tipificar a *violência obstétrica* penalmente traria mais visibilidade para o problema; para outras, as leis existentes já seriam o suficiente para se fazer entender que *violência obstétrica* é um crime. Até aquele momento, eu ainda tinha dúvidas sobre se as ativistas da *humanização* provindas do campo jurídico eram a favor ou contra a criminalização da *violência obstétrica*. Sem certeza de como responder às constantes indagações de minha orientadora sobre se elas procuravam ou não este caminho, ali finalmente entendi que não importa se há tipificação penal ou não: na visão daquelas ativistas, *violência obstétrica* é um tipo de crime - ou pelo menos um ato ilícito -, seja qual for o caminho jurídico tomado para se provar essa ideia. A fala de uma advogada entrevistada apresenta um posicionamento contrário à tipificação penal, na medida em que ela entende que *violência obstétrica* pode ser enquadrada em crimes já tipificados:

*Eu acho que não precisa evoluir pra um tipo penal específico. Eu acho que hoje a legislação dá conta de encaixar. É uma questão de querer olhar as coisas como elas realmente são. Quando você atropela e mata uma pessoa, nem por isso...a pessoa que vai ser condenada por ela ter matado uma pessoa, ela não vai ser condenada no tipo penal atropelo do joelho pra baixo, atropelou às segundas-feiras, matou à segunda à noite, entende o que eu quero dizer? É isso. É uma questão de olhar as coisas como elas realmente são. Causar um dano no corpo de outra pessoa, que seja permanente, temporário, isso é proibido. É proibido pela lei penal, é proibido pela lei civil, é proibido pelo código de ética. Então essa consciência precisa chegar nesses profissionais. Criminalizar é importante porque você vai gerar essa consciência, vai gerar essa reflexão. Então quando a gente divulga que alguém teve que sofrer uma condenação por homicídio, é porque foi homicídio mesmo. A lei diz que todo mundo que concorre pra um resultado de morte é responsável por aquele resultado, entende? Então precisa colocar as coisas nas suas caixinhas certas. Só o médico não responde se ele matar uma pessoa? Entende o que eu quero dizer? Não é porque ele é médico que a gente não vai encaixar ele naquele tipo penal, o tipo penal já existe. Partir pra uma especificação *violência obstétrica*, um tipo com tantos anos, é criar mais... mais pelos nesse ovo. (Advogada e ativista. Entrevista em novembro de 2016.)*

Para essa advogada, médicos não podem sair impunes apenas por serem médicos. Se praticam uma episiotomia *de rotina*, se realizam um exame de toque *desnecessário*, se amarram uma parturiente à maca, estariam cometendo crimes já

previstos em lei. E se uma paciente morre em decorrência de algum atendimento, deveriam responder por homicídio a depender do que a levou à morte.

É por isso, inclusive, que entre as ativistas do campo jurídico houve críticas a um projeto de lei do Deputado Marco Feliciano (Partido Liberal - SP), o PL 2589/2015 (BRASIL, 2015c), que dispõe sobre a criminalização da *violência obstétrica*. O projeto propõe transformar a *violência obstétrica* em um crime de constrangimento ilegal, o que para as minhas interlocutoras seria uma maneira de diminuir a gravidade do problema. No Código Penal, crime de constrangimento ilegal é definido no artigo 146 como aquele em que se constrange alguém, “mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que não manda” (BRASIL, 1940), prevendo pena de reclusão de três meses a um ano, ou multa.

Intrigada com o porquê de minhas interlocutoras não concordarem com a lei, perguntei a uma das advogadas entrevistadas o que significaria equivaler a *violência obstétrica* a um crime de constrangimento ilegal, ao que ela me respondeu:

Você tem hierarquias entre os crimes, né, você tem hierarquias. Tem um crime que... crime que tem grande gravidade, então ele precisa ter uma reparação equivalente. É aí que a gente vai contar o tempo de cerceamento da liberdade da pessoa, né? Um crime mais grave tem mais tempo que a pessoa vai ficar recolhida. Esse recolhimento pode ser um regime fechado, pode ser um regime aberto, semiaberto, depende dos graus, né, do ato e... da lesão que esse ato causa. Porque a ideia é o sujeito reparar o que ele fez, né? Quando você faz uma equivalência então, da violência obstétrica com constrangimento ilegal, você tá desqualificando essa violência, porque hoje, você causar dano em alguém, um dano físico, uma lesão permanente, por exemplo, com uma ruptura de esfíncter que a pessoa vai ter que usar bolsa de colostomia o resto da vida... isso é uma lesão permanente. Imagine a vida sexual de uma pessoa com uma bolsinha de cocô. Ela nunca mais vai ter, você entendeu? Então, você já tem um tipo penal onde isso cabe. Se você coloca toda violência obstétrica no balaio do constrangimento ilegal, isso é... é a cesta básica. É aquela pena da cesta básica. É nisso que vai dar. Eu vou prejudicar uma mulher pro resto da vida, mas tudo bem, eu fico seis meses levando cesta básica no orfanato, tá tudo certo. O pior que vai acontecer comigo é levar cesta básica pro orfanato. É isso que o PL do Feliciano queria fazer. (Advogada e ativista. Entrevista em novembro de 2016.)

Mais uma vez, o que se vê na fala acima é a defesa de que os atos cometidos contra parturientes já podem ser tipificados dentro do que a lei prevê, sem necessidade de equivaler a *violência obstétrica* a um tipo específico de crime - sobretudo se isso incorrer numa diminuição da gravidade do que foi cometido.

É nesta chave que uma jurisprudência em relação a um caso de morte de parturiente foi apresentada por Cristina, que a considera uma decisão paradigma por ser a primeira em que um profissional médico foi condenado por homicídio culposo - ou seja, sem intenção de matar - após a morte de uma paciente em decorrência de complicações na episiotomia realizada.

Decisão Paradigma

APELAÇÃO CRIMINAL. HOMICÍDIO CULPOSO. PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA. ART. 121 §3º DO CP. INCIDÊNCIA DA MAJORANTE DO § 4º DO MESMO DISPOSITIVO LEGAL. (INOBSERVÂNCIA DE REGRA TÉCNICA DE PROFISSÃO). PENA QUE NÃO MERECE REDIMENSIONAMENTO.

Demonstrado que o réu agiu com negligência, imprudência e imperícia, e que dita conduta levou a paciente a óbito, pois, após o parto com episiotomia, deixou de realizar procedimento de revisão do reto, o que propiciou a comunicação do conteúdo fecal com o canal vaginal, culminando com infecção generalizada, que evoluiu com a morte da vítima, mostra-se correta a sua condenação pela prática do delito de homicídio culposo. Aplicabilidade da causa de aumento de pena prevista no § 4º do art. 121 do CP, por inobservância de regra técnica de profissão. Pena definitiva de dois anos de detenção, substituída por duas restritivas de direito, consistentes na prestação de serviços à comunidade e prestação pecuniária, que se mostra adequada ao caso, não ensejando redimensionamento. APELAÇÃO DESPROVIDA.

(Apelação Crime Nº 70053392767, Segunda Câmara Criminal, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Lizete Andreis Sebben, Julgado em 14/11/2013)

Figura 8: Decisão paradigma sobre homicídio culposo em caso de episiotomia resultante em morte (Foto apresentada no curso da Artemis e cedida por e-mail por Cristina)

Note-se que a decisão acima não parece colocar em questão a episiotomia em si, mas sim a ausência de revisão do reto, que teria culminado em infecção generalizada devido à comunicação do conteúdo fecal com a vagina. A decisão leva em conta a *inobservância da técnica*, isto é, o profissional condenado teria deixado de

realizar um procedimento técnico necessário após uma episiotomia. Ainda que esta decisão não pareça questionar o corte na vagina em si, o caso foi trazido como exemplar de como o olhar para a episiotomia pode ser mudado. O uso da noção de *inobservância da técnica* foi entendido como importante porque ele permitiria fazer uma oposição à ideia de *erro médico*. Isto porque o *erro médico* não conseguiria dar conta da *violência obstétrica*, pois a ideia de “erro” parte da suposição de que o médico autor do ato não tem conhecimento de que o procedimento adotado pode ser prejudicial à parturiente. Julgar o caso de uma episiotomia que resultou em morte como homicídio culposo abriria, portanto, precedentes jurídicos importantes, pois seria exemplar de como o uso da *medicina baseada em evidências* poderia ajudar a construir casos favoráveis às vítimas de *violência obstétrica*.

Voltamos novamente, então, à articulação entre *autonomia*, *consentimento* e *informação de qualidade*. Para ativistas da humanização do parto, os profissionais de saúde precisam se manter atualizados com as *melhores evidências disponíveis* para assistirem as mulheres com respeito e qualidade. O mau uso da técnica feriria a *autonomia* das pacientes porque estas estariam sendo ou enganadas - sem acesso à *informação de qualidade* -, ou desrespeitadas em seu conhecimento adquirido sobre a assistência ao parto. Sem *autonomia*, não se pode realmente consentir, dizem as minhas interlocutoras. E sem *consentimento*, presume o campo jurídico, há *violência* (FERNANDES et al, 2020). Aqui, especificamente, *violência obstétrica*.

É com esse debate em mente que passo agora à polêmica causada pela chamada *Lei da Cesárea*, de autoria da Deputada Estadual por São Paulo, Janaína Paschoal. O interesse, aqui, é apresentar os argumentos acionados para a defesa da cesárea e as controvérsias que marcam a política parlamentar em torno das discussões sobre parto e nascimento.

Parte II – Controvérsias em torno da noção de autonomia

A Lei da Cesárea

No primeiro semestre de 2019, a Deputada Estadual por São Paulo, Janaína Paschoal, à época filiada ao PSL (Partido Social Liberal)¹³⁵, redigiu o Projeto de Lei nº435/2019, que garantia à gestante “*a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal*” (SÃO PAULO, 2019a). O PL foi votado em regime de urgência, tendo sido aprovado na forma da Lei nº 17.137, de 23 de Agosto de 2019 (SÃO PAULO, 2019b). Em julho de 2020, como resultado de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade¹³⁶, o Tribunal de Justiça de São Paulo considerou a lei inconstitucional, revogando-a por entender que ela usurpava a competência legislativa da União, afrontando a Constituição Federal¹³⁷. Contudo, em junho de 2021, em resposta a um recurso interposto ao Supremo Tribunal Federal¹³⁸, o Ministro Ricardo Lewandowski reconheceu a competência da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo para legislar sobre o tema, denotando as arenas de controvérsias em torno da lei.

O projeto de lei não foi bem recebido por ativistas da *humanização do parto*, bem como por uma parcela dos legisladores de São Paulo¹³⁹. Criticou-se muito o pedido de urgência para a sua aprovação, pois entendia-se que o assunto deveria ser discutido com mais vagar. Além disso, a justificativa de autonomia da gestante,

¹³⁵ Atualmente - março de 2022 -, a deputada está filiada ao Partido Renovador Trabalhista Brasileiro (PRTB).

¹³⁶ ADIn TJSP nº 2188866-94.2019.8.26.0000.

¹³⁷ Segundo o texto do acórdão, a Lei Estadual 17.137/2019 legislava sobre uma norma geral, o que só é permitido na ausência de legislação federal sobre a matéria. Para o relator do acórdão, a lei que instituiu o SUS (Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990) já versam, respectivamente, sobre a saúde da população em geral e sobre a proteção à saúde de crianças e adolescentes, além da saúde das gestantes - garantindo, por consequência, a saúde dos bebês.

¹³⁸ Recurso extraordinário 1.309.195, São Paulo.

¹³⁹ A lei obteve 20 votos contrários à sua aprovação, contra 58 a favor. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/ementario/votacoes/20190814-184531-ID_SESSAO=13826-PDF.pdf

usada pela deputada na propositura, foi considerada falaciosa, ainda que bem intencionada.

No texto de justificativa do PL 435/2019, Janaina Paschoal argumenta:

A autonomia individual confere à gestante o direito de, bem orientada pelo médico que a acompanha, escolher a via de parto de sua preferência, sendo certo que as intercorrências havidas no momento do parto serão levadas em consideração para, eventualmente, adotar-se um caminho diverso daquele, a princípio, almejado. Os formadores de opinião que defendem a supremacia do parto normal à cesárea, em regra, se apegam à ideia (correta) de que as parturientes têm direito ao próprio corpo e devem ter seu desejo respeitado. No entanto, defendem o direito de a parturiente escolher (e ser respeitada) apenas quando a parturiente escolhe o parto normal, ou o parto natural. Quando a parturiente escolhe a cesárea, esses mesmos grupos abandonam o discurso de que a mulher deve ser ouvida e acolhida em seus desejos, presumindo que essa mulher não foi bem informada e esclarecida. (SÃO PAULO, 2019a)

Em várias falas públicas, a deputada reforçou o princípio da autonomia que informava seu projeto. Para ela, estaríamos vivendo no Brasil uma *ditadura do parto normal*¹⁴⁰, em que a *obstinação* pelo parto *normal* estaria levando a mortes de bebês ou deixando sequelas para toda a vida, ocasionadas por partos *excessivamente* longos e/ou por descumprimento da vontade da gestante de ser submetida a uma cesariana. Em uma dessas falas, numa audiência pública realizada na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo - ALESP (DIREITO À., 2019) para discutir seu projeto, a deputada relatou que o que motivou a propositura do PL foi seu envolvimento com o tema da Bioética em sua carreira como docente do Direito e como advogada¹⁴¹, durante a qual ela teve acesso a *inúmeros casos* de mulheres cujos bebês tiveram algum tipo de sequelas ocasionada por anóxia (falta de oxigênio no cérebro) ou em que mãe e/ou bebê morreram em partos *normais* ou cesarianas de emergência realizadas *tardiamente*.

Este projeto nasce das inúmeras mortes de bebês ocasionadas por parto normal. Nasce também dos inúmeros casos dos bebês vitimados pela paralisia

¹⁴⁰ Ver reportagem em JANAÍNA..., 2019.

¹⁴¹ Janaina Paschoal é professora da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo e advogada. Ingressou na carreira política nas eleições de 2018 ao se candidatar ao cargo de Deputada Estadual por São Paulo. Ficou conhecida nacionalmente em 2015 ao protocolar o pedido de impeachment contra a então Presidenta Dilma Rousseff.

cerebral ocasionado pela obstinação pelo parto normal. Nós não temos o direito de impor a uma mulher uma convicção que é nossa. Ela tem o direito de ser um ser humano autônomo. Ontem eu achei interessante que eu vi no plenário uma faixa dizendo 'Janaína, respeite a autonomia da mulher'. O centro desse projeto é a autonomia da mulher! - disse, em tom de contestação. (Deputada Estadual Janaína Paschoal, em audiência pública na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, São Paulo, junho de 2019)

Para Janaína Paschoal, se uma gestante é informada pelo médico que a assiste sobre os benefícios do parto *normal* e os riscos da cesariana e ainda assim ela escolhe passar pela cirurgia, não seria juridicamente sustentável que ela não possa fazer essa escolha. Para a deputada, seu projeto não trataria de impor a cesariana, e sim de dar o direito às mulheres atendidas na rede pública de saúde a escolher essa via de parto, onde esse direito não existiria.

Em julho de 2019, aconteceu na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, em Brasília, uma audiência pública (DEFESA DOS..., 2019) para discutir um despacho do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a) que condenava o uso do termo *violência obstétrica*¹⁴². Requerida por duas deputadas do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e Fernanda Melchionna (PSOL/RS), a audiência contou com a presença de representantes do governo e da sociedade civil, entre eles a Deputada Janaína Paschoal, que usou de seu espaço de fala para defender seu projeto de lei. Em sua intervenção, a deputada reforçou seu posicionamento contra a *imposição* do parto *normal*, e acusou os defensores das políticas de promoção do parto vaginal e da diminuição das taxas de cesariana de serem *elitistas*:

(...) são muitos os depoimentos e textos em que os estudiosos da violência obstétrica dizem que forçar uma mulher a fazer uma cesariana é uma violência obstétrica. E eu concordo com isso. Porém não consigo compreender como esses mesmos autores afirmam que uma mulher que deseja fazer uma cesariana não pode ter esse desejo atendido. Em regra, alega-se que essa mulher não tem capacidade de decidir por falta de informação. Respeitosamente, digo: esse é um discurso extremamente elitista, porque parte do pressuposto de que as mulheres mais carentes da nossa sociedade não são capazes, e essas mulheres são capazes, sim! Porque são mulheres que muitas

¹⁴² O despacho causou alvoroço entre ativistas pelo *parto humanizado* e gerou uma série de reações. Voltarei a este despacho e as respostas a ele no capítulo 3.

vezes sustentam uma família inteira sozinhas, do seu próprio trabalho. Então eu não posso concordar, nem aceitar, que digam que essas mulheres não têm condição de entender o que é melhor pra si. (Deputada Estadual Janaína Paschoal, em audiência pública na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, Brasília, julho de 2019)

Em referência à Resolução nº2144/2016 do CFM, que prevê o direito das gestantes de optar pela cesariana¹⁴³, Janaína Paschoal afirmou nesta audiência que esse direito só é respeitado nas redes privada e suplementar de saúde, sendo as mulheres do SUS alijadas do seu *direito à voz*. Na rede pública, às mulheres seria *imposto* o parto *normal*, uma prática que a deputada considera *autoritária* e *antidemocrática*, ainda que os defensores do parto *normal* digam que é *para o bem delas* - afirmou a parlamentar na audiência pública.

A deputada deixa claro que não é sua função debater qual é a melhor via de parto para as mulheres; isso competiria apenas às gestantes e aos médicos. Mas que seria seu papel, enquanto professora de Direito, como advogada e enquanto deputada, garantir que as mulheres do SUS possam *ter voz*. Segue dizendo, então, que há *muitos casos* que ela já acompanhou de mulheres que *sabem o que querem e o que é melhor para si implorarem por uma cesariana e terem o seu pedido absolutamente ignorado*, ocasionando a morte do bebê ou então deixando sequelas para o resto da vida. Além disso, segundo ela, *todas as pesquisas* que afirmam que as cesarianas matam mais que parto normal não fazem a diferença entre cesarianas a pedido e a cesarianas de urgência, sugerindo que este último tipo poderia ser a razão pela qual se diz que a taxa de mortalidade materna é maior em cirurgias de cesárea porque seriam decorrentes de partos *normais que não deram certo*.

O parto normal tem risco. A cesariana tem risco. Se o parto normal tem risco e a cesariana tem risco e todo procedimento médico, ou fisiológico que possa virar médico, enseja o esclarecimento, a informação, a assunção desses riscos, será que é justo obrigar uma mulher a se submeter a um procedimento que ela não quer? Por que quando eu digo assim 'ah, a mulher pode escolher fazer cesariana' as pessoas dizem 'não, mas ela não tem informação'? Será que essas mesmas pessoas estão cuidando de passar pras mulheres as informações referentes ao risco do parto normal, inclusive anóxia? (...) Será que é

¹⁴³ Art. 1º É direito da gestante, nas situações eletivas, optar pela realização de cesariana, garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016)

democrática uma política que trabalha com metas, com cotas, com diretrizes, com números, em que os hospitais, pra receberem os repasses referentes aos procedimentos feitos, precisam necessariamente diminuir a quantidade de cesarianas? Não estaremos nós diante de uma política pública assassina? (Deputada Estadual Janaína Paschoal, em audiência pública na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, Brasília, julho de 2019)

As intervenções dos expositores da mesa foram interpeladas por algumas parlamentares presentes na audiência que, além das perguntas feitas aos outros integrantes, variaram entre acusar Janaína Paschoal de anticientífica a defender seu projeto de lei. Entre aquelas do primeiro grupo, estava a Deputada Federal Sâmia Bomfim (PSOL/SP), uma das requerentes da audiência e que, com certa ironia, diz:

A senhora é uma acadêmica, correto? E me estranha muito que na apresentação da senhora, a senhora utilize elementos como ‘casos que eu ouvi’, ‘conheço pessoas’, ‘todas nós sabemos’. Porque não é assim que se faz ciência, não é assim que se faz política pública. A gente é baseado em dados, em números e pesquisas, e as pesquisas indicam justamente o contrário daquilo que a senhora está apresentando. Dá a impressão de que as mulheres no Brasil estão loucas pra fazer o procedimento cesariana, mas na verdade tanto os hospitais públicos quanto os da rede privada as impedem por algum motivo, seja os profissionais de saúde ou que as mulheres não têm esse conhecimento. No entanto, é o contrário, tendo em vista que 84% dos partos na rede privada são de cesariana e 40% no SUS, o que dá em média mais da metade dos partos no Brasil. Então qual a motivação de estimular as mulheres a executarem mais cesáreas, sendo que a OMS também recomenda que seja entre 10 e 15%? Ou seja, o nosso país tá muito acima do que é estipulado. Não seria isso anticientífico e que vai ao contrário da legislação e inclusive do que a ciência preconiza? (Deputada Federal Sâmia Bomfim, em audiência pública na Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher, Brasília, julho de 2019)

Os adjetivos “anticientífico”, “antievidências” e “obscurantista” foram repetidos algumas vezes pelas parlamentares do PSOL que, sentadas na primeira fileira do auditório onde ocorria a audiência, questionaram a *publicização* da cesariana por Janaína Paschoal a partir de seu projeto de lei, a ausência de explicações do representante do Ministério da Saúde sobre a condenação do termo *violência obstétrica* em despacho (BRASIL, 2019a), e a fala do médico obstetra e conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Raphael Câmara Parente, que, segundo a Deputada Monica Seixas (PSOL/SP), foi uma *amostra grátis* das formas de

violência obstétrica e de como ela se dá¹⁴⁴. É interessante notar, aqui, a valorização de dados científicos que, segundo as parlamentares do PSOL, não são abordados por Janaína Paschoal. Vê-se aqui um claro exemplo de como argumentos técnicos ganham importância para se discutir política, e de como a técnica não está isenta, ela mesma, de politização (JASANOFF, 2004; SACRAMENTO, COSTA, 2020).

Vimos anteriormente que minhas interlocutoras de pesquisa, bem como muitos ativistas da *humanização*, defendem uma íntima relação entre as noções de *autonomia*, *consentimento* e *informação de qualidade*. O sistema obstétrico no país, reproduzindo *violências* no parto *normal*, acabaria por vender a ideia de que cesarianas são mais benéficas para gestantes e bebês em qualquer situação. Partos repletos de intervenções como episiotomia, Manobra de Kristeller, restrições ao movimento das parturientes, entre outras coisas, seriam resultantes de uma *cultura da cesariana*, ao mesmo tempo em que contribuiriam para a sua perpetuação. Os elementos constituintes desta “cultura” seriam ideias *machistas* e *misóginas* que questionam a sexualidade feminina, que veem o corpo das mulheres como defeituoso, que enxergam a vagina como um lugar do falo (MALACRIDA, BOULTON, 2012). Estas ideias repercutiriam em atendimentos *violentos* que geram medo do parto vaginal e, por consequência, a ideia de que cesarianas são melhores que partos *normais*.¹⁴⁵

Ao defender os direitos das gestantes do SUS de optarem por cesarianas, Janaína Paschoal relata as horas de *sofrimento* que elas passam em trabalho de parto, e afirma que elas querem a cesariana para não enfrentar esse *sofrimento*. Chama a

¹⁴⁴ Monica Seixas justifica sua fala ao dizer que o Doutor Raphael Câmara as ataca “*no campo moral, citando por exemplo a nossa defesa ao acesso ao aborto gratuito, citando por exemplo as cirurgias de alteração de gênero. Porque é o que acontece com as mulheres quando elas querem ter autonomia de debater o seu próprio parto, elas são atacadas no campo moral*”. A afirmação de Monica Seixas diz respeito a dois momentos da intervenção do médico obstetra, em que ele diz que as mesmas ativistas que militam pela descriminalização do aborto e pela cirurgia de redesignação de sexo são as que se opõem à escolha pela cesariana, o que ele vê como contraditório. Raphael Câmara é conselheiro do CREMERJ e tem uma atuação importante de oposição ao uso do termo *violência obstétrica* e a algumas políticas de *humanização do parto*, como o estímulo à assistência por enfermeiras obstétricas e obstetrizes e o uso do plano de parto. Seus posicionamentos públicos sobre o assunto, bem como os que se veem representados em documentos do CREMERJ, serão abordados no capítulo 3.

¹⁴⁵ Para uma análise da ideia de “cultura da cesariana”, ver Cecilia McCullum (2005).

atenção a proximidade do argumento da deputada com o que dizem as ativistas pela *humanização*: os partos *normais* no Brasil estariam recheados de práticas que causam *dor e sofrimento* às mulheres e a *autonomia* pelo próprio corpo não estaria sendo respeitada. Também Janaína Paschoal se refere a *verdadeiras torturas* às quais parturientes seriam submetidas em partos vaginais, usando do mesmo vocabulário descrito no curso de formação. A diferença, contudo, está na proposta de resolução do problema: para ativistas da *humanização*, é preciso dar amplo acesso às *informações de qualidade* sobre riscos e benefícios das diferentes vias de parto, proporcionando, assim, *autonomia* para a decisão. Por sua vez, Janaína Paschoal propõe a ampliação do acesso à cesariana a pedido, o que, para as ativistas, vai de encontro às políticas de redução de cesarianas em curso no Brasil e àquilo que seria preconizado pela OMS. Além disso, o projeto de lei foi objeto de crítica pela proposição de placas em hospitais onde se leria que as parturientes têm direito a escolher a cesariana a partir da 39ª semana de gestação¹⁴⁶, sem mais alternativas sobre como se informar sobre o assunto.

A *Lei da Cesárea* também oferecia como direito o acesso à analgesia, cuja diferença entre farmacológica e não farmacológica não constava no projeto de lei, mas que aparece no texto final, evidenciando a existência de negociações para que a lei por fim aprovada contemplasse alguns pontos defendidos pelas políticas de *humanização*. Ainda que de forma menos contundente, o fato de as controvérsias sobre a analgesia girarem em torno das possibilidades às quais as parturientes podem lançar mão para o alívio da dor também remete às discussões sobre a autonomia das mulheres. Trata-se tanto do direito de escolha entre sentir ou não sentir dor, quanto do acesso às informações acerca das diversas formas de aliviá-la, seja via anestesia, seja via massagens e banhos, por exemplo. Aqui, mais uma vez, a crítica ao projeto de lei da Deputada Janaína Paschoal se relacionava à falta de

¹⁴⁶ “Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: ‘Constitui direito da parturiente escolher cesariana, a partir da trigésima nona semana de gestação’” (SÃO PAULO, 2019a). Na versão final da Lei nº 17137/2019, a redação do Artigo 3 incluiu o parto normal como opção: “Artigo 3º - Nas maternidades, nos hospitais que funcionam como maternidades e nas instituições afins, será afixada placa com os seguintes dizeres: ‘Constitui direito da parturiente escolher a via de parto, seja normal, seja cesariana (a partir de trinta e nove semanas de gestação)’” (SÃO PAULO, 2019b).

discussões mais amplas sobre como dar acesso às gestantes informações sobre seus direitos sem se limitar à exposição de placas nos hospitais e maternidades¹⁴⁷.

Se, por um lado, a defesa da *informação de qualidade* é central nos posicionamentos daqueles que se opunham à *Lei da Cesárea* - dando corpo ao que se entende como *autonomia* e, por consequência, *consentimento* -, por outro lado, para Janaína Paschoal é o direito de escolha, independentemente do que diz aquela *informação*, que prevalece. Isto não significa dizer que a deputada não dá valor à ciência; aliás, na audiência pública na ALESP ela disse estar presente porque queria ouvir a opinião de especialistas sobre o assunto; além disso, repete mais de uma vez em falas públicas que ela estava conversando com especialistas e lendo sobre o tema. Porém, o foco da sua definição de autonomia não passa somente pelo acesso às *evidências de qualidade*. Janaína Paschoal enfatiza diversas vezes elementos ligados à formação das preferências das gestantes, como os contextos sociais nos quais estão inseridas: chegar ao hospital de ônibus e não ter dinheiro para pagar por um plano de saúde ou por uma cesariana, por exemplo. Para a deputada, portanto, o direito de escolha das mulheres que vão parir não deveria se restringir apenas aos eventos médicos e/ou fisiológicos, mas deveria considerar outros aspectos da vida das mulheres. Ou seja, *informações de qualidade*, o direito de escolha e as desigualdades socioeconômicas são acionadas algumas vezes simultaneamente ou separadamente dependendo do contexto ou dos interlocutores em diferentes situações.

O império da autonomia

Ao longo deste capítulo, procurei mostrar como a noção de *autonomia*, tão cara à definição do conceito de *violência obstétrica*, é operada por diferentes atores que participam das querelas em torno deste conceito. Para as ativistas da *humanização do parto* com quem estabeleci interlocução ao longo da pesquisa, *autonomia* pressupõe liberdade de escolha e capacidade de consentir, o que só seria possível diante do acesso ao que se entende como *informações de qualidade*. Estas informações adviriam

¹⁴⁷ Outro aspecto criticado no projeto de lei era a ausência de previsões orçamentárias para o cumprimento do objetivo de oferecer o direito à cesariana a pedido. Esta também foi uma das razões pelas quais, mais tarde, a lei foi considerada inconstitucional.

da *medicina baseada em evidências* realizada em conformidade com o chamado *padrão ouro* das pesquisas, de onde surgiriam dados confiáveis para a atuação em prol da saúde das mulheres e dos bebês.

A centralidade da articulação entre *autonomia, consentimento e informação de qualidade* nesse contexto pode ser pensada como constituinte de uma gramática das políticas de liberdade (ROSE, 2004) que começam a ser traçadas no século XIX e ganham corpo ao longo do século XX na medida em que a ideologia liberal dos governos foi se estabelecendo. Segundo Nikolas Rose (2004), a agenda política liberal tratou de consolidar formas de governar que realizam o fino equilíbrio entre intervir na vida dos indivíduos e populações e garantir suas liberdades individuais. Passa-se a pensar o governo não mais como uma forma de dominar e coagir os indivíduos, ignorando a sua capacidade de agir, mas sim como uma maneira de agir sobre a sua ação: governar significa agir sobre as forças que mobilizam os indivíduos, instrumentalizando-as para moldar as ações, processos e resultados nas direções desejadas. Governar, portanto, significa pressupor a liberdade de ser governado através da demanda e consolidação de normas e leis que garantam essa liberdade. A ideia de liberdade, para Rose, deve ser pensada para além de uma forma de contestação, analisando os modos como ela é legitimada pelos governos: como ela tem sido articulada em normas e princípios de organização da nossa experiência no mundo; como ela é percebida em termos de exercício de poder sobre os outros; como ela tem sido articulada em certas racionalidades colocadas em prática em relação com nós mesmos (p.65).

Rose chama a atenção para o papel central dos expertos no desenvolvimento do que ele chama de tecnologias de responsabilização, que seriam fundamentais para a consolidação do governo da liberdade. No século XIX, a clara distinção entre espaços públicos e privados pressupôs um aprendizado, por parte dos indivíduos, da boa conduta de si para a manutenção da ordem social, resultando na identificação entre os objetivos públicos para a boa saúde da população com o desejo individual de bem-estar e saúde, sem com isso destruir a autonomia da família e dos indivíduos - ao contrário, reforçando-a. Os expertos, por sua vez,

passam a ganhar cada vez mais proeminência ao longo do século XX como aqueles que indicariam as tecnologias para o cuidado de si e dos outros, através de suas racionalidades e verdades, instruindo-nos a como ser saudáveis e colaborando para a consolidação de um mercado voltado para o desenvolvimento da saúde. Trata-se de um mercado que vai além da compra e venda de bens ao desenhar um novo estilo de vida em que indivíduos passam a querer ser saudáveis, a escolher as maneiras de manter a saúde e tornando-se, agora, consumidores com direitos: consumir um estilo de vida que mantenha a saúde dos indivíduos é tanto sua responsabilidade individual quanto um direito a ser garantido pelos governos da liberdade.

Desta maneira, os indivíduos passam a se relacionar com os especialistas de modo mais “horizontal”, não apenas obedecendo instruções vindas “de cima”, mas configurando suas próprias formas de *counter-expertise* e passando a opinar e a escolher aquilo que consideram mais saudável para sua vida. Para Rose, essas transformações levam os indivíduos a serem “não apenas ‘livres para escolher’, mas também *obrigados a escolher*, a compreender e ditar suas vidas em termos de escolhas” (ROSE, 2004, p.87. Grifos do autor.)¹⁴⁸. Passado e futuro passam a ser interpretados como fruto de escolhas realizadas ou a serem feitas. As escolhas individuais são, portanto, vistas como expressões da personalidade daquele que escolhe.

Autonomia, na gramática liberal - que, por sua vez, informa as discussões sobre *violência obstétrica* no Brasil -, está ligada à defesa irrestrita da liberdade de escolha. Ser *autônomo*, nesse contexto, significa poder realizar escolhas. Mais do que isso, significa **querer** realizar escolhas ou mesmo **ter que** realizá-las para o domínio pleno de sua própria vida e sua própria saúde. Para poder fazer escolhas, é preciso ter acesso às *informações de qualidade*, que abrirão um leque de opções para que se reflita sobre elas e se possa escolher o melhor para si. Não ter as informações fornecidas é lido como *violência*, mas ter acesso a elas e realizar escolhas diferentes daquilo que é esperado como o melhor para a saúde da população é lido, por um

¹⁴⁸ Tradução livre. No original: “individuals are not merely ‘free to choose’, but *obliged to be free*, to understand and enact their lives in terms of choice.”

lado, como fruto de “machismo”, de “padrões de gênero”, da “cultura da cesariana” - portanto, ainda uma *violência* - ou, por outro lado, como fruto das vontades e preferências que vão além de questões médicas e fisiológicas.

Por trás dessa gramática está a defesa irrestrita da liberdade e uma noção de que o desejo de ser livre se manifesta de maneira universal (MAHMOOD, 2005; HORTELAN, 2020). Assim, o imbróglio do uso da noção de autonomia no caso da discussão sobre *violência obstétrica* reside nas nebulosidades (FERNANDES et al, 2020) que ela carrega em si mesma quando retirada de um contexto de definição teórica liberal e olhada dentro dos contextos sociais e históricos em que está inserida. Como afirma Flávia Biroli, o “processo de produção das opiniões, das preferências e dos interesses não é individual, mas remete às posições em uma coletividade, em redes desiguais que se estabelecem em contextos sociais concretos” (BIROLI, 2013a, p.81).

No entanto, isso não significa uma equação simples em que se pensa os constrangimentos como determinantes de uma ausência de escolhas ou o abandono de escolhas pré-existentes - ou uma ausência de agência - que seriam suprimidas por relações de poder. Ou, ao contrário, uma equação em que, na percepção das desigualdades, adota-se uma postura de resistência - agente - a padrões impostos e pré-determinados.

Este modelo de agência foi criticado por Sabah Mahmood (2005) por não ajudar a compreender a vida de mulheres “cujo sentido de *self*, aspirações e projetos foram configurados no seio de tradições não liberais” (MAHMOOD, 2005, p.139). Diferentemente de um modelo de agência entendida como sinônimo de resistência, Mahmood propõe que a pensemos como uma “capacidade de ação criada e propiciada por relações concretas de subordinação historicamente configuradas” (p.139). Para a autora, o desejo de liberdade e libertação é historicamente situado e aquilo que o motiva não pode ser assumido de antemão. Antes, é preciso reconsiderá-lo no contexto de outras vontades, outros projetos históricos e outras

capacidades que são inerentes ao sujeito discursiva e historicamente localizado (p.165).

Assim, inspirada por Mahmood, mais do que avaliar se as escolhas das gestantes por uma cesariana ou pelo parto vaginal são livres e conscientes, informadas ou não, ou subordinadas por contextos sociais de pobreza, medo do parto vaginal, ou por relações de poder e autoridade dos profissionais de saúde, me interessou neste capítulo problematizar como essas noções são politicamente mobilizadas nos discursos em disputa, as controvérsias em torno da definição de *autonomia, consentimento e informação de qualidade*, e como isso informa as noções que serão operadas para se definir o conceito de *violência obstétrica*.

As controvérsias em torno do conceito de *autonomia* evidenciadas pela proposição da *Lei da Cesárea* denotam posicionamentos informados pelos ideais liberais que veem a *autonomia* como a capacidade de livre escolha e de decisão sobre um determinado assunto. Ambos os lados da controvérsia enxergam como um fim ideal o alcance de uma *autonomia plena* para a tomada de decisão sobre a via de parto, num claro reflexo dos modos como a gramática liberal de direitos consolidada ao longo do século XX enxerga nos indivíduos a responsabilidade pela própria saúde. As tecnologias de responsabilização - para usar o termo de Nikolas Rose (2004) - que resultam nesse processo de se responsabilizar por si mesmo, são operadas pelos especialistas de modo a trazer os indivíduos ao diálogo, ao questionamento, à refutação, à aceitação, tornando-se *lay experts* (RABEHARISOA; MOREIRA; AKRICH, 2014). Os indivíduos passam a compreender termos médicos e jurídicos em busca da saúde como direito, requisitando não a ausência de normas e prescrições para governar sua liberdade, mas sim sua existência e seu uso em conformidade com aquilo que enxergam como o melhor para si.

O objetivo deste capítulo foi apresentar os modos como são feitas as articulações entre os conceitos de *autonomia, consentimento e informação de qualidade*

nas discussões acerca da *violência obstétrica*. Vimos como, nas controvérsias em torno deste tipo de *violência*, a ideia de que é preciso ter acesso a *informações de qualidade* para o alcance da *autonomia* plena na capacidade de *consentir* determinadas ações sobre os corpos das mulheres é central nos *discursos ativistas pela humanização do parto e do nascimento*.

Este ativismo, de um modo mais amplo, se coloca de alguma maneira no espectro dos discursos considerados de esquerda ao defender pautas como a descriminalização do aborto ou ao ser abraçado por partidos do espectro político de esquerda, como é o caso do PSOL. Por outro lado, personalidades como Janaína Paschoal e Raphael Câmara Parente se apresentam, no atual contexto brasileiro, como representantes dos discursos conservadores de direita, mas reconhecem a importância do respeito à autonomia para que não se cometa uma violência contra a mulher.

Se, por um lado, Janaína Paschoal encontra um paradoxo nos discursos ativistas que, segundo ela, defenderiam a autonomia das mulheres apenas quando a escolha é pelo parto *normal*, por outro lado, a deputada é abertamente contrária à descriminalização do aborto - tema caro às feministas e que está diretamente ligado à questão da autonomia de escolha sobre o próprio corpo nos processos reprodutivos. Neste sentido, o que podemos ver são controvérsias não apenas no que diz respeito às definições de *violência obstétrica*, mas também às próprias definições do conceito de *autonomia*. O caráter fronteiriço do conceito de *violência obstétrica* se manifesta também nas definições de *autonomia*, bem como nas definições de *consentimento* e de *informações de qualidade*.

As ambivalências e porosidades de todos esses conceitos denotam o acionamento de um conjunto de valores como democracia, justiça social, medicina humanizada, liberdade de escolha - enfim, uma miríade de valores prezados neste contexto que compõe a gramática de reivindicações de direitos sexuais e reprodutivos no que diz respeito especificamente ao ciclo gravídico-puerperal. Além disso, denotam também os modos como o fazer científico e intelectual sobre um

determinado assunto se articula com os discursos políticos produzidos sobre ele, evidenciando o caráter situado (HARAWAY, 2005) da produção de saberes sobre um determinado assunto.

Neste contexto de produção de saberes situados, encontram-se determinados grupos profissionais dedicados à assistência ao parto: doulas, obstetrizes, enfermeiras obstétricas e médicos obstetras. Os modos como as controvérsias em torno da *violência obstétrica* são operadas por esses diferentes grupos é o tema do próximo capítulo.

Capítulo 3 - Saberes disputados: os profissionais na cena obstétrica brasileira

Introdução

Quem manda no parto é o médico!, disse um obstetra, irritado ao responder a uma interpelação feita por mim numa mesa redonda do Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal em 2016. Era o segundo dia de evento e eu, em silêncio até então, falei pela primeira vez e me apresentei como antropóloga que pesquisava “a questão do parto”, e que queria saber a opinião dos integrantes da mesa sobre a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes na assistência ao parto e ao nascimento. Coloquei esta pergunta quando senti que as discussões começavam a se acalorar sobre o que estavam chamando de *extremismos*, numa crítica pouco velada ao *movimento de humanização*. Ciente das resistências por uma parte da classe médica à atuação de doulas na assistência às mulheres, evitei mencioná-las e foquei apenas nas enfermeiras obstétricas e obstetrizes. No entanto, ouvi do exaltado obstetra que *doulas precisam entender o seu lugar* e que existe uma *hierarquia técnica que deve ser respeitada*.

Na ocasião, interpretei essa fala como uma confusão por parte daquele obstetra sobre o que fazem doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Afinal, são três profissionais diferentes, com formações distintas – das quais falarei brevemente neste capítulo. Porém, responder se aquele obstetra não sabe a diferença entre as três profissões não é o que é antropológicamente interessante, mas sim compreender o que a não distinção em sua fala diz sobre um campo de disputas em que o poder do conhecimento médico está sendo colocado em questão. Dito de outro modo, trata-se de olhar para falas como essas, em que um médico se coloca hierarquicamente superior a uma outra profissão, como parte de um mecanismo de ação e reação próprio das controvérsias em torno da *violência obstétrica*: o questionamento, pelo *movimento de humanização* e por usuárias, desta posição dita superior – e que muitas vezes é tida como uma das causas dos atos de *violência* –, faz com que uma parte dos

médicos reafirme esta superioridade – e questione este lugar de algoz em que são muitas vezes colocados. E o fazem tanto através de declarações públicas, como a descrita, quanto através da publicação de pareceres e resoluções – que serão objetos de análise neste capítulo – em que buscam consolidar esta hierarquia, ora negando a existência da *violência obstétrica*, ora dando a ela outros contornos e significados.

É importante lembrar a quem lê esta tese, que o *movimento de humanização do parto e nascimento* no Brasil, ainda que tenha contado com o apoio fundamental de uma parcela do movimento feminista e o movimento de usuárias, surgiu a partir sobretudo da insatisfação de uma parte dos profissionais de saúde com o atendimento obstétrico oferecido. Portanto, o papel de profissionais dentro do movimento sempre foi muito importante, e compreender em que medida a atuação de diferentes profissões no debate sobre a *humanização* se reflete nas controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica* se mostrou essencial no decorrer desta pesquisa.

Outro ponto que não pode ser esquecido são as altas taxas de cesarianas no país. Dados de 2018 (BOERMA et al, 2018) apontam para 56% de cesáreas no Brasil, colocando-o no ranking de segundo país com o maior número de partos cirúrgicos no mundo, atrás apenas da República Dominicana. Cesarianas são de competência somente de médicos obstetras, o que por si só já denota uma presença maciça desses profissionais no atendimento ao parto¹⁴⁹. E cesarianas feitas *sem indicação clínica* ou *desnecessariamente*, como já dito anteriormente, são consideradas um tipo de *violência obstétrica*. A associação de médicos ao papel de algoz na díade vítima-algoz é feita, então, praticamente de modo automático.

Isto não significa dizer que outros atos considerados *violência obstétrica* não possam ser cometidos por outros profissionais de saúde. Enfermeiras obstétricas e obstetrizes, e até mesmo doulas, podem estar no papel de algozes em casos desse

¹⁴⁹ Os dados mais recentes, de 2019, indicam que o número de nascidos vivos no Brasil foi de 2.849.146, dos quais 2.510.244 foram de partos atendidos por médicos. Do total de partos vaginais (1.243.104), 925.867 foram assistidos por médicos. Fonte: Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

tipo de *violência*. Com efeito, qualquer pessoa que esteja à frente do atendimento à gestante pode ser vista como algoz: desde o segurança da porta do hospital até o profissional médico que atenda uma paciente. Isto porque, como já vimos, no rol dos atos considerados *violência obstétrica* estão não apenas os procedimentos médicos como a episiotomia e a cesariana, por exemplo, mas também gritos, xingamentos, negligência e humilhação. No entanto, como já explorado anteriormente, as maiores controvérsias sobre esse tipo de violência são do âmbito da ciência, daquilo que se entende como *evidências científicas*, isto é, a falta de consenso sobre a necessidade ou não de se realizar determinados procedimentos durante o trabalho de parto e o parto está no cerne desse campo de disputas sobre o que deve ou não ser considerado *violência obstétrica*.

Se são as chamadas *intervenções desnecessárias* o núcleo central das discussões sobre esse tipo de *violência* no Brasil, isto coloca em evidência a prática de médicos obstetras, cuja formação é considerada *intervencionista* e mais voltada para questões técnicas do que humanistas¹⁵⁰. O que ouvi muitas vezes em pesquisa de campo é que médicos seriam formados para pensar em problemas e doenças, e partos não precisariam ser tratados sob esse ponto de vista, pois seriam um evento fisiológico que deveria ser visto como um evento de saúde, não de doença¹⁵¹. E justamente por médicos serem formados para intervir em situações de problemas, sua presença não seria necessária em casos de partos de *risco habitual*, que poderiam ser totalmente assistidos por obstetras ou enfermeiras obstétricas.

¹⁵⁰Para uma discussão sobre a formação de médicos obstetras e a valorização da técnica, ver Hotismky (2007). Voltarei a esta ideia adiante.

¹⁵¹ Com efeito, quando do meu contato com médicos nos dois congressos de ginecologia e obstetrícia em que fiz campo, tive a percepção de que as falas sobre o evento do parto eram muito mais voltadas para a ideia de risco. Impossível não lembrar das sensações opostas que tive ao participar do Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO) e no IV Congresso Internacional da Humanização do Parto e do Nascimento, da ReHuNa, eventos científicos e militantes da *humanização do parto e nascimento*, e ao participar dos congressos de ginecologia e obstetrícia: nos primeiros, voltava para casa com a vontade de ser mãe aflorada, *banhada em ocitocina*, como gostam de dizer minhas interlocutoras; nos segundos, saía com a certeza absoluta de que nunca colocaria meu corpo em risco para me tornar mãe, pois não valeria a pena passar por tantos problemas de saúde para ter um filho. À parte o fato de estar sendo certamente influenciada pelas ideias da *humanização*, com as quais ora me identifico e ora me distancio para fazer as críticas necessárias, chama a atenção a sensação provocada nos dois tipos de evento, que não acontecem por acaso: o foco de cada um é diferente, sendo um mais voltado para o que pode dar certo no trabalho de parto e no parto e outro mais voltado para o que pode dar errado.

Com efeito, a assistência exclusiva por essas profissionais a gestantes de *risco habitual* é incentivada pela OMS¹⁵², e diversos estudos (HATEM et al, 2008; UNFPA, 2006; WALSH & DOWNE, 2006) vêm sendo feitos para compreender os desfechos perinatais e satisfação materna em casos de partos assistidos por obstetrizes¹⁵³, geralmente com conclusões favoráveis a esta assistência¹⁵⁴. A OMS também incentiva a presença de doulas na cena obstétrica, e apresenta pesquisas que mostram menor incidência de cesarianas quando doulas prestam suporte físico e emocional às parturientes (BOHREN et al, 2019; BOHREN et al, 2017). No entanto, não são raras manifestações públicas, por parte de uma parcela da classe médica brasileira, contra a presença de doulas no cenário do parto, bem como de enfermeiras obstétricas e obstetrizes na linha de frente do atendimento ao pré-natal, parto e pós-parto, ao passo que pouco a pouco estas vão se legitimando como profissionais com as habilidades e competências para tanto. E elas o fazem através de pressões para formulação de políticas públicas que reconheçam e valorizem seu trabalho; ou até mesmo no âmbito da saúde privada, como uma recente resolução da Agência Nacional de Saúde (ANS) que permite o pagamento, via planos de saúde, da assistência pré-natal por enfermeiras obstétricas e obstetrizes¹⁵⁵.

No entanto, ao contrário do que pode parecer até aqui, estas não são um grupo homogêneo de profissionais. Não o são nem em ideias, nem em formação. Há, entre elas, também disputas e conflitos, e muito embora no discurso político apareçam como o lado que se opõe ao poder médico nas controvérsias sobre *violência*

¹⁵² Cf WHO, 2001, 2004 e 2011.

¹⁵³ Os estudos mencionam o termo *midwife*, cuja formação serve de base à das obstetrizes no Brasil. Contudo, a *midwifery* é uma abordagem de assistência ao parto com a qual também enfermeiras obstétricas podem se identificar, ainda que a formação dessas duas profissionais no Brasil seja diferente e objeto de controvérsias. Abordarei essas diferenças e as disputas em torno delas mais adiante e esclarecerei a abordagem da *midwifery*.

¹⁵⁴ Uma revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane (SANDALL et al., 2016) concluiu que “comparadas àquelas atendidas em outros tipos de modelos, as gestantes atendidas em um modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetrizes tiveram menor probabilidade de sofrer intervenções, maior probabilidade de se sentirem satisfeitas com os cuidados recebidos e uma probabilidade semelhante de terem desfechos adversos maternos ou perinatais.” Disponível em: https://www.cochrane.org/pt/CD004667/PREG_assistencia-obstetrica-continua-liderada-por-obstetrizes-versus-outros-modelos-de-assistencia.

¹⁵⁵ Resolução 465, de 24 de fevereiro de 2021 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Abordarei esta resolução adiante.

obstétrica, é importante apontar aqui as diferenças que existem entre elas e abordar, mesmo que brevemente, as diferenças de formação e as resistências por parte da enfermagem em aceitar as obstetrias na cena do atendimento ao parto. Defendo, aqui, a importância desta diferenciação tanto para compreendermos os diversos atores envolvidos nas querelas em torno da *violência obstétrica*, quanto para evidenciarmos as complexidades existentes nesses debates.

Para dar conta destas discussões, dividi este capítulo em duas partes: na primeira, abordo especificamente as diferenças de formação entre obstetrias e enfermeiras obstétricas, trazendo à luz a heterogeneidade deste campo profissional, bem como as disputas e conflitos entre elas; e, na segunda parte, apresento as resistências de uma parte da classe médica à atuação de outras profissionais do parto, bem como as resistências e ressignificações dos usos do conceito de *violência obstétrica* através da análise de resoluções e pareceres e de falas públicas de médicos obstetras.

Parte I – Doulas, obstetrias e enfermeiras obstétricas: arenas de disputas profissionais

Ah, é parto com doula, né?

Antes de iniciar a discussão sobre enfermeiras obstétricas e obstetrias, é muito importante deixar claro que doulas não assistem partos. Isto é, não são profissionais com formação em saúde e não estão aptas a intervir no trabalho de parto e no parto, como fazem médicos obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetrias. Para se tornar uma doula, não é necessário fazer um curso de graduação ou alguma especialização em obstetrícia.

A palavra doula vem do grego e significa originalmente “mulher que serve”. Esta função é muitas vezes apresentada como *milenar e feminina*, posto que o papel de suporte físico e emocional na hora do parto sempre teria sido de mulheres que se colocam ao lado das parturientes para prestar essa ajuda. Com o advento da medicina obstétrica, o apartamento das mulheres da cena do parto e hospitalização

desse evento, a figura da mulher que apoia teria se perdido. Mas atualmente, com o advento de iniciativas de *humanização* da assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, as doulas ganham novo espaço, agora com “treinamento específico sobre fisiologia do parto normal, métodos não farmacológicos para alívio da dor, cuidados pós-natais e aleitamento materno” (HERCULANO et al, 2018, p. 703).

No Brasil, são reconhecidas como uma ocupação na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)¹⁵⁶, tendo como exigência mínima de escolaridade o nível médio. Para se tornarem doulas profissionais, precisam passar por cursos de formação oferecidos, geralmente, por grupos de apoio à maternidade, com cargas horárias variáveis que incluem assuntos como anatomia e fisiologia do parto, importância e papel da doula, entre outros (FERREIRA JÚNIOR; BARROS, 2016, 1397-98).

A atuação de doulas na cena obstétrica vem ganhando proeminência no Brasil e, como resposta a resistências por uma parcela dos profissionais de saúde, elas estão cada vez mais organizadas em associações de doulas, como se vê no Distrito Federal, no Rio de Janeiro e em São Paulo, por exemplo¹⁵⁷. Ao fazê-lo, conseguem dar respostas institucionais a proibições de sua atuação e pressionam assembleias legislativas estaduais e câmaras municipais para aprovação de leis que garantam sua presença em hospitais¹⁵⁸. Além disso, passam a elaborar códigos de ética das doulas, procurando garantir que não haja interferência destas em procedimentos de saúde que não são de sua alçada:

Capítulo III – Do Exercício Profissional

¹⁵⁶ CBO 3221-35. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>. Acesso em julho de 2020.

¹⁵⁷ Ver: <https://www.adosp.com.br/> e <https://doulasrj.com.br/>. Quando da consulta, em maio de 2021, o site da Associação de Doulas do Distrito Federal estava fora do ar.

¹⁵⁸ Já existem algumas leis aprovadas em âmbitos estadual e municipal que garantem a atuação de doulas em ambiente hospitalar. Para efeitos de consulta, cito as seguintes: Lei 7314/2016, Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2016); Lei 16602/2016, Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2016); Lei 10914/2016, Município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2016); Lei 9274/2017, Município de Belém (BELÉM, 2017). Outras leis podem ser consultadas em listagem disponível no site da ReHuNa: <http://rehuna.org.br/acervo/legislacao/>.

20. A doula não realiza nenhum procedimento privativo da equipe médica, de enfermagem ou de parteria que acompanha a cliente, tais como monitorização cardíaca fetal, toques vaginais, suturas, prescrição de medicamentos, entre outros. (ASSOCIAÇÃO..., 2017)

VI – Da atuação das doulas associadas

(...)

2. A doula não deve realizar procedimentos técnicos ou exames físicos dos profissionais de saúde, tais como: exame de toque vaginal, ausculta cardíaca, avaliação da vitalidade do feto, avaliação da progressão do trabalho de parto, avaliação da descida do feto, avaliação da dinâmica uterina, preenchimento de partograma, aferição de pressão arterial e coleta de sangue do cordão umbilical, entre outros.

Parágrafo único. Devendo ficar claro que são papéis distintos o acompanhamento técnico (realizado por médicos, enfermeiros, obstetrias) e suporte contínuo, com enfoque no apoio físico e emocional (realizado pela doula). (ASSOCIAÇÃO..., S/D)

Fazer a diferenciação das doulas em relação às enfermeiras obstétricas e obstetrias importa porque existe uma confusão comum entre os três campos profissionais. Não foram raras as vezes em que, contando sobre minha tese a colegas, amigos e conhecidos, escutei a frase: *ah, é parto com doula, né?* – evidenciando um desconhecimento por parte de quem está fora deste campo de discussões sobre o que faz uma doula na cena do parto.

Conforme mencionado brevemente no capítulo 1, é muito comum no universo da *humanização do parto* a trajetória de usuárias que passaram pela experiência da parturição e que, por causa disso, decidem se tornar doulas. Mais tarde, parte delas decide se dedicar às profissões de enfermeira obstétrica ou obstetria, podendo aí sim atuar como profissionais de saúde. Este embaralhamento de atividades de trabalho pode ser uma das explicações pelas quais existe confusão entre elas, bem como a provável interferência que doulas realizam nas decisões de profissionais de saúde durante a assistência obstétrica.

Digo “provável” porque meu trabalho de campo não foi realizado em hospitais ou qualquer outra cena de parto, mas por mais de uma vez escutei dentro do próprio campo da *humanização* acerca desta *interferência* realizada por doulas em

assuntos que não seriam de sua alçada. A literatura também relata casos em que médicos ou enfermeiras se incomodam com a presença das doulas na cena do parto (HERCULANO et al, 2018)¹⁵⁹. E as próprias redações dos códigos de ética das associações de doulas do Rio de Janeiro e de São Paulo, que trago acima, denotam um possível campo de disputas sobre até onde as doulas podem atuar, em um movimento de reconhecimento do lugar que elas ocupam na cena do parto, que é o do suporte contínuo, com enfoque físico (através de massagens, por exemplo) e emocional.

À medida que a demanda por usuárias pela presença de doulas em seus partos aumenta, há resistência por parte de hospitais em deixá-las entrar com as gestantes. Muitas vezes, a condição é de que elas entrem como acompanhantes previstas na Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), o que vem sendo questionado por usuárias, doulas e profissionais alinhados com as ideias da *humanização*: doulas deveriam ser entendidas como profissionais treinadas para dar apoio físico e emocional, e os acompanhantes são pessoas de livre escolha da gestante, sem nenhum tipo de treinamento para tal¹⁶⁰. É para reagir contra esse impedimento, portanto, que ativistas da humanização vêm conseguindo fazer aprovar leis que garantam a entrada de doulas em instituições de saúde, como já mencionado.

Nesta tese, ainda que eu não pretenda discutir o trabalho da doula com profundidade, é fundamental esclarecer que mesmo que não sejam profissionais de

¹⁵⁹ A título de ilustração do argumento, trago dois trechos de entrevistas realizadas pelas autoras e presentes no artigo (HERCULANO et al, 2018): “[...] estava prescrito ocitocina, e a minha função é fazer o que está prescrito, aí a doula disse: ‘não coloca agora não a ocitocina, deixa eu trabalhar um pouquinho com ela’. (Técnica de Enfermagem 5)” (p.707); “Elas instigam as pacientes contra os profissionais [...]. Geram animosidade entre as partes, repercutindo negativamente na paciente, que dá mais importância a elas do que à gente [...], elas interpretam condutas médicas como violência obstétrica. (Médica Obstetra 17)” (p.708).

¹⁶⁰ Com o advento da pandemia de COVID-19 em 2020, esse campo de disputas ficou ainda mais acirrado: doulas passaram a ser proibidas de entrar em hospitais onde a sua presença já era garantida, em virtude de se evitar maiores aglomerações dentro das salas de parto. Além disso, quando do início da campanha de vacinação, mesmo tendo sido incluídas como prioridade por serem consideradas profissionais de saúde no Plano Nacional de Imunização, houve casos em que os municípios não as consideraram como grupo prioritário, como foi o caso da cidade de Campinas-SP. Ver, sobre o impedimento da entrada de doulas em hospitais Marques, 2020 e Parlamentares..., 2021. Por fim, para uma análise acerca dos efeitos da retórica da excepcionalidade sobre os direitos sexuais e reprodutivos, ver Sacramento e Pulhez (2020).

saúde *stricto sensu*, possuem sim um papel importante no debate sobre *violência obstétrica* no Brasil. Não é demais reforçar que o universo da *humanização* tem como parte fundamental os profissionais de saúde, mas de longe é composto apenas por eles. Doulas, assim como usuárias, advogadas, terapeutas holísticos, legisladores, procuradores, juízes, entre tantas outras personagens que vêm debatendo a *humanização* do parto no Brasil, têm um papel a ser considerado na luta contra a *violência obstétrica*. E doulas, por estarem presentes na cena do parto, são consideradas essenciais para a construção do debate. Como ouvi mais de uma vez em pesquisa de campo, *doulas são testemunhas da violência obstétrica, por isso ninguém quer que elas participem do parto*¹⁶¹.

Após esclarecer, portanto, que doulas não podem assistir partos, passo agora às diferenciações e disputas entre enfermeiras obstétricas e obstetrizes, ambas profissionais de saúde aptas a atenderem partos vaginais *sem distócias*¹⁶². Suas formações se distinguem entre si, e ambas são diferentes da formação de um médico obstetra, o qual deve cursar uma faculdade de medicina e fazer a residência em obstetrícia para poder assistir partos. Médicos são a única profissão considerada apta a atender partos *distócicos* e realizar cesarianas, sendo essas atribuições fora da alçada das enfermeiras obstétricas e das obstetrizes.

Obstetrizes e enfermeiras obstétricas

Antes de começar este item, faço um breve esclarecimento: a palavra *parteira*, aqui, quando usada, será sempre em referência às obstetrizes formadas pelos cursos de parto ou, mais atualmente, pelo Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP), a única instituição que oferece esta formação nos dias de hoje no Brasil. As *parteiras tradicionais* – como são chamadas aquelas que atendem em zonas rurais ou distantes

¹⁶¹ Isto não significa dizer que doulas não possam ser algozes quando de uma denúncia sobre *violência obstétrica*, mas são consideradas sobretudo aliadas do movimento de *humanização*, aliadas das mulheres que querem parir *naturalmente* e aliadas no processo de questionamento das práticas obstétricas vigentes.

¹⁶² *Distócias* são quaisquer complicações que podem comprometer o bom andamento do parto. Para uma definição mais detalhada, ver Fabrasgo(2017).

de instituições de saúde, e que geralmente aprendem a atender partos através do ensinamento de outras mulheres, mais velhas, que aprenderam com outras mulheres, e assim por diante – não serão abordadas nesse item¹⁶³. Não porque não sejam importantes na cena obstétrica brasileira, mas apenas porque aqui me interessa mostrar as disputas em torno de formações profissionais oficiais que, ao longo do século XX, passaram por diversas modificações, incorporações e rupturas. As *parteiras tradicionais* são uma figura importante, sim, no debate sobre *violência obstétrica*, mas não na mesma chave das controvérsias existentes entre as profissões de obstetrix, enfermeira obstétrica e médico. Geralmente, costumam aparecer nos debates como personagens atemporais, “que sempre existiram”; mulheres que sabem seu ofício por dom e por tradição e, por não atenderem partos em hospitais, são associadas a um tipo de parto mais próximo à natureza – e, por isso, são admiradas¹⁶⁴. Com efeito, as discussões sobre *violência obstétrica* estão muito focadas na hospitalização do parto e sua conseqüente *medicalização*, o que de algum modo parece colaborar para que *parteiras tradicionais* sejam admiradas pelo atendimento *natural* dos partos.

¹⁶³ No livro *Parteiras, Buchudas e Aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará* (2005), Soraya Fleischer coloca em suspenso adjetivos costumeiramente dados a parteiras, como “tradicionais”, “curiosas” ou “empíricas”, e tensiona as discussões em torno da clássica oposição entre tradição e modernidade. Para ela, dotar as parteiras de tais adjetivos seria necessariamente advogar por uma cristalização no tempo, como se seu trabalho fosse imutável e impermeável às mudanças e influências, e fechar os olhos para as relações de poder que permeiam a retórica que colocam as parteiras como “antagônicas” à biomedicina (p.303). Neste sentido, Fleischer está claramente se contrapondo a toda uma corrente de estudos sobre parteiras que tendem a classificar seu trabalho como “natural” ou “sagrado” e problematiza o que ela denomina como a “panaceia salvacionista da ‘humanização do parto’” (p.18), que olha para as parteiras como mulheres dotadas do “verdadeiro” conhecimento sobre o atendimento obstétrico. Concordando com as críticas de Fleischer, mantenho *parteiras tradicionais* em itálico para marcar que este é um termo usado por minhas interlocutoras e meus interlocutores de pesquisa.

¹⁶⁴ Isso não as isenta, contudo, de serem alvo também de rechaço por parte tanto de obstetrixes quanto de enfermeiras obstétricas e médicos, cada qual a seu modo. Podem tanto ser associadas à ignorância, sendo alvo de políticas públicas de treinamento de parteiras na chave da biomedicina, quanto serem criticadas por colaborarem com uma visão negativa da assistência *humanizada*. Explico: em 2017, a *parteira tradicional* e enfermeira obstétrica, Dona Maria dos Prazeres foi agraciada com o título de Patrimônio Vivo de Pernambuco. No evento de solenidade, afirmou ter feito 6 mil partos com *óbito zero*. Sua declaração gerou incômodo em parte de profissionais obstetrixes, que disseram que este tipo de afirmação em nada ajudava o movimento de *humanização* do parto, por ser uma *mentira*, já que seria estatisticamente impossível que não tenha havido nenhuma morte materna ou neonatal em 6 mil partos. Observei esta pequena controvérsia num grupo de Facebook do qual participo, e isto foi objeto de análise da antropóloga Elaine Müller no Seminário sobre Medicalização do Parto na Fiocruz em 2018. A intervenção de Müller está disponível em Seminário...,2018. Para uma notícia sobre Dona Maria dos Prazeres, ver *Pelas mãos...*,2018.

Ciente de que este é um debate que poderia ser aprofundado nesta tese, admito que esta é uma dimensão que não abordarei aqui. O foco deste item será a formação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas e a compreensão das disputas em torno da sua atuação e formação. No entanto, não posso deixar de recomendar a leitura da produção sobre assistência parto da historiadora Maria Lúcia de Barros Mott, em particular seus artigos sobre Mme. Durocher¹⁶⁵, a primeira parteira diplomada do Brasil; e um artigo intitulado *Bibliografia comentada sobre assistência ao parto no Brasil (1972-2002)*¹⁶⁶, onde podemos recolher uma vasta bibliografia sobre não apenas assistência ao parto de um modo geral, mas também sobre *parteiras tradicionais* no Brasil.

Segundo Riesco e Tsunechiro (2002), foi no século XIX que o Brasil criou seu primeiro Curso de Partos. O curso foi criado em 1832 junto às escolas médicas, quando da transformação das Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia em Faculdades de Medicina. Surge, então, uma legislação sobre o ensino de parteiras, o qual, de 1832 a 1949,

foi objeto de diversos decretos que determinaram a denominação dos cursos, as exigências para admissão de candidatas, o currículo a ser seguido e o título conferido - parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetritz e enfermeira obstétrica. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p. 450)

A denominação “obstetritz” teria aparecido pela primeira vez no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, como título conferido às suas formandas, na turma de 1922 a 1925. O termo reapareceria em texto legal, regulamentando o exercício da enfermagem profissional em 1955, distinguindo a obstetritz do enfermeiro, auxiliar de enfermagem, parteira, enfermeiro prático ou prático de enfermagem e parteira prático (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p.450). A enfermagem, por sua vez, teve sua primeira escola profissional criada em 1890 - a Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospício Nacional dos

¹⁶⁵ Ver, por exemplo, Mott, 1994.

¹⁶⁶ Mott, 2002.

Alienados, no Rio de Janeiro –, tendo visto sua proliferação por vários estados brasileiros a partir do início do século XX.

De acordo com as autoras, foi no final do século XIX que se começou a pensar na associação do trabalho da parteira e da enfermeira no Brasil, a partir de uma formação unificada. Essa perspectiva, que partia de médicos, buscava

mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital. (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002, p.450)

Observou-se, então, uma série de legislações que criaram, modificaram, regulamentaram ou extinguiram formações de profissionais aptas a atender partos: em 1925, encerrou-se o curso de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; em 1927, ocorreram alterações no currículo da Escola de Parteiras de São Paulo, com a inclusão da disciplina de Enfermagem Geral no programa; esse mesmo curso, em 1931, passou a se chamar Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, conferindo o título às formandas de Parteira e Enfermeira Especializada (RIESCO, TSUNECHIRO, 2002). Em 1939, funda-se o Curso de Enfermagem Obstétrica anexo à Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, mas por ter tido sua formação considerada precária, foi proposta a criação da especialização em Obstetrícia. É o início da prática que mais tarde, em 1949, foi incorporada à legislação oficial: as escolas de enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas a partir de um Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

As duas formações – a de parteira e a de enfermeira – passam, então, a coexistir e, com a crescente hospitalização dos partos, o seu campo de atuação começa a ser objeto de disputas entre parteiras, enfermeiras e médicos. Entre as duas primeiras formações, as disputas giravam em torno da qualidade de formação: de um lado, enfermeiras reivindicando que, para se tornar parteira, era preciso primeiro se formar enfermeira; e de outro, parteiras argumentando que as duas profissões eram afins, mas distintas, e por isso não era possível que as enfermeiras com um ano

de especialização tivessem as mesmas competências que aquelas que se formaram diretamente em obstetrícia.

Foi na década de 70 que os cursos de obstetrícia foram totalmente incorporados aos cursos de enfermagem, sob a justificativa de similaridade entre os currículos¹⁶⁷. Assim, até o ano de 2005, quando da fundação do Curso de Obstetrícia da EACH-USP, a única via não médica para a formação em assistência ao nascimento e ao parto normal no Brasil era através de uma pós-graduação *lato sensu* em obstetrícia após a graduação em enfermagem.

Em termos legais, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, datada de 1986 e em vigor até a atualidade, considera as obstetrizes profissionais da enfermagem, conforme se lê abaixo:

Art. 6º - São enfermeiros:

(...)

II - o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;

(...)

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. (BRASIL, 1986)

Tanto a lei quanto o Decreto 94.406, de 1987 (BRASIL, 1987), que a regulamenta, deveriam garantir a atuação das obstetrizes na assistência ao parto. Porém, quando a primeira turma do Curso de Obstetrícia da USP se formou, no final de 2008, suas egressas encontraram dificuldades jurídicas para a sua atuação, dado que não conseguiam o registro da profissão no Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), conselho supostamente responsável pela profissão de obstetriz. De acordo com Berenice, obstetriz que entrevistei, formada na EACH,

¹⁶⁷ Segundo entrevista com uma *obstetriz das antigas*, como é costumeiro denominar as parteiras formadas antes da década de 70, a absorção pela enfermagem dos cursos de obstetrícia teve também razões políticas, pois não se tratou apenas de uma “comodidade” de adequação de currículos, mas sim de disputas políticas em torno das formações de profissionais não médicos para a assistência obstétrica.

durante muito tempo as egressas do curso precisaram atuar via liminar judicial, o que dificultou muito a inserção dessas profissionais no mercado de trabalho:

A primeira turma prestes a se formar...[e] o COREN-SP disse que ele não iria registrar as obstetrias, mesmo tendo lei que assegurava isso pra gente. Como a gente atuaria sem ter um registro profissional? Eis que a briga foi formada. Essa briga se estendeu até o meu ano de formatura. Então, a quarta turma foi a última turma a recorrer ao Ministério Público pra ter esse direito garantido. A ideia, entre a primeira e quarta turma de obstetrícia era: a gente finalizava a graduação, recorria até o Ministério Público, que entrava com um pedido de liminar pro conselho registrar a gente. Então a gente era registrada sob uma liminar de justiça. E quando eles [o COREN] começaram a emitir os números de registros de obstetrias, eles faziam questão de deixar na carteirinha que era sob liminar judicial. E em paralelo, na época, o presidente do COREN-SP era radicalmente contra as obstetrias e fez de tudo que ele pôde fazer para dificultar a inserção das obstetrias. Então ele fazia questão que as carteirinhas fossem emitidas com essa observação. A gestão dele emitia pareceres pros hospitais que contratavam obstetrias e nesses pareceres ele dizia que o conselho não se responsabilizava pelas obstetrias e não recomendava a contratação. Pelo contrário, sugeria que as gestões hospitalares demitissem as obstetrias contratadas. E essa foi uma das primeiras brigas em relação à regulamentação das obstetrias. Até hoje, quando eu pago o COREN, eu tenho a sensação de estar dando dinheiro pro inimigo. Porque assim, não existe mais esse presidente, mas a influência dele ainda tá no COREN-SP e no COFEN. (Berenice, obstetriz formada na EACH-USP. Entrevista em março de 2021)

Em 2011, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução 378/2011 que proibia a “inscrição de portadores do diploma do curso de obstetriz nos Conselhos Regionais de Enfermagem do País” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011), sob a justificativa de que a grade curricular mínima de formação de um enfermeiro generalista não era cumprida pelo curso da EACH. Além disso, a resolução também cita o Decreto 94.406/87 – que regulamenta a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem –, cujo artigo 1º afirma:

O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região. (BRASIL, 1987)

A Resolução 378/2011 lança mão do artigo supracitado, mas não menciona que o mesmo decreto considera a obstetriz um profissional da enfermagem (o decreto usa a mesma redação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem,

citada anteriormente). É interessante notar uma certa “guerra normativa”, em que leis, pareceres, resoluções, decretos, entre outros, surgem para invalidar ou reforçar determinadas decisões, revelando as disputas existentes sobre um determinado assunto. Neste caso, a querela em torno de quais profissionais não médicos podem atender partos no Brasil se traduziu numa disputa curricular que, segundo Berenice e também Joana e Marly – duas docentes do Curso de Obstetrícia da EACH-USP que entrevistei –, poderia ser interpretada como um incômodo sentido pelas enfermeiras com um perfil *mais questionador* das obstetrites. Para uma delas, as enfermeiras, de uma maneira geral, são *mais submissas* aos médicos, reproduzindo as relações de poder por eles impostas. Para Joana e Marly, as estudantes de obstetrícia são *mais militantes, mais organizadas*, e provocam desconforto nas enfermeiras, que não teriam um perfil muito participativo no que diz respeito às questões mais políticas da profissão¹⁶⁸. Entre outras coisas, este caráter *mais militante* viria, segundo as três entrevistadas, provavelmente do fato de o currículo do Curso de Obstetrícia ser bastante voltado para as Ciências Humanas, com disciplinas como Antropologia e Políticas de Saúde da Mulher, por exemplo.

O questionamento do currículo do Curso de Obstetrícia pelo COFEN e pelo COREN-SP como muito pouco próximo à formação de um enfermeiro parece ter levado a uma modificação na grade curricular do curso, que na época significou o acréscimo de um semestre na graduação em obstetrícia. Este teria sido o acordo para que o COREN-SP e o COFEN passassem a registrar as obstetrites¹⁶⁹ e também para que o curso não fechasse suas portas. Isto porque, em 2011, o curso foi ameaçado de fechamento pela USP. Na ocasião, os cursos da EACH passaram por uma avaliação de um Grupo de Trabalho designado pelo então diretor da Escola, e o relatório final decorrente das discussões do GT (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011)

¹⁶⁸ Acredito que um olhar mais atento à história da formação dos conselhos de enfermagem poderia ajudar a compreender melhor o envolvimento mais político de enfermeiras e enfermeiros na atuação da profissão. Este não é o objetivo aqui, mas menciono o assunto para inspirar futuras pesquisas.

¹⁶⁹ Em 2012, o COFEN publicou a Resolução 420/2012, que suspendeu os efeitos da Resolução 378/2011, possibilitando que as obstetrites passassem a ser registradas pelos conselhos regionais. A revogação foi considerada pelos defensores da atuação das obstetrites uma vitória importante para elas, mas, segundo a obstetrite entrevistada, elas ainda enfrentam dificuldades de registro quando saem do estado de São Paulo. Atualmente, a única instituição que oferece um curso de obstetrícia no país está na USP, o que acaba centralizando o debate no estado paulista.

considerou que o Curso de Obstetrícia deveria passar por uma readequação do currículo, mas que naquele momento seria difícil de ser realizado. A recomendação, então, foi a transferência de vagas para a Escola de Enfermagem e a permanência, na EACH, do “ensino da enfermagem obstétrica, que seria ministrado pelos docentes da EACH e oferecido, igualmente, a todos os alunos da enfermagem” (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011, p.20)¹⁷⁰. Na prática, isso significaria extinguir a formação em obstetrícia e manter o mesmo modelo de especialização da enfermagem na área obstétrica, como já acontecia desde a década de 70¹⁷¹.

Em relação ao acréscimo de disciplinas, segundo Joana - uma das docentes do Curso de Obstetrícia que entrevistei -, de fato houve uma negociação para a modificação do currículo, mas isso fez parte também de um processo de avaliação interna do curso:

Naquela época, a gente já estava avaliando a formação...a gente já tinha 3 turmas de egressos com instrumentos de avaliação que solicitavam ou inclusão de disciplinas ou uma carga maior da prática, e os próprios docentes também discutindo mudanças nas disciplinas pra aprofundar a área de ciências humanas e sociais, pra melhorar a área específica de assistência obstétrica, pra incluir disciplinas de biológicas que não tinha...eu não estou criticando o primeiro currículo, porque eles tiveram que fazer um currículo para o pacote montado pela reitoria. (...) Foram incluídas disciplinas do eixo de biológicas, que era uma demanda dos alunos. Tinha muita resistência dentro da EACH pela inclusão dessas disciplinas, mas a gente bateu o pé que era importante. Por exemplo, Anatomia e Fisiologia, é uma disciplina muito importante, é base pras outras disciplinas de assistência. Microbiologia, Parasitologia, tudo isso foi incluído no currículo. (Joana, docente do Curso de Obstetrícia da EACH-USP. Entrevista em março de 2021)

Por outro lado, para Berenice, obstetriz formada na EACH, o acréscimo de disciplinas teria sido desnecessário e despropositado, já que na formação original as obstetrizes já teriam passado pelos mesmos conteúdos. A diferença, para ela, é que, originalmente, conteúdos como Parasitologia e Microbiologia eram dados numa perspectiva da saúde integral das mulheres que, em suas palavras, são *mais do que um*

¹⁷⁰ Segundo o relatório - que ficou conhecido como Relatório Melfi, pelo fato de o GT ter sido presidido pelo ex-reitor da USP Adolpho José Melfi -, a procura pelo curso caiu de 8,92 candidatos por vaga em 2007 para 5,20 em 2011, o que também deveria ser considerado uma razão para a transferência das vagas para a Escola de Enfermagem.

¹⁷¹ Mais informações em D'Alama, 2011.

útero com pernas, ao passo que as disciplinas complementares seriam muito mais fragmentadas.

O que me chamou a atenção nessa modificação curricular, pela maneira como ela me foi contada, foi a proeminência da técnica sobre a formação em humanidades: se certamente houve uma série de fatores que possibilitaram que obstetrizas passassem a ser registradas pelos conselhos de enfermagem, o acréscimo de disciplinas mais técnicas ao curso parece ter tido um peso considerável.

A importância da técnica foi observada por Sônia Hotimsky e Lilia Schraiber (2005) em um artigo no qual discutem a *humanização do parto e do nascimento* na formação em obstetrícia (na medicina). O texto traz um relato de uma aluna de um curso de medicina que ilustra bem esse ponto:

O fato é que, para a grande maioria das pessoas aqui, e em qualquer lugar que eu já tive contato até o momento, aulas como Psicologia Médica, Saúde Integral da Mulher ou qualquer outra que tende mais para o lado da Medicina Social, dão a sensação que não é medicina. Isso aqui é um papo que a gente bate de vez em quando. Então se você quer marcar um compromisso, você marca para aquela aula. Se você quer matar alguma aula (...) vai ser aquela aula. Você não dá a mesma importância para Psicologia ou para Relação Médico-Paciente que você dá para uma aula de Anatomia, Fisiologia, ou Patologia. Eu acho que é uma coisa implantada, não sei de onde. Você já chega na faculdade com esse comportamento e, com o passar dos anos, ele vai se sedimentando. (Entrevista com aluna de medicina em HOTIMSKY, SCHRAIBER, 2005, p. 643. Citação em itálico no original.)

A lógica de uma maior valorização de disciplinas mais técnicas - como Anatomia, Fisiologia ou Patologia nas faculdades de medicina - parece também estar presente na querela Enfermagem X Obstetrícia. Segundo Narchi, Silva e Gualda (2012), a formação das enfermeiras obstétricas tende a ser mais centrada no modelo biomédico; portanto, mais fragmentada e focada no uso de tecnologias que não consideram as mulheres dentro de um contexto biopsicossocial. Já a formação das obstetrizas é voltada

para o compromisso com a cidadania e a busca de soluções de problemas contemporâneos e [trata-se de] uma formação específica que integra dimensões biológicas, psicossociais e culturais no

processo de cuidado e assistência às mulheres, suas famílias e comunidade. (NARCHI; SILVA; GUALDA, 2012, p. 514)

De acordo com as autoras, o modelo de formação das obstetrias da USP foi baseado nas diretrizes definidas pela *International Confederation of Midwives (ICM)* e pela OMS para a promoção da maternidade segura e para a formação de parteiras profissionais (NARCHI, SILVA, GUALDA, 2012, p.513). Para o ICM (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2019), *midwives* são pessoas que completaram com sucesso um programa de ensino baseado nas competências essenciais para a prática da *midwifery*. Entre as competências estão: assistência à saúde da mulher e do feto; promoção da saúde e do bem-estar da mulher; detecção de complicações durante a gravidez; o cuidado de mulheres em caso de gravidez indesejada; assistência à mulher durante o trabalho de parto, promovendo os processos fisiológicos e o nascimento seguro; o cuidado imediato de recém-nascidos; detecção e resolução de complicações na mulher e no bebê; assistência contínua à saúde da mãe e do bebê; educação em saúde; apoio à amamentação; fornecimento de serviços de planejamento familiar.

Midwife é uma palavra que, de acordo com Narchi, Silva e Gualdo (2012), não encontra tradução em português e por isso, para elas, é possível dizer que muitas enfermeiras obstétricas se identificam com o termo em inglês, se autodenominando obstetrias. Isto porque a formação de uma *midwife* prevê as competências acima e uma preocupação com a *humanização* da assistência ao parto e ao nascimento, cujas premissas procuram pensar as mulheres como um ser integral, levando em consideração as dimensões biopsicossociais de sua vida. *Midwife* (inglês), *sage-femme* (francês), *matrona* (espanhol), e tantos outros termos em diferentes línguas, são nomenclaturas dadas a mulheres – e eventualmente homens – que assistem partos e a saúde de outras mulheres. E as formações profissionais, as diferenciações para com a assistência dita tradicional, as negociações, as disputas, os acordos e os desacordos em torno de quais profissões não médicas podem atender partos normais são localizados histórica e culturalmente. No Brasil, a tradução acabou por ser obstetria, mas a identificação com os princípios da *midwifery* pode se estender àquelas

enfermeiras obstétricas que são críticas ao modelo biomédico prevalente na assistência obstétrica brasileira¹⁷².

Conforme afirmam Narchi, Silva e Gualda (2012), o Curso de Obstetrícia da EACH-USP foi criado para tentar sanar a deficiência de profissionais não médicos especializados no atendimento ao parto no Brasil que, de acordo com a OMS, contribuiria para a redução dos índices de cesariana e da mortalidade materna (WHO, 2004)¹⁷³. É importante lembrar das discussões realizadas no primeiro capítulo desta tese, em que apresento uma breve contextualização sobre o *movimento de humanização do parto e nascimento* no Brasil, e atentar para o recrudescimento dessas discussões nos anos 2000: o Curso de Obstetrícia abriu sua primeira turma num cenário favorável à sua criação, em que as questões da *humanização* estavam ganhando cada vez mais espaço. Segundo uma das docentes da EACH, anos antes já se havia tentado criar o curso dentro da Escola de Enfermagem, mas a proposta não foi bem recebida. Com o surgimento do projeto de fundação da EACH, o curso ganhou um espaço de acolhimento e pôde abrir suas portas no primeiro semestre de 2005¹⁷⁴.

¹⁷² Isto é importante dizer, pois apesar das muitas disputas em torno do Curso de Obstetrícia, segundo Marly, várias professoras da Escola de Enfermagem da USP apoiaram a formação do curso, o que denota a heterogeneidade de pensamentos em torno da questão.

¹⁷³ Um dos pontos levantados por Joana, Marly e Berenice é o fato de a carência de profissionais da enfermagem obstétrica estar muito ligada à própria formação em enfermagem: por terem uma formação para além da obstetrícia, muitas das enfermeiras contratadas para a assistência obstétrica acabam sendo deslocadas para outras funções dentro dos hospitais, de acordo com as demandas de cada espaço. Nesse sentido, a formação de obstetrizes viria para complementar o rol de profissionais aptos ao atendimento ao parto vaginal.

¹⁷⁴ A EACH, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, foi fundada em 2005 e conta com dez cursos de bacharelado e um de licenciatura: Biotecnologia, Educação Física e Saúde, Gerontologia, Gestão Ambiental, Gestão de Políticas Públicas, Lazer e Turismo, Marketing, Obstetrícia, Têxtil e Moda, Sistemas de Informação e Ciência da Natureza (licenciatura). Tem como um de seus valores a interdisciplinaridade, oferecendo a todos os alunos um Ciclo Básico de disciplinas, privilegiando a integração entre ciências, artes e humanidades. Está localizada na Zona Leste da capital paulista, em razão da necessidade da comunidade local de contar com o acesso à universidade pública, e tem como princípio norteador promover a interação com as comunidades da região (Fonte: <http://www5.each.usp.br/>). Segundo Joana e Marly, pela proposta inovadora e pela localização, a EACH foi vista com maus olhos por integrantes dos *campi* da USP Oeste (nos bairros do Butantã e de Pinheiros), que tendiam a vê-la como de qualidade inferior pelo perfil de alunos que ali ingressam. Isto, de acordo com elas, também explica as resistências ao Curso de Obstetrícia.

De acordo com Joana, o curso contava, até o momento da entrevista¹⁷⁵, com quase 500 egressas, dado que ela menciona com entusiasmo, comemorando um número que consideraram alto. Lembro-me da impressão que eu tive quando deste comentário: o que são 500 obstetrizes – sendo que nem todas vão atuar na assistência direta¹⁷⁶ – num país de dimensões continentais como o Brasil? – me perguntei. O tom de celebração, contudo, diz bastante sobre os significados da luta política pela criação e resistência do Curso de Obstetrícia. Para as docentes, não se trata de apenas mais um curso, mas sim de um projeto político.

A força da *midwifery* brasileira, mesmo que advinda de um grupo pequeno de pessoas, pôde ser vista recentemente na Resolução 465, de 24 de fevereiro de 2021, da ANS (BRASIL, 2021). Esta resolução passa a permitir que planos de saúde cubram o pré-natal, o parto e o pós-parto assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, e é um dos resultados da Ação Civil Pública, aberta pelo Ministério Público de São Paulo em 2010 contra a ANS, para a averiguação das altas taxas de cesariana na saúde suplementar. Se quem lê esta tese se lembra, foi a Parto do Princípio, rede de mulheres usuárias do sistema suplementar de saúde, que agenciou a abertura desta Ação¹⁷⁷, denotando o caráter de ativismo baseado em evidências (RABEHARISOA; MOREIRA; AKRICH, 2014) do *movimento pela humanização*: um ativismo que une *lay experts* e *experts* lado a lado e que também é composto pelo atravessamento destes dois grupos. Dito de outro modo, uma Ação agenciada por usuárias gerou um resultado direto no trabalho de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, numa espécie de parceria entre usuárias e profissionais não médicas em prol da diminuição das taxas de cesariana.

Diferentemente do sistema suplementar, o SUS prevê a atuação das enfermeiras obstétricas no acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal desde 1998, através da publicação da Portaria 2.815/98 pelo Ministério da Saúde (BRASIL,

¹⁷⁵ Março de 2021. A entrevista foi feita em conjunto com ambas as docentes.

¹⁷⁶ As docentes mencionaram o fato de que várias das egressas do curso não foram atuar como obstetrizes, seja pelas dificuldades na inserção no mercado de trabalho, seja por escolherem a trajetória acadêmica.

¹⁷⁷ Ver capítulo 1.

1998b)¹⁷⁸. De acordo com Berenice, tanto enfermeiras obstétricas quanto obstetrizes se tornam funcionárias do SUS através de concursos públicos ou processos seletivos, embora as obstetrizes enfrentem dificuldades com as Organizações Sociais da Saúde – OSS¹⁷⁹, cujos gestores seriam, em sua maioria, segundo ela, contra a formação das obstetrizes¹⁸⁰.

Isso tem sido uma briga bem ferrenha...aliás, tem uma OS que é a [nome da OS], a gestora responsável pela contratação de enfermeiras obstétricas já disse que enquanto ela ocupar aquele cargo, em nenhum hospital que a OS dela tá inserida vai existir obstetriz. (Berenice, obstetriz formada na EACH-USP. Entrevista em março de 2021)

No que diz respeito aos hospitais privados, Berenice relata que hoje em dia existem alguns que contratam obstetrizes, mas ainda são raros. E, além disso, quando contratam, exigem das profissionais um curso de complementação em enfermagem.

A obstetriz, depois de formada, ela pode ir até uma universidade privada e fazer uma complementação. Em um ano ou seis meses eu tenho um diploma de enfermeira, naqueles moldes bem bizarros. (...) Uma vez que você tem essa complementação, o hospital privado abre as portas. E o que levou muitas obstetrizes a fazer esse curso de complementação é a dificuldade de inserção. (...) Eu não faria uma complementação, essa é uma das piores coisas que pode ter. É tipo um tiro no pé, é como se a gente tivesse atestando que a nossa formação é ruim e ela não é ruim. (Berenice, obstetriz formada na EACH-USP. Entrevista em março de 2021)

A fala acima denota mais um exemplo das controvérsias em torno da formação de obstetrizes no país. A exigência de uma complementação em enfermagem viria para preencher supostas lacunas na formação daquelas profissionais. Mais uma vez, gostaria de chamar a atenção para o componente da importância da técnica que emerge dessas disputas: *o movimento de humanização do*

¹⁷⁸ Considerando a Lei da Enfermagem de 1986, as obstetrizes foram incluídas na Portaria.

¹⁷⁹ De acordo com a Lei Federal 9.637/1998 (BRASIL, 1998a), Organizações Sociais são “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”. Para um olhar crítico sobre o modelo de gestão da saúde via OSS, ver Moraes et al (2017).

¹⁸⁰ Também Castro et al (2017) trazem relatos de obstetrizes que enfrentam dificuldades de trabalho com gestores de OSS: “Minha chefe me dizia que o... [OSS] não contrata Obstetrizes por não confiar no profissional... eles consideram que a Obstetriz não é apta a exercer as funções do projeto Parto Seguro”. (Relato de obstetriz apud Castro et al, 2017, p.317, grifos das autoras)

parto no Brasil tem como uma de suas bases teóricas a noção de *modelo tecnocrático* na atenção obstétrica, noção cunhada pela antropóloga estadunidense Robbie Davis-Floyd.

Robbie Davis-Floyd elabora em seu livro *Birth as an American Rite of Passage* (1992) um quadro conceitual em que define três modelos de assistência ao parto: o tecnocrático, o humanizado e o holístico. De maneira resumida, o modelo tecnocrático pressupõe a separação entre mente e corpo e o entendimento do corpo como uma máquina. Seria o modelo predominante no Brasil, por exemplo, onde a medicina dividiria os sujeitos em partes e enxergaria o corpo feminino como uma máquina defeituosa necessitada de constantes reparações. A metáfora usada é a do hospital como fábrica, o corpo feminino como máquina e o bebê o resultado de um processo de produção industrial. Já o modelo humanizado vem como contraponto ao tecnocrático. Ele pressupõe a conexão entre mente e corpo; reconhece o corpo como um organismo com dores e emoções; entende o paciente como um sujeito na relação de cuidados com os profissionais de saúde; valoriza a comunicação entre pacientes e profissionais, bem como o compartilhamento de decisões sobre a saúde. Por fim, o modelo holístico percebe uma unicidade entre corpo, mente e espírito; entende profissionais e clientes (e não pacientes) como uma unidade essencial; valoriza a cura vinda de dentro dos clientes, que são trazidos à responsabilidade pela própria cura; possui uma visão a longo prazo de saúde e bem-estar.

Para Davis-Floyd (1992), o termo tecnocracia diz respeito ao uso de uma ideologia do progresso tecnológico como uma fonte de poder político (p.47). Consequentemente, o termo expressaria não apenas as dimensões tecnológicas desse modelo, mas também as suas dimensões hierárquicas e burocráticas. As instituições médicas, por sua vez, seriam - sob seu ponto de vista- um dos campos onde a tecnocracia se impõe como modelo; sendo assim, nelas imperariam a padronização dos cuidados e dos atendimentos, respeitando hierarquias técnicas e burocratizando procedimentos.

É importante lembrar que Robbie Davis-Floyd é uma referência no universo da *humanização* do parto no Brasil, conforme relatei no primeiro capítulo desta tese. Também Carmen Tornquist (2001) observou o papel que esta antropóloga e ativista desempenha na *humanização do parto* no Brasil, relatando ter ouvido, em seu trabalho de campo, o termo “musa da humanização” para se referirem a ela. Com efeito, Davis-Floyd aparece em muitas cenas do meu trabalho de campo, seja no *workshop* ministrado por ela na IV Conferência de Humanização do Parto e do Nascimento da Rehuna, que relatei no primeiro capítulo, seja na trilogia de documentários *O Renascimento do Parto*. Nesse sentido, pode-se notar a reverberação das suas ideias no *movimento de humanização do parto* no Brasil e, no que diz respeito à discussão sobre as disputas entre enfermeiras obstétricas e obstetrizes, é possível entrever o quanto a questão da técnica domina o debate.

Por um lado, há uma resistência à formação de obstetrizes por uma suposta falta de domínio técnico. Por outro, a visão de que a enfermagem segue um modelo tecnocrático, que fragmentaria as mulheres em um *útero com pernas*, para lembrar as palavras da obstetriz formada pela EACH. Ainda que a grade curricular do Curso de Obstetrícia não tenha sido objeto de análise desta pesquisa – e nem a dos cursos de enfermagem –, é de se supor que disciplinas como “Antropologia do Parto” abordem as formulações teóricas de Davis-Floyd e outras autoras como Emily Martin – com uma abordagem feminista e marxista sobre o corpo feminino e a reprodução¹⁸¹ – e Brigitte Jordan, cujo conceito de **conhecimento autoritativo** reverbera em textos acadêmicos brasileiros¹⁸². Todas estas abordagens acerca da medicalização do corpo feminino tendem a criticar o que se vê como um excesso de

¹⁸¹ Segundo Daniela Manica (2006), a antropóloga estadunidense Emily Martin, em seu livro *A mulher no corpo* (2006 [1987]), parte de uma perspectiva feminista e marxista para discutir os aspectos culturais em torno das concepções científicas acerca da reprodução e do corpo feminino. No que diz respeito ao parto, sua análise o coloca metaforicamente como um processo de trabalho, tendo como norteadoras, portanto, as ideias de produtividade, meios de produção, máquinas e falhas de produção. Para a autora, o corpo é objetificado pela prática médica através do controle, da padronização e da tecnologia da gestação, do parto e da amamentação. Leva ao limite, assim, a ideia de alienação do corpo feminino, reivindicando a restauração do contato das mulheres com seus próprios corpos (MANICA, 2006, p.465-466).

¹⁸² Ver, por exemplo, Diniz (2005), Fleischer (2005) e Tempesta (2018). O conceito de conhecimento autoritativo será abordado adiante.

intervenções advindo de uma visão desse corpo como defeituoso por natureza e que, por isso, precisaria da tecnologia para corrigir esses defeitos.

É importante dizer que, ainda que a denúncia de excesso de intervenções pareça traduzir a clássica oposição entre natureza e cultura, os modos como essas caras noções à antropologia são operadas no universo da *humanização* do parto não podem ser simplificados como uma oposição rígida e imutável. Não se trata de negar o cultural em prol da natureza, mas sim de transformá-lo para trabalhar a favor do que se considera natural. A tecnologia, constantemente apontada como excessiva e desnecessária em muitos casos, é reatualizada nos partos ditos *humanizados*: massagens, rebozo, acupuntura, bola de Pilates, escada de Liang, banheira, entre outras técnicas disponíveis são usadas durante o processo de parturição. Ainda que frases de efeito como “*a mulher sabe parir e o bebê sabe nascer*” sejam frequentemente ditas para reforçar a “*naturalidade*” do parto, o *movimento de humanização do parto* não apoia a falta de assistência. Pelo contrário, preza pelas chamadas *evidências científicas*, as quais estão muito longe de negar o uso de técnicas no atendimento obstétrico¹⁸³.

Contudo, o que se vê são controvérsias em torno das *evidências científicas*. Embora muitas vezes mencionadas em afirmações pouco flexíveis como “*as evidências científicas mostram*”, como tantas vezes presenciei em pesquisa de campo, também o modo como elas são mobilizadas me chamou a atenção durante toda a pesquisa. Um episódio que presenciei ilustra bem essa ideia: ao chegar no final de uma mesa redonda no Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal para assistir àquela que começaria logo em seguida, escutei um dos palestrantes dizer que *evidência científica é um negócio muito engraçado, porque dependendo do que você quer mostrar, você usa o dado de um jeito ou de outro*. (Obstetra em final de palestra no Congresso de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal, outubro de 2016)

“De um jeito ou de outro”, *evidências científicas* vão ser mobilizadas para defender ou contestar procedimentos realizados durante o trabalho de parto e o parto, e a identificação de certas técnicas usadas como *violência obstétrica* é onde

¹⁸³ Trabalhei os modos de se operar natureza e cultura no universo da *humanização* em Pulhez (2015).

moram as maiores controvérsias. Passo agora às visões de entidades médicas sobre a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrizas no atendimento ao parto, bem como sobre a atuação de doulas. A partir da análise de resoluções e pareceres, mostro como parte da comunidade médica é resistente ao atendimento obstétrico por aquelas profissionais. Além disso, destaco os modos como a oposição ao trabalho delas está associada a uma resistência ao próprio conceito de *violência obstétrica*, e procuro apresentar as formas com que a questão da hierarquia técnica aparece neste debate.

Parte II – Quem pratica a *violência obstétrica*?

Resistências ao uso do conceito de *violência obstétrica* ¹⁸⁴

Como dito anteriormente, as maiores controvérsias em torno do conceito de *violência obstétrica* moram nos procedimentos realizados. Além de casos de xingamentos, gritos ou mesmo agressões físicas, como tapas no rosto para que as mulheres se calem, procedimentos técnicos como episiotomia, manobra de Kristeller, entre outros, ganham o status de violentos. As entidades médicas, por sua vez, reconhecem que existem o que eles chamam de *casos raros* de profissionais que tratam mal suas pacientes, mas são bastante resistentes à ideia de que os procedimentos médicos em si possam ser violentos¹⁸⁵. Atribuem isto a supostos *modismos* perpetuados por pessoas tidas como *não capacitadas* na arte de partejar e alertam, por exemplo, para os riscos aos quais as gestantes estariam sendo submetidas ao se decidirem por um parto domiciliar planejado. Argumentam que o parto seria um evento de *alta complexidade*, sujeito a *imprevistos* cuja rápida resolução só seria possível em contexto hospitalar. No que diz respeito aos partos em hospital, criticam a apresentação de planos de parto denominados *irresponsáveis*, que buscariam *restringir a autonomia* do médico e *criminalizariam* procedimentos *muitas vezes necessários*. Criticam, também, a presença de doulas que *não sabem seu lugar* e que

¹⁸⁴ As ideias apresentadas a partir daqui foram desenvolvidas também em Pulhez (2021).

¹⁸⁵ É importante dizer que casos de más práticas de médicos costumam ser analisados e julgados internamente pelos conselhos regionais e federal de medicina. Não se trata, portanto, de um fechar de olhos às situações que ocorrem durante os atendimentos, mas de visões heterogêneas acerca dos desfechos de saúde que levam à abertura de um processo interno.

interferem no trabalho do médico, sendo elas pessoas que *não têm capacitação* para atender partos.

A polêmica está presente em diversos âmbitos: em pareceres redigidos pelo CFM, em resoluções promulgadas pelos conselhos federal e regionais de medicina e de enfermagem, nas portarias que regulamentam o exercício da obstetrícia no país. São documentos que refletem posicionamentos divergentes das classes profissionais e que revelam disputas que abalam aquilo que Brigitte Jordan (1993) chamou de conhecimento autoritativo.

Brigitte Jordan, antropóloga alemã radicada nos Estados Unidos e autora do livro *Birth in Four Cultures* (1993), define conhecimento autoritativo (*authoritative knowlegde*) como um tipo de conhecimento que está legitimado num dado contexto social e que, com frequência, deslegitima outras formas de conhecimento coexistentes. Segundo ela, a “constituição do conhecimento autoritativo é um processo social contínuo que tanto constrói como reflete as relações de poder dentro de uma comunidade de prática.”¹⁸⁶ (JORDAN, 1993, p. 152. Tradução livre.) Importante dizer que conhecimento, para a autora, não é uma substância detida por indivíduos, mas sim um estado alcançado colaborativamente dentro de uma comunidade de prática (*community of practice*).

Por conhecimento autoritativo eu quero dizer, então, o conhecimento cujos participantes [da comunidade de prática] concordam ser aquele que conta numa situação particular, que *eles* veem como significativo, com base no qual *eles* tomam decisões e fornecem justificativas para tomadas de ação. É o conhecimento que dentro de uma comunidade é considerado legítimo, significativo, oficial, digno de discussão e apropriado para justificar determinadas ações por pessoas comprometidas com o cumprimento das tarefas a serem feitas. (JORDAN, 1993, p.154. Grifos da autora. Tradução Livre)¹⁸⁷

¹⁸⁶ No original: The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice.

¹⁸⁷ No original: By authoritative knowledge, I mean, then, the knowledge that participants agree counts in a particular situation, that *they* see as consequential, on the basis of which *they* make decisions and provide justifications for courses of action. It is the knowledge that within a Community is considered legitimate, consequential, official, worthy of discussion, and appropriate for justifying particular actions by people engaged in accomplishing the tasks at hand.

Nesse sentido, trata-se de um conhecimento que está em constante negociação e em disputa e que, no caso dos debates sobre *violência obstétrica* no Brasil, está sendo colocado em questão. O conhecimento obstétrico construído por parte da comunidade médica passa a ser contestado como o único legítimo ou significativo, tendo agora que lidar com novos conhecimentos que surgem e que se querem tão ou mais dignos de discussão quanto é o da comunidade médica. Vemos emergir, então, a tentativa de dar mais relevância aos saberes mobilizados por outros profissionais de saúde, como as enfermeiras obstétricas e as obstetrizes que se identificam com os valores da *midwifery*, bem como aos saberes de doulas e usuárias do sistema de saúde, configurando uma busca por horizontalidade dos conhecimentos.

Como haveria de se esperar, essa contestação não é recebida sem resistência e tem gerado algumas reações de médicos e suas entidades representativas. Num parecer do Conselho Federal de Medicina (2014) sobre uma consulta acerca dos Centros de Parto Normal (CPN), a médica pediatra que solicita um posicionamento do conselho afirma:

*Sou médica pediatra e trabalho como plantonista numa maternidade municipal em Londrina-PR. Há 20 anos. Nesta maternidade temos obstetras, pediatras e anestesistas 24 horas. Agora a Prefeitura está implantando o Projeto Cegonha do Ministério da Saúde e para que venha a verba é necessário que seja construída, anexa ao prédio da maternidade (até 200m), uma casa de parto, sendo que esta será de responsabilidade de enfermeiras. Só que nós como plantonistas da maternidade em anexo teremos que dar suporte para essa casa de parto. **Ou seja, quando complicar, vão despejar essas pacientes para a maternidade! Outro absurdo: retrocesso total, nessa casa de parto o bebê não terá assistência do pediatra!** (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, p. 1. Grifos meus)*

O texto da pediatra acima demonstra uma clara preocupação com os casos de partos que podem apresentar complicações e que, por isso, serão *despejados* na maternidade onde os médicos obstetras e pediatras serão os responsáveis por atendê-los. Na perspectiva da médica e, também, do parecer, existem riscos quando partos são atendidos exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Os CPNs (ou Casas de Parto) foram regulamentados em 1999 (BRASIL, 1999a; BRASIL, 1999b) e foram definidos como unidades de saúde onde se presta “*atendimento humanizado e de*

qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias” (BRASIL, 1999b). Em 2009 (BRASIL, 2009b), 2011 (BRASIL, 2011) e 2015 (BRASIL, 2015a) o Ministério da Saúde (MS) alterou a regulamentação dos CPNs. No entanto, a sua definição permaneceu muito semelhante à original, referindo-se aos locais no quais os *partos sem distócia* podem ser atendidos por uma equipe composta por enfermeiras obstétricas, obstetrizes e técnicos em enfermagem, sem a necessária presença de médicos obstetras, pediatras, anestesistas e neonatologistas¹⁸⁸.

A não obrigatoriedade da presença de um médico nos CPNs é questionada no parecer do CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014). Para o relator, *“a falta de estrutura adequada, de recursos humanos e de uma unidade de referência próxima podem representar riscos imensuráveis à população atendida nesses locais”*. E acrescenta que o CFM redigiu a Resolução 2056 em 2013 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013) na qual estabelece que *“os partos normais, em gestantes de risco habitual, realizados por parteiras e enfermeiras obstétricas, em maternidades ou Centros de Parto devem ser supervisionados por médicos nos termos do artigo 22 parágrafos 10 e 20 desta resolução”*. No artigo 22, por sua vez, lê-se: *“é vedado ao médico delegar a outro profissional ato privativo de médico, mesmo quando integrante de equipe multiprofissional”*.

Munido destes textos normativos, o relator conclui que, apesar das recomendações do Ministério da Saúde sobre a atuação exclusiva de enfermeiras obstétricas e obstetrizes em CPNs, é preciso exigir, para o funcionamento destas Casas de Parto,

a supervisão do médico obstetra, a proximidade (até 200 metros) de hospital com toda a infraestrutura médica e técnica para o atendimento de intercorrências com a paciente e/ou o recém-nascido, e ainda a imediata avaliação deste pelo pediatra plantonista do hospital de suporte, mesmo nos casos em que não ocorra qualquer intercorrência. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, p.4. Grifos meus)

¹⁸⁸ Centros de Parto Normal ou Casas de Parto podem ser dentro do hospital (intra-hospitalares), fora dele (extra-hospitalares) ou ao lado (peri-hospitalares). Em todos os tipos, segundo a legislação vigente, não é necessária a presença de um médico, sendo de responsabilidade de enfermeiras obstétricas ou obstetrizes o atendimento aos partos vaginais.

O que é possível observar neste parecer é o que chamei há algumas páginas de “guerra normativa”, isto é, um embate representado pelos textos normativos entre as recomendações do Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Medicina. Se, por um lado, há publicações do Ministério da Saúde estimulando que partos de *risco habitual* sejam atendidos por enfermeiras obstétricas e obstetrizes, redigindo portarias que regulamentam a atividade, por outro, parte da classe médica luta contra tais recomendações a partir da promulgação de resoluções, tais como a citada no parecer.

Ao menos desde o final da década de 90, o estímulo do Ministério da Saúde à não necessidade de médicos durante o atendimento obstétrico esteve em conformidade com recomendações da OMS sobre o papel da parteria (*midwifery*) para a melhoria na assistência ao parto (WHO, 2001; 2004; 2006), graças, sobretudo, à formação de cunho *menos intervencionista* de obstetrizes e enfermeiras obstétricas¹⁸⁹, o que, por sua vez, contribuiria para uma menor *medicalização* dos processos reprodutivos. Contudo, uma parte da classe médica parece não se sentir representada quando se trata das discussões acerca da *humanização do parto e do nascimento*, chegando a afirmar que foram apartadas do debate pelo Ministério da Saúde, conforme se lê em outro parecer publicado pelo CFM em 2018:

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. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 3-4. Grifos meus.)

O parecer acima foi publicado em resposta a uma consulta do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal sobre a proliferação de leis sobre *violência*

¹⁸⁹ É importante lembrar, contudo, que a formação mais ou menos *intervencionista* de enfermeiras obstétricas e obstetrizes é objeto de disputas entre essas profissionais.

obstétrica nos últimos anos. Trata-se de um texto interessante para pensar os modos como parte da classe médica vem entendendo o debate sobre *violência obstétrica* e que evidencia a sensação de apartamento dessas discussões, conforme o trecho em destaque. Para o conselheiro-relator deste parecer, o médico Ademar Carlos Augusto, o termo *violência obstétrica* é inadequado e deveria receber outra designação, posto que a *verdadeira violência é institucional*, dada a ausência de condições adequadas para o atendimento, como a falta de leitos e de insumos; e dado que a *violência* contra a gestante não é cometida apenas por obstetras, mas também por outros profissionais de saúde e “*outros personagens envolvidos no atendimento à mulher*” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p.11).

Na apreciação do conselheiro-relator, a valorização do trabalho das enfermeiras obstétricas e doulas não deveria acontecer em detrimento do trabalho dos médicos, que vêm sendo, segundo ele, exclusivamente responsabilizados pelas “*mazelas da ineficiência do acesso à saúde*” (p.11). Isto seria fruto de “*movimentos político-ideológicos*” que vêm “*influenciando negativamente na harmonia das equipes profissionais*” (p.11), uma vez que os obstetras observam sua participação diminuída e questionada através de uma série de regras e protocolos do Ministério da Saúde. Neste sentido, afirma:

O CFM repudia os atos que reduzem a participação dos médicos obstetras na integralidade do atendimento à gestante, assim como na demonização progressiva a que esta especialidade está sendo exposta, em especial pela responsabilização dos graves indicadores de mortalidade e morbidade na área materno-infantil. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018, p. 12. Grifos meus)

No que parece ser uma tentativa de demonstrar que o aumento da morbimortalidade materna não é de responsabilidade dos médicos, o obstetra Raphael Câmara Medeiros Parente, conselheiro do Conselho Federal de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), afirmou, em artigo no jornal *O Globo* (PARENTE, 2018), que o aumento da mortalidade materna na cidade do Rio de Janeiro tem relação direta com a retirada de médicos obstetras do atendimento do pré-natal e do parto. Segundo ele, entre os anos de 2015 e 2017, naquela cidade, “*as consultas realizadas por*

obstetras caíram de um patamar já muito baixo, de 15%, para apenas 4%. Ou seja, em cada cem consultas de pré-natal da rede municipal de saúde, apenas quatro são feitas por obstetras!”, sendo metade realizadas por enfermeiras e o restante por médicos generalistas. E continua: “*Além do pré-natal, os partos feitos por obstetras na rede municipal caem ano a ano, o que coincide com o aumento da mortalidade materna. Os partos por enfermeiros subiram de menos de 18,7%, em 2015, para 23,3% em 2017*” (PARENTE, 2018).

Parente compreende a ausência do obstetra na assistência à gravidez e ao parto como fator determinante para a piora na qualidade do atendimento obstétrico. Para ele, existiria uma superioridade no conhecimento do obstetra que deve ser respeitado enquanto aquele que detém o conhecimento legítimo, que é o melhor para a saúde do binômio mãe-bebê, e que vai garantir às gestantes, parturientes e nascituros a melhor assistência possível.

É nesse sentido que Parente e o CREMERJ vêm se colocando veementemente contra certas políticas que podem ser lidas como estimuladoras da *humanização do parto* e como combatentes da *violência obstétrica* nos sentidos dados pelo *movimento pela humanização do parto*¹⁹⁰. Como dito na Introdução desta tese, em 2012, o CREMERJ pediu a cassação do CRM do médico Jorge Kuhn, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por ele ter defendido, em rede nacional de televisão, o parto domiciliar. No mesmo ano, o Conselho também redigiu resolução proibindo os médicos do estado do Rio de Janeiro de prestarem assistência a partos domiciliares (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2012), que foi, mais tarde, revogada pela Justiça (BRASIL, 2014b). E, em janeiro de 2019, publicou nova resolução dificultando, para as gestantes, a realização de planos de parto (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019a).

¹⁹⁰ Cabe lembrar que os próprios sentidos dados ao conceito de *humanização* também são polissêmicos, como já apontava Simone Diniz em sua tese de doutorado (2001). Dizer que Parente e o CREMERJ se colocam contra as políticas de *humanização* não é o mesmo que dizer que eles são a favor de que se cometa *violência* contra as mulheres no parto, mas sim que os sentidos dados por eles à *humanização* também são diferentes daqueles preconizados por diversas políticas públicas colocadas em prática nas últimas décadas.

Planos de parto são documentos elaborados pelas gestantes, preferencialmente em diálogo com o profissional de saúde que realiza o pré-natal, em que elas enumeram uma série de preferências, desejos e expectativas para o momento do parto. Para Raphael Parente, o grande problema deles são as *imposições* quanto aos procedimentos a serem adotados durante o trabalho de parto. Neste sentido, enquanto integrante da Grupo de Trabalho em Saúde Materno-Infantil do CREMERJ, elaborou a Resolução nº 293/2019, que diz:

Art. 1º É vedado ao médico aderir e/ou subscrever documentos que restrinjam ou impeçam sua atuação profissional, em especial nos casos de potencial desfecho desfavorável materno e/ou fetal.

Art. 2º A vedação contida no art. 1º não abrange as demais medidas sugeridas pela paciente no que se refere à ambiência, autorização para participação como espectador do parto, dentre outras que não se relacionem com a prática do ato médico. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019a)

Diversas respostas foram produzidas a esta Resolução; por exemplo, uma recomendação da Defensoria Pública da União e do Ministério Público Federal (BRASIL, 2019g) para que houvesse a sua revogação ou, então, um parecer do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, contestando a proibição de médicos de assinarem um plano de parto.

(...) devemos falar sobre o PLANO DE PARTO como algo que é um direito da mulher, muitas das vezes uma comunicação simples baseada nas evidências científicas e apenas confirmando a sua autonomia. (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO, 2019)

No entanto, para o autor da Resolução do CREMERJ, o plano de parto não deve ser um documento que aborde os procedimentos médicos, algo que podemos interpretar que o COREN-RJ prevê ao mencionar o termo *evidências científicas*. Em uma palestra proferida em 29 de março de 2019, no Seminário Parto e Aborto¹⁹¹, Parente afirmou que não se trata de restringir às gestantes o direito de escolher o acompanhante, por exemplo, mas de limitar escolhas em torno de procedimentos

¹⁹¹ Organizado pelo CREMERJ, o seminário contou com a participação de representantes de entidades médicas e deputados e deputadas estaduais e federais responsáveis pela elaboração de projetos de lei relativos ao assunto. Agradeço a um amigo, médico no estado do Rio de Janeiro, por facilitar o acesso ao link do seminário, fechado para médicos daquele estado.

médicos (ou atos médicos) que seriam por vezes necessários durante o trabalho de parto. Para ele, haveria um desconhecimento por parte daqueles que redigem os planos de parto sobre a necessidade dos procedimentos e exigir que alguns não sejam feitos feriria a *autonomia médica*. Segundo o obstetra, vêm crescendo

modismos na obstetrícia, que são deletérios à boa prática médica e que colocam em risco a gestante e o conceito, além de interferirem de forma perigosa no Ato Médico. A situação se tornou tão grave que, atualmente, quem muitas vezes decide os procedimentos a serem tomados pelos obstetras são pessoas sem preparo para decisões que envolvem vida e morte. (PARENTE, 2019. Grifos meus.)

Sob seu ponto de vista, são os médicos os detentores do conhecimento válido, e outros profissionais não poderiam querer se sobrepor. Sobre isso, disse bastante exaltado em sua palestra:

Vocês vão me desculpar, mas quem vai falar pra mim o que tá certo e o que tá errado não é a doula! Quem vai falar pra mim o que tá certo e tá errado é o obstetra! Eu não vou discutir ato médico de vida ou morte com quem não é obstetra! Não vou! (Palestra de Raphael Câmara Medeiros Parente no evento Parto e Aborto)

Na fala acima, doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrizes parecem ser colocadas todas no mesmo plano, um plano inferior ao conhecimento detido pelos médicos obstetras. Mas chama a atenção a referência à doula: provavelmente, pesa o fato de que esta é considerada uma personagem importante na divulgação de informações para as gestantes e, além disso, porque acompanham o trabalho de parto, acabariam interferindo em assuntos técnicos que não são de sua alçada, como discutido no início deste capítulo. Na pirâmide hierárquica de saberes, as doulas ocupariam a base, uma vez que o saber/fazer da doula seria visto como subjetivo, intuitivo e não técnico. Por isso, aos olhos de outros profissionais, a sua presença seria substituível e até mesmo dispensável.

Se lembrarmos da cena que abre este capítulo, em que o médico palestrante se irrita com minha pergunta e afirma com veemência que *quem manda no parto é o médico*; e se tivermos em conta as discussões feitas na seção anterior sobre a importância que a questão da técnica ganha nesse contexto de controvérsias,

podemos pensar, então, que o conhecimento não técnico das doulas se opõe ao conhecimento técnico de obstetras – assim como o de enfermeiras que, segundo Herculano et al (2018), também entram em conflito com as doulas –, e seria a ausência do “verdadeiro” conhecimento um dos fatores responsáveis pela *demonização* dos procedimentos médicos, o que geraria malefícios à saúde da gestante e do bebê.

Assim, no tocante à chamada *violência obstétrica*, este é um termo que, de acordo com alguns documentos oficiais das entidades médicas, deveria ser abolido, pois ele seria uma clara perseguição aos obstetras, uma vez que se entende que isso os estigmatiza e transforma os cuidados médicos em atos de *violência*. Dizer que a realização de cesarianas ou que a adoção de determinados tipos de procedimentos no parto constituem *violência obstétrica* é compreendido por parte dos médicos como uma forma de apartamento dos obstetras de um cuidado que lhes pertenceria hierarquicamente, a partir de um domínio da técnica. O termo teria sido criação de movimentos sociais e feministas de *cunho ideológico*, que apoiariam um trabalho entendido como menos qualificado para o atendimento ao parto. Tratar-se-ia, assim, de um *lobby* das enfermeiras obstétricas, obstetrizes e doulas para reservarem a si um nicho de mercado, em detrimento de um atendimento “verdadeiramente” seguro e de qualidade. Conforme a fala de uma médica no evento Parto e Aborto, numa mesa intitulada *Violência contra o obstetra*:

Quando eu relaciono a violência aos procedimentos, eu relaciono a violência com os obstetras, e eu estou dizendo que o médico é violento. Eu tô afastando o médico da assistência e muita gente tem interesse nisso e a gente tem que tomar cuidado. (Palestra Violência contra o obstetra no Seminário Parto e Aborto do CREMERJ)

Para ela, a sociedade brasileira está enfrentando um processo de *demonização dos procedimentos médicos, uma desvalorização do papel dos médicos, um assédio para cumprir metas inatingíveis* - numa clara referência à taxa de 15% de cesarianas preconizada pela OMS. Além disso, para o caso de transferências por complicações, são os obstetras sempre considerados os *responsáveis por desfechos desfavoráveis*. Eles estariam na *linha de frente*, assumindo aquilo que seria, sob esse

ponto de vista, fruto de uma *violência institucional*, e não *obstétrica*: falta de insumos, falta de profissionais, remuneração ruim, falta de leitos, entre outros. Nesse sentido, todos sofreriam *violência institucional*: profissionais de saúde e gestantes.

A partir da análise dos documentos citados e do que foi observado ao longo do trabalho de campo em eventos públicos, pude perceber que, para uma parcela da classe médica, a utilização do termo *violência obstétrica* seria por si só uma *agressão* ao obstetra, ou uma *violência contra o obstetra*. Por estas razões, para esta parcela de médicos, o termo deveria ser abolido.

Esta demanda dos médicos parece ter sido atendida pelo Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2019, culminando num despacho em 3 de maio daquele ano, que condenava o uso do termo *violência obstétrica*. Segundo o documento, “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.” (BRASIL, 2019a)

Pautando-se na definição oficial da OMS do termo violência¹⁹², afirma-se no despacho que o ato de violência tem necessariamente um caráter de intencionalidade, o que não se aplicaria ao caso do atendimento obstétrico, pois “acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019a). Isto posto, o termo *violência obstétrica* seria impróprio, não agregaria valor e “estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada”.

O despacho do Ministério da Saúde surpreendeu toda a comunidade envolvida nas discussões sobre o assunto. Notas de ONGs foram divulgadas condenando a decisão (NASCER DIREITO, 2019). A OAB Mulher do Rio de Janeiro publicou nota oficial repudiando o veto (GAUDIO, 2019). O Conselho Nacional dos

¹⁹² “Uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (WHO apud BRASIL, 2019a).

Direitos Humanos expediu recomendação ao Ministério da Saúde para desconsiderar o despacho (BRASIL, 2019b). Uma série de reportagens foi escrita condenando a decisão e questionando as razões pelas quais o Ministério teria adotado essa postura (CANCIAN, 2019; BRANDALISE, 2019; LARA, 2019), já que, até então, ele teria sido parceiro nas políticas de *humanização do parto* e no combate à *violência obstétrica*.

O Ministério Público Federal, por sua vez, recomendou que o Ministério da Saúde atue no combate à *violência obstétrica*, em vez de proibir o uso do termo (BRASIL, 2019c). Também o Conselho Federal de Enfermagem (2019) endossou a Recomendação do MPF e se posicionou contrário ao despacho.

Por outro lado, o CREMERJ publicou uma nota de apoio ao despacho do Ministério da Saúde, em que cita a posição do conselheiro Raphael Câmara Medeiros Parente:

Há anos lutamos para que o termo “violência obstétrica” deixe de ser usado, pois abre brechas contra o obstetra, o demonizando e o colocando como culpado, sendo que, na verdade, ele é vítima junto com a gestante. O que existe na verdade é uma violência institucional por meio de maternidades sem condições e muitas como verdadeiras masmorras medievais Brasil afora, sem obstetras, pré-natal sem médicos, falta de segurança, salários péssimos e isso quando se recebe sem tomar calote, vínculos precários sem concurso. Tudo isso são fatores que atingem as gestantes e também aos médicos. É contra isso que as pacientes devem lutar e não contra nós, médicos atizados por pessoas de viés ideológico antimedicina. É uma luta do atual Cremerj resolver este problema. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2019b)

Em declaração à Folha de São Paulo, em reportagem sobre o assunto (CANCIAN, 2019), o conselheiro Ademar Carlos Augusto, autor do parecer nº 32/2018, citado anteriormente (BRASIL, 2018), afirmou que a definição de *violência obstétrica* tem um *viés ideológico* e essa discussão teria vindo importada de países com *viés socialista*, como a Argentina e a Venezuela. Revela-se, aqui, uma associação entre a luta pelo fim da *violência obstétrica* com bandeiras *socialistas* ou *de esquerda*.

Mais tarde, o despacho foi revisto pelo Ministério da Saúde, por meio de um ofício (BRASIL, 2019d), em resposta à Recomendação do Ministério Público Federal, em que se reconhece

o direito legítimo das mulheres em usar o termo que melhor represente suas experiências vivenciadas em situações de atenção ao parto e nascimento que configurem maus tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, assim como demonstrado nos estudos científicos e produções acadêmicas que versam sobre o tema ¹⁹³.

Os casos acima relatados mostram que negar o uso do termo *violência obstétrica*, ou afirmar que o que existe na realidade é *violência contra o obstetra*, ou então *violência institucional*, é parte constitutiva das controvérsias que procuram definir *violência obstétrica*. Além disso, o próprio debate científico em torno das práticas obstétricas – que, como todo debate científico também é político, porque parte de um saber situado (HARAWAY, 1995) –, ora considerando um procedimento *desnecessário* e, por isso, *violento*, ora considerando um procedimento *necessário* e, por isso, *não violento*, constitui o caráter frouxo e fronteiroço (LÖWY, 1992) do conceito de *violência obstétrica*.

Lembro a quem lê esta tese que, no entanto, esta frouxidão própria dos conceitos fronteira (LÖWY, 1992) é que gera a força de seu efeito. Ou seja, mesmo que seja difícil encontrar uma precisão na conotação do termo, são os debates em busca desta precisão que fortalecem os efeitos gerados pelo conceito. Isto significa dizer que, para o caso de *violência obstétrica*, quanto mais polêmico o conceito se torna, mais se fala sobre ele, e mais fortes são os efeitos nas políticas de direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres. O fato de pessoas ligadas ao *movimento de humanização do parto* terem, ao longo de vários anos, conseguido levar as discussões sobre a assistência obstétrica às arenas públicas de debate, denunciando práticas consideradas violentas, gerou efeitos de resistência dentro das estruturas do poder médico. Isto, por sua vez, fez com o conceito de *violência obstétrica* começasse a ser debatido, discutido, redefinido, negado ou rejeitado, denotando o seu caráter fronteiroço, nos termos de Ilana Löwy (1992).

Podemos dizer, neste sentido, que o parto vem se tornando um cenário de disputas entre modelos de assistência (HERCULANO et al, 2018). Mais do que isso, é

¹⁹³ No entanto, o ofício não menciona o termo *violência obstétrica* nenhuma vez, o que foi interpretado por alguns grupos ativistas com desconfiança.

nesse cenário que estão colocadas em evidência as controvérsias científicas – que são ao mesmo tempo morais e políticas (CLARKE, 1990) –, que giram em torno da assistência obstétrica. Parir, mais que um evento do âmbito privado e familiar, tornou-se um evento político em torno do qual diversos atores estão mobilizados.

Nesta arena de controvérsias, encontramos médicos obstetras, enfermeiras obstétricas, obstetrizas e doulas disputando espaço na assistência; e não apenas como mera reserva de mercado, mas também como espaço de legitimação de seus saberes. Saberes estes que são construídos mediante concepções e valores sobre o espaço que a técnica deve ou não ocupar na assistência ao parto. De um lado, formações que priorizam o alto treinamento técnico para assistir o parto; de outro, formações que valorizam o lado humanista do atendimento, mesmo que isso não signifique de fato um abandono de técnicas. Alto treinamento e humanismo ora se aproximam da ideia do melhor cuidado possível despendido a gestantes, ora se operam uma crítica aos avanços científicos por meio da expressão *violência obstétrica*.

Considerações finais

Não dá pra assistir o vídeo. Ele me xinga o parto inteiro. As duas únicas horas que ele ficou no trabalho de parto, ele me xinga o trabalho de parto inteiro. Ele fala “porra, faz força, porra, filha da mãe... Viadinha, ela não faz força direito, que ódio. Não se mexe, porra! (...) E aí tem o vídeo dele me rasgando com a mão, a bebê não tava nem com a cabeça lá ainda, não tinha a menor necessidade dele fazer isso. Era só pra eu ficar realmente arreventada e falar: “Ah, cê tinha razão. Deveria ter feito a episiotomia”. (Shantal Verdelho)

O trecho acima diz respeito a uma série de áudios de WhatsApp que foram vazados na Internet em dezembro de 2021, relatando a *violência* sofrida por Shantal Verdelho, uma influenciadora digital, durante o parto de sua segunda filha. O parto, ocorrido em setembro daquele ano, foi assistido pelo médico obstetra Renato Kalil, conhecido por atender mulheres ricas e famosas. Além dos áudios, houve também o vazamento de vídeos do parto - exibidos em diversas reportagens sobre o assunto (CASO SHANTAL..., 2022; MIRANDA, 2021; EX-FUNCIONÁRIA DE..., 2021; CORTE, 2021; CAMPOS, 2021) -, onde podemos ver Kalil proferindo expressões como *viadinha* e *mimada*.

Os vídeos e áudios de Shantal geraram uma cascata de denúncias contra o obstetra, que incluem assédio moral, violência sexual e *violência obstétrica*. Uma das reportagens sobre o assunto, realizada pelo programa de televisão Fantástico, da Rede Globo (EX-FUNCIONÁRIA DE..., 2021), traz relatos de mulheres que afirmam terem sido violentadas por Kalil e que decidiram “quebrar o silêncio” após o vazamento do conteúdo em referência ao obstetra. Conseqüentemente, Shantal - que não tinha a intenção de tornar pública a *violência obstétrica* sofrida - resolveu falar abertamente sobre o assunto, dando entrevistas sobre o ocorrido e detalhando o evento do parto de sua segunda filha.

Em uma das entrevistas concedidas ao Canal Uol Universa (GONZALES, 2021), Shantal revela que abriu um inquérito policial para averiguar a *violência* sofrida e que aguarda o resultado para propor um projeto de lei que criminalize esse

tipo de *violência*. Para ela, trata-se de evitar que outras mulheres passem pelo que ela passou, por isso ela quer ir *até o fim dessa história*. Conforme transcrito na reportagem da Uol, Shantal afirma: “*Quanto mais denúncias forem feitas por violência obstétrica, principalmente neste momento, antes faremos com que seja criminalizada. O Estado precisa ver que é muito sofrido para a mulher passar por isso, e ninguém vai ver se a gente não falar*”.

A repercussão do caso Shantal gerou, segundo algumas reportagens (GONZALES, 2021; ARCOVERDE, CORSALETTE, 2021), uma multiplicação em cinco vezes nas buscas pelo termo *violência obstétrica* no Google em dezembro de 2021. De acordo com a reportagem do Uol (GONZALES, 2021), dados “do Google Trends (...) mostram que, em dezembro, mês que o caso de Shantal veio à tona, as pesquisas por ‘violência obstétrica’ subiram 440% em relação ao mês anterior, novembro, alcançando o segundo maior nível nos últimos 17 anos”.

O crescimento das pesquisas no Google, a série de reportagens realizadas sobre o acontecimento, e mesmo as grandes letras no painel de fundo do programa Fantástico com o termo *violência obstétrica*, denotam um aumento da preocupação da sociedade com o assunto, que foi provocada por um caso compreendido como o cometimento de *violência obstétrica* contra uma influenciadora digital rica e famosa, o que certamente abre espaço para se falar mais sobre essa questão. Contudo, trago o caso Shantal nessas notas finais não por ser mais um caso de denúncias de *violência obstétrica* ou por ser um caso envolvendo pessoas famosas, mas sim por acreditar que ele revela uma tendência que procurei mostrar ao longo de toda a tese: a transformação da *violência obstétrica* num problema social, jurídico e científico e o fortalecimento dos debates em torno deste que entendo como um conceito fronteira (LÖWY, 1992).

Estamos em 2022 e esta pesquisa teve como um dos estopins iniciais o caso Adelir, que aconteceu em 2014 - conforme relatei na introdução desta tese. Na ocasião, eu terminava minha pesquisa de mestrado sobre a noção de *maternidade ativa* e eu havia me deparado com a expressão *violência obstétrica* durante meu trabalho de

campo, o que me despertou a vontade de compreender o que estava em jogo quando mulheres se diziam *vítimas* desse tipo de *violência*. Naquele momento, o termo me parecia uma novidade - e não apenas para mim, mas também para diversas pessoas do meu convívio social, com quem eu conversava sobre meus interesses de pesquisa. Assim como *parto humanizado* por um longo tempo foi sinônimo de *parto na banheira* ou *parto com doula* nesse meu convívio social, *violência obstétrica* gerava a simples questão: “*Violência o quê?*”.

Ao longo do tempo, contudo, *violência obstétrica* ganhou mais descritivos, como “*É parto cesáreo, né?*”. Ou então, como também aconteceu tantas vezes com os casos que escutei sobre conhecidas que tiveram um *parto humanizado*, ouvi muitas histórias de amigas, irmãs ou primas que sofreram *violência obstétrica* porque o médico “*insistiu no parto normal*”; ou porque elas tiveram uma cesariana *indesejada*; ou porque elas levaram “*aquele piquezinho na vagina*”.

O caso Shantal e essas pequenas anedotas que trago aqui revelam, portanto, o fortalecimento do debate em torno da *violência obstétrica* nos últimos anos no Brasil, mas este fortalecimento traz consigo também uma característica inerente: a frouxidão, a imprecisão, o caráter vago de sua definição. *Violência obstétrica*, no contexto brasileiro, se traduz em gritos, xingamentos, violência física, violência psicológica, mas também em procedimentos médicos realizados sem o *consentimento* delas, ou sem base nas *melhores evidências científicas* produzidas. Mas *violência obstétrica* também é entendida como violência institucional, como falta de insumos, falta de leitos, ou então como *ditadura do parto normal*, como desrespeito ao direito das gestantes de escolher a cesariana como via de parto. São múltiplos significados que ora se encontram em suas fronteiras, ora se distanciam completamente. A falta de consenso leva, portanto, a uma profusão de produções científicas, jurídicas e sociais a respeito do conceito, provocando conseqüentemente o fortalecimento e a adesão ao debate.

O que pude compreender com esta pesquisa é que, quando falamos de *violência obstétrica* no Brasil, estamos lidando com a composição de uma nova

gramática política que articula o léxico dos direitos humanos com o léxico científico, impactando diretamente nos debates em torno dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O *movimento de humanização do parto e do nascimento*, entendido aqui como um campo discursivo de ação (ALVAREZ, 2014) que se fundamenta num ativismo baseado em evidências científicas (RABEHARISOA, MOREIRA, AKRICH, 2014), vem acionando temas caros aos movimentos feministas e sanitaristas ao fazer de sua bandeira a articulação entre os conceitos de *autonomia*, *consentimento* e *informação de qualidade*. Ele o faz através da valorização da divulgação da *medicina baseada em evidências científicas* como o caminho para a promoção da *autonomia* das mulheres, com o objetivo de dar-lhes condições concretas para o *consentimento* de determinados procedimentos médicos durante o atendimento obstétrico.

Como um ativismo baseado em evidências, provoca uma desestabilização dos conhecimentos existentes através da demanda por produção de novos conhecimentos sobre a ciência obstétrica, mas também produz e é produzido pela ciência jurídica, que é acionada neste campo para legitimar a existência de uma *violência* em atos comumente tidos como próprios do cuidado médico. É assim que, para além de usuárias e dos profissionais da assistência à saúde, como obstetrias, doulas, enfermeiras obstétricas, sanitaristas, obstetras, epidemiologistas, psicólogos, terapeutas holísticos, entre tantos outros, vemos a presença, *no movimento pela humanização do parto*, também de atores do campo jurídico, como advogadas, procuradoras e juízes. A reunião destes diversos atores acaba, então, por produzir uma articulação deste que é chamado de *triângulo da assistência humanizada*, gerando uma profusão de leis, resoluções, pareceres, processos judiciais, entre outros tantos elementos do campo legislativo e jurídico que procuram legitimar a existência da *violência obstétrica*.

A dificuldade da definição de *violência obstétrica* leva, contudo, a uma “guerra normativa” através da publicação de textos normativos que ora se reafirmam, ora se contradizem, denotando um campo de disputas entre profissionais da assistência ao parto e, também, entre atores sociais que se consideram do espectro de esquerda ou de direita. As controvérsias em torno de quem pode atender partos

no Brasil têm como pano de fundo uma disputa de hierarquia técnica que pode se traduzir numa associação profissional-algoz: sob o ponto de vista do *movimento pela humanização do parto*, uma formação mais *tecnocrática* tenderia a provocar um olhar menos *humanizado* para as mulheres; por outro lado, o conhecimento dos médicos é visto por uma parte da classe médica como superior a outros conhecimentos, como o de doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrites, fazendo com que se vejam, portanto, como os detentores da autoridade legítima para a assistência obstétrica. Ao mesmo tempo, se aparentemente doulas, enfermeiras obstétricas e obstetrites comporiam um bloco homogêneo que se une no *movimento pela humanização do parto* em oposição a um bloco supostamente homogêneo de médicos obstetras “perpetradores da *violência obstétrica*”, o que se viu nesta pesquisa é uma grande heterogeneidade de ideias dentro destes grupos. As complexidades próprias destes campos profissionais reverberam diretamente nas controvérsias sobre o que é *violência obstétrica* e sobre quem é responsável por realizá-la. Por fim, no que diz respeito aos que se opõem ao uso do termo *violência obstétrica*, não se trata simplesmente de negar a sua existência, mas de lhe dar significados distintos do que ativistas pela *humanização* preconizam.

No que concerne aos atores sociais que se consideram dos espectros de esquerda ou de direita, o que se viu nesta pesquisa é uma certa polarização do debate sobre a *humanização* da assistência, aqui representada por personagens como as ativistas da Artemis e deputadas do PSOL, de um lado, e Janaína Paschoal e Raphael Câmara Parente, de outro. Contudo, o que chamou a atenção na pesquisa foi o acionamento de um mesmo conceito, o de autonomia das mulheres, para a defesa de pautas supostamente distintas. Ativistas pela *humanização do parto* enfatizam a importância de se dar *autonomia* às mulheres através do acesso à *informação de qualidade* e lutam para que se diminuam as altas taxas de cesariana no país. O argumento central é o de que o conhecimento acerca dos riscos e benefícios da cirurgia e do parto vaginal não é totalmente acessível às mulheres, gerando como consequência um aumento no número de cesarianas. Além disso, também partos *violentos*, repleto de *intervenções desnecessárias*, promoveriam o medo do parto normal, levando as mulheres a preferir a cirurgia. A falta de conhecimento, portanto, minaria

a *autonomia* das mulheres. Janaína Paschoal, por sua vez, ao fazer aprovar uma lei garantindo o acesso de pacientes do SUS ao procedimento cirúrgico no estado de São Paulo, também defende a ideia de que é preciso dar *autonomia* de decisão às mulheres – mesmo sendo, paradoxalmente, contra a descriminalização do aborto.

A controvérsia nos revela, assim, as ambivalências e porosidades das noções de consentimento e autonomia do liberalismo moderno (FERNANDES et al, 2020) quando olhadas dentro dos contextos sociais e históricos em que estão inseridas. O que o debate nos ensina é que não há uma equação simples de constrangimentos e ausência de agências ou de resistências suprimindo relações de poder (BIROLI, 2013^a; 2013b). Isto se torna claro, sobretudo, quando olhamos para o terceiro pólo do *triângulo da humanização da assistência: informação de qualidade*. Conforme procurei mostrar, as produções científicas e intelectuais sobre um determinado assunto estão inseridas em um contexto social, onde são produzidas (JASANOFF, 2004; SACRAMENTO, COSTA, 2020). Como já aprendemos com Donna Haraway (1995), todo conhecimento é situado social e politicamente. Neste sentido, ao dizer que as mulheres têm o direito de acessar *informações de qualidade* para adquirirem *autonomia* para *consentir* determinados procedimentos, o *movimento de humanização do parto* está se referindo a informações específicas, produzidas sob uma determinada visão de mundo. Isto, ao contrário do que pode parecer, não significa invalidar as informações produzidas; antes, trata-se de reconhecer o seu caráter situado e compreender que a objetividade pretendida é sempre um saber localizado.

Dito isto, para finalizar, gostaria de chamar a atenção para o conhecimento que estou produzindo com esta tese e assumir, aqui, a responsabilidade sobre a minha perspectiva parcial acerca da *violência obstétrica*. Ao revelar as controvérsias em torno deste que entendo como um conceito fronteira, não estou negando o sofrimento das mulheres que passaram por situações de violência durante o ciclo gravídico-puerperal. Dizer que um problema social é construído não significa negar a sua existência. Como mostram Lenoir (1998) e Debert (1998), um problema social não resulta de um simples mau funcionamento da sociedade, mas é, antes, uma construção social. Trata-se de uma empresa de mobilização que supõe um trabalho

de reconhecimento, legitimação, pressão e expressão. Ao se fazer reconhecer um problema social, torna-se visível uma situação particular, conquistando-se a atenção pública através da ação de grupos socialmente interessados em produzir uma nova categoria de percepção do mundo social, com o objetivo de agir sobre ele. A legitimação de um problema social não é o resultado direto e automático do seu reconhecimento público, mas sim consequência do esforço para promovê-lo e inseri-lo no campo das preocupações sociais do momento. Dito de outra maneira, realiza-se um trabalho específico de enunciação e de formulação pública que se soma às transformações objetivas impostas – sem as quais um problema social não teria sido colocado.

Meu objetivo nesta tese foi mostrar como a *violência obstétrica* vem sendo fabricada e moldada para se tornar um problema social, e também científico e jurídico. Sendo assim, violência obstétrica - aqui, propositalmente, sem itálico - deve, sim, ser combatida em prol da saúde e da vida das mulheres. Os paradoxos, as contradições, as controvérsias e as disputas em torno da questão nos revelam, contudo, que este é um combate árduo e longo a ser enfrentado.

Referências

Bibliografia citada

ALVAREZ, Sonia. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, n.43, pp. 13-56, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400430013>. Acesso em: 29 mar. 2022.

ALVEZ, José Eustáquio Diniz. As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil. Textos para discussão. **Escola Nacional de Ciências Estatísticas**, n.21. IBGE, 2006.

AUDIBERT, Nastassia. **“Violence Obstétricale”**: Emergence d’un problème public en France. Mémoire (Master in International Development). PSIA – Paris School of International Affairs. Sciences Po, 2016.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BERKHOUT Suze. Relational Autonomy on the Cutting Edge. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n7, pp. 59-61, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680797>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BERQUÓ, Elza. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.4, n.1, pp. 95-103, 1987. Disponível em: https://www.rebep.org.br/revista/article/view/603/pdf_575. Acesso em: 30 mar. 2022.

BIROLI, Flávia. Autonomia, opressão e identidades: a resignificação da experiência na teoria política feminista. **Revista Estudos Feministas**, 2013, v. 21, n. 1, 2013a, pp. 81-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100005>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BIROLI, Flávia. Democracia e tolerância à subordinação: livre-escolha e consentimento na teoria política feminista. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 21, n. 48, 2013b, pp. 127-142. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400008>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BOERMA, Ties et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **The Lancet**, v. 392, n.10155, pp. 1341-1348, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31928-7). Acesso em: 03 abr. 2022.

BOHREN, Meghan A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.7, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BOHREN, Meghan A. et al. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>. Acesso em: 03 abr. 2022.

BONAN, Claudia; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Os percursos do parto nas políticas de saúde no Brasil por suas testemunhas: entrevista com Maria do Carmo Leal e Marcos Dias. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.319-334, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100018>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BOURRELIER, Camille. **"Violences obstétricales"**: Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale (Mémoire). École Régionale de Sages-Femmes, Université de Tours, 2018.

BURROW, Sylvia. On the Cutting Edge: Ethical Responsiveness to Cesarean Rates. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n.7, pp. 44-52, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.673689>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CARNEIRO, Rosamaria G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.17, n.44, p.49-59, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zfT7YfFZQbSD4ZRbfzWRvrR/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CASTRO, Cláudia Medeiros de et al. Entre o ideal e o possível: experiências iniciais das obstetrias no Sistema Único de Saúde de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 312-323, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017162237>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CLARKE, Adele E., Controversy and the Development of Reproductive Sciences. **Social Problems**, v.37, n.1, pp. 18-37, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/800792>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CONRAD, Peter. The Shifting Engines of Medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, n.1, pp. 3-14, 2005. Disponível em: [10.1177/002214650504600102](https://doi.org/10.1177/002214650504600102). Acesso em: 29 mar. 2022.

CORRÊA, Sonia. "Saúde Reprodutiva", Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-03.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos - Pauta Global e Percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, Elza Salvatori (Org.). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

COXON, Kirstie; SANDALL, Jane; FULOP, Naomi J. To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. **Health, Risk & Society**, v.16, n. 1, pp. 51-67, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DA GLORIA BONELLI, Maria; NUNES, Jordão Horta; MICK, Jacques. Ocupações e Profissões na Sociedade Brasileira de Sociologia: balanço da produção (2003-2017). **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 5, n. 11, p. 18-28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20336/rbs.219>. Acesso em: 29 mar. 2022.

DAS, Veena. Sexual Violence, Discursive Formations and the State. **Economic and Political Weekly**, v. 31, n. 35/37, 1996. pp. 2411-23. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4404561>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DAVIS, Dána-Ain, Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, v.38, n.7, pp. 560-573, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **Birth as an American Rite of Passage**. Berkeley, University of California Press, 2004.

DE VRIES, Raymond; LEMMENS, Trudo. The social and cultural shaping of medical evidence: case studies from pharmaceutical research and obstetric science. **Social Sciences & Medicine**, v. 62, n.11, pp. 2694-706, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.026>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In DEBERT, Guita Grin (org.), *Antropologia e Velhice. Textos Didáticos*, Campinas, IFCH, UNICAMP, 1998.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.23, n.66, pp. 165-185, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000100011>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2001.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>. Acesso em: 29 mar. 2022.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, pp. 253-259, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>. Acesso em: 03 abr. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do Inquérito Nacional Nascer No Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v.25, n.3, pp. 561-572, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162647>. Acesso em: 30 mar. 2022.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Materno-Infantilismo, Gênero e Inovação em Saúde Materna**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499472423_ARQUIVO_Diniz,SimoneG-MATERNO-INFANTILISMO,GENEROEINOVACAOEMSAUDEMATERNA.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v.359, n. 9318, pp. 1681-85, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6). Acesso em: 03 abr. 2022.

EL KOTNI, Mounia. La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique, *Autrepart*, v. 85, n. 1, pp. 39-55, 2018. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2018-1-page-39.htm>. Acesso em: 03 abr. 2022.

FASSIN, Didier; RECHTMAN, Richard. **L'empire du traumatisme**. Paris: Flammarion, 2011.

FERNANDES, Camila et al. As porosidades do consentimento. Pensando afetos e relações de intimidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 35, 2020, pp. 165-193. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.35.09.a>. Acesso em 3 ago. 2021.

FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues; BARROS, Nelson Filice de. Motivos para atuação e formação profissional: percepção de doulas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1395-1407, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400017>. Acesso em: 06 abr. 2022.

FLEISCHER, Soraya. Doulas como “amortecedores afetivos”: Notas etnográficas sobre uma nova acompanhante de parto. **Ciências Sociais Unisinos**, v.41, n.1, 2005.

Disponível em: http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6247. Acesso em: 04 abr. 2022.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará**. Belém: Paka-Tatu, Edunisc, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Unesp, 1993.

GIRARDI, Sabado N.; FERNANDES JR, Hugo; CARVALHO, Cristiana Leite. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. **Espaço Saúde [Portal]**, 2000. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-3447>. Acesso em: 29 mar. 2022.

GREGORI, Maria Filomena. Prática eróticas e limites da sexualidade: contribuições de estudos recentes. **Cadernos Pagu**, n.42, pp. 47-74, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400420047>. Acesso em: 03 abr. 2014.

GREGORI, Maria Filomena. "Limites da Sexualidade: entre riscos e êxtase". In: **Prazeres Perigosos: Erotismo, gênero e limites da sexualidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n.5, 1995, pp. 7-41. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>. Acesso em 29 mar. 2022.

HATEM, Marie et al. Midwife-led vs. other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>. Acesso em: 03 abr. 2022.

HERCULANO, Thuany Bento et al. Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 702-713, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811813>. Acesso em: 03 abr. 2022.

HORTELAN, Luiza Vitória Terassi. **"Na Contramão do Mundo": Gênero, Amor e Sexualidade no Movimento Evangélico Eu Escolhi Esperar**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2020.

HOTIMSKY, Sonia N., SCHRAIBER, Lilia B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300020>. Acesso em: 04 abr. 2022.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, 2007.

JASANOFF, Sheila. "The idiom of co-production". In: **States of Knowledge: The co-production of science and social order**. Sheila Jasanoff (org.). New York: Routledge, 2004, pp. 1-12.

JONES, Ricardo Hebert. **Entre as Orelhas: Histórias de Parto**. Porto Alegre: Idéias a Granel, 2012.

JORDAN, Brigitte. Part II: Authoritative Knowledge in Childbirth. In: **Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States**. Waveland Press: Long Grove, 1993.

KAPFHAMER, Joshua D.; MENON, Seema; SPELLECY, Ryan. The Importance of Risk Tolerance in Maternal Autonomy. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n.7, pp. 53-54, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680537>. Acesso em: 03 abr. 2022.

KHAZAM, Olga. Why Most Brazilian Women Get C-Sections. **The Atlantic**, 14 abr. 2014. Disponível em: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/04/why-most-brazilian-women-get-c-sections/360589/>. Acesso em: 29 mar. 2022.

KUKLA, Rebecca et al. Finding autonomy in birth. **Bioethics**, v.23, pp. 1-8, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00677.x>. Acesso em: 03 abr. 2022.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. Sup. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LENOIR, Remi. "Objeto sociológico e problema social", in CHAMPAGNE, Patrick; LENOIR, Remi; MERLLIÉ, Dominique. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998, pp. 59-106.

LITTLE, Margaret O. et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. **Obstet Gynecol**, v.112, n.4, pp. 913-8, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181888fd8>. Acesso em: 03 abr. 2022.

LOWENKRON, Laura. **O monstro contemporâneo**: a construção social da pedofilia em múltiplos planos. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015a.

LOWENKRON, Laura. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 45, p. 225-258, 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201500450225>. Acesso em 31 mai. 2017.

LÖWY, Ilana. The Strength of Loose Concepts – Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth: The Case of Immunology. **History of Science**, vol. 30, n. 4, 1992, pp. 371-396. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/007327539203000402>. Acesso em 29 mar. 2022.

MAHMOOD, Saba. Teoria feminista, agência e sujeito liberatório: algumas reflexões sobre o revivalismo islâmico no Egito. **Etnográfica**, v. 23, n.1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/etnografica.6431>. Acesso em 03 abr. 2022.

MALACRIDA, Claudia; BOULTON, Tiffany. Women's perceptions of childbirth 'choices': Competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. **Gender & Society**, v.26, n.5, pp. 748 - 772, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0891243212452630>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MANICA, Daniela Tonelli. A mulher no corpo: um re-encontro com Emily Martin. **Cadernos Pagu**, n. 27, pp. 461-468, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000200019>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MCCALLUM Cecilia. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. **Sociology of Health & Illness**, v.27, n.2, pp. 215-42, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00440.x>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>. Acesso em: 04 abr. 2022.

MOTT, Maria Lucia. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, pp. 493-507, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200017>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MOTT, Maria. Lucia. Madame Durocher, modista e parteira. **Revista Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 101-116, 1994. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16292/14833>. Acesso em: 07 abr. 2022.

NARCHI, Nádia Zanon; SILVA, Lúcia Cristina Florentino Pereira da; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Contexto, desafios e perspectivas na formação de obstetrias no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, pp. 510-519, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200022>. Acesso em: 04 abr. 2022.

NELKIN, Dorothy. "The Political Impact of Technical Expertise". **Social Studies of Science**, v.5, n.1, pp. 35-54, 1975. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/284554>. Acesso em: 03 abr. 2022.

OLIVEIRA, Marco Aurelio Pinho de; VELARDE, Luis Guillermo Coca; SÁ, Renato Augusto Moreira de. Ensaio clínico randomizado: Série Entendendo a Pesquisa Clínica 2. **Femina**, v. 43, n.1, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n1/a4842.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2022.

ORFALI, Kristina. Beyond Numbers: The Multiple Cultural Meanings of Rising Cesarean Rates Worldwide. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n.7, pp. 54-56, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680544>. Acesso em: 03 abr. 2022.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, supl. 1, pp. S25-S32, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PATEMAN, Carole. "Women and Consent." **Political Theory**, vol. 8, n.2, Sage Publications, 1980, pp. 149-68. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/190792>. Acesso em: 29 mar. 2022.

PIERUCCI, Antônio Flávio. Ciladas da Diferença. **Tempo Social: Rev. Sociol. USP**, São Paulo, v.2, n.2, 1990, pp. 7-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v2n2/0103-2070-ts-02-02-0007.pdf>. Acesso em 31 mai. 2017.

PULHEZ, Mariana Marques. "Parem a violência obstétrica!": a construção das noções de "violência" e "vítima" nas experiências de parto. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v.12, n.35, 2013. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSEv12n35Ago2013completo.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

PULHEZ, Mariana Marques. **Mulheres Mamíferas: práticas da maternidade ativa**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2015.944359>. Acesso em 29 mar. 2022.

PULHEZ, Mariana Marques. Violência Obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. **CSONline - Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, n.33, 2021.

Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/31695>. Acesso em: 04 abr. 2022.

RABEHARISOA, Vololona; MOREIRA, Thiago; AKRICH, Madeleine. Evidence-based activism: Patients', users' and activists' groups in knowledge society. **BioSocieties**, n.9, 2014, pp. 111-128. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1057/biosoc.2014.2>>. Acesso em: 29 mar. 2022. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2014.2>

RABINOW, Paul. "Representações são fatos sociais". In: RABINOW, Paul. **Antropologia da Razão: Ensaios de Paul Rabinow**. João Guilherme Biehl (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RATTNER, Daphne; TRENCH, Belkis. (Orgs.) **Humanizando nascimentos e partos**. São Paulo: Editora Senac, 2005.

RATTNER, Daphne et al. ReHuNa - A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus - Actas De Saúde Coletiva**, v.4, n.4, pp. 215-228, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.849>. Acesso em: 30 mar. 2022.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; TSUNECHIRO, Maria Alice. Formação profissional de obstetras e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.2, p.449-459, Jul. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200014>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

RIFIOTIS, Theophilos. Violência policial e imprensa: o caso da Favela Naval. **São Paulo em Perspectiva**, v. 13, n. 4, pp. 28-41, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-88391999000400004>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, pp. 556-568, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012521>. Acesso em: 03 abr. 2022.

ROSE, Nikolas. "Introduction"; "Governing"; "Freedom". In: **Powers of Freedom: Reframing Political Thought**. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511488856>. Acesso em: 03 abr. 2022.

ROSS, Fiona. Speech and Silence: Women's Testimony in the First Five Weeks of Public Hearings of the South Africa Truth and Reconciliation Commission. In: DAS, Veena et al. (Eds.). **Remaking a world: violence, social suffering, and recovery**. Berkeley, University of California Press, 2001, pp. 250-279

ROTHMAN, Barbara Katz. Where Are the Midwives?. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n.7, pp. 56-58, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680535>. Acesso em: 03 abr. 2022.

RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. **Interface (Botucatu)**, n.24, e180390, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180390>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SACRAMENTO, Jonatan; COSTA, Maria Conceição da. Zika vírus, expertises e moralidades. A ADPF442 e as controvérsias em torno da descriminalização do aborto. **Ilha - Revista de Antropologia**, v.22, n. 2, pp. 200-28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2020v22n2p200>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SACRAMENTO, Jonatan; PULHEZ, Mariana Marques. A retórica da excepcionalidade em contextos epidêmicos: direitos sexuais e reprodutivos na epidemia de COVID-19. In: Bárbara Castro. (Org.). **Covid-19 e Sociedade: ensaios sobre a experiência social da pandemia**. 1ed.Campinas: IFCH/UNICAMP - Publicações, v. 1, p. 132-147, 2020. Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/publicacoes/pf-publicacoes/e-book_covid-19_e_sociedade.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

SALEM, Tânia. **O casal grávido: disposições e dilemas da parceria igualitária**. São Paulo: Ed. FGV, 2007.

SANDALL, Jane et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n.4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SARTI, Cynthia Anderson. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Revista Latinoamericana, Sexualidad, Salud y Sociedad**, n.1, 2009, pp. 89-103. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/12>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SARTI, Cynthia Anderson. A vítima como figura contemporânea. **Caderno CRH**, Salvador, v.24, n.61, 2011, p. 51-61. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/6SsSn5qbWRPcryFFqvb6TyQ/?lang=pt>. Acesso em: 02 jul. 2013.

SHAH, Kavita R. Increasing Cesarean Rates: The Balance of Technology, Autonomy, and Beneficence. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n.7, pp. 58-59, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680536>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SIMÕES, Julian. **Dos sujeitos de direitos, das políticas públicas e das gramáticas emocionais em situações de violência sexual contra mulheres com deficiência intelectual**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2019.1093592>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SMITH, Richard; RENNIE, Drummond. Evidence-Based Medicine – An Oral History. **JAMA**, v.311, n.4, pp. 365-367, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.286182>. Acesso em: 29 mar. 2022.

STRATHERN, Marylin. “Introduction: Divides Origins”; “Relatives are Always a Surprise”. In: **Kinship, Law and the Unexpected: Relatives Are Always a Surprise**. Cambridge : Cambridge University Press, pp. 3-32, 2005.

TEMPESTA, Giovana Acacia. Trabalhando pelos bons vinculamentos: Reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário Antropológico**, v.43, n.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/aa.2784>. Acesso em: 04 abr. 2022.

TERAN, Pablo et al . Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.73, n.3, pp. 171-180, 2013. Disponível em: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 03 abr. 2021.

THEME FILHA et al. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, n. 194, pp.159-67, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>. Acesso em: 30 mar. 2022.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

TSU Peter Shiu-Hwa. Reproductive Autonomy and Normalization of Cesarean Section. **The American Journal of Bioethics**, v.12, n7, pp. 61-62, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.680538>. Acesso em: 03 abr. 2022.

VIANNA, Adriana; FARIAS, Juliana. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.37, 2011, p.79-116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332011000200004>. Acesso em 31 mai 2017.

WALSH, Denis; DOWNE, Soo M. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. **Birth**, v. 31, n. 3, pp. 222-229, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00309.x>. Acesso em: 03 abr. 2022.

WIEVIORKA, Michel. Violência Hoje. **Ciência & Saúde**, sup. 11, pp.1147-1153, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500002>. Acesso em: 30 mar. 2022.

WILLIAMSON, Eliza K. The iatrogenesis of obstetric racism in Brazil: beyond the body, beyond the clinic. **Anthropology & Medicine**, v.28, n.2, pp. 172-187, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1932416>. Acesso em: 30 mar. 2022.

Documentos citados

APPROPRIATE technology for birth. **Lancet**. v. 2, n. 8452, pp 436-7, 1985. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Acesso em: 29 mar. 2022.

ARGENTINA. **Ley 26.485 de 1º abril de 2009**. Ley de proteccion integral a las mujeres. Ley de proteccion integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ASSOCIAÇÃO DE DOULA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Código de Ética ADOSP**. S/D. Disponível em: https://www.adosp.com.br/_files/ugd/1be352_aa0e6ca1eca34076818ee5f75ab76351.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.

ASSOCIAÇÃO DE DOULAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Código de Ética da Doula**. 11 de fevereiro de 2017. Disponível em: <https://doulasrj.com.br/wp-content/uploads/2018/08/codigo-de-etica-ADoulasRJ-aprovado-na-AGO-11-02-2017-registrada-em-20-09-2017.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BAHIA. **Projeto de Lei nº 23.076 de 2019**. Dispõe sobre a promoção de ações para proteger a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido em situação de violência obstétrica e neonatal no Estado da Bahia, e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.al.ba.gov.br/atividade-legislativa/proposicao/PL.-23.076-2019>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BELÉM. **Lei Ordinária nº 9.274**, de 11 de maio de 2017. Dispõe sobre a presença de “Doulas” durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nas maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, do Município de Belém, e dá outras providências. Belém, PA: Câmara Municipal de Belém. Disponível em: http://www.belem.pa.gov.br/semaj/app/Sistema/view_lei.php?lei=9274&ano=2017&tipo=1. Acesso em: 04 abr. 2022.

BELO HORIZONTE. **Lei nº 10.914, de 10 de março de 2016**. Obriga maternidade, casa de parto e estabelecimento hospitalar congêneres a permitir presença de doula em trabalho de parto, parto e pós-parto, sempre que solicitada pela parturiente. Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal de Belo Horizonte. Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/atividade-legislativa/pesquisar-legislacao/lei/10914/2016>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 20.9321, de 11 de janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de

farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d20931.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito**. Brasília, DF: Congresso Nacional, 1993. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/85082/CPMI Esterilizacao.pdf?sequence=7&isAllowed=y>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (a)**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998 (b)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%202.815.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 888, de 12 de julho de 1999 (a)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P888_99obst.doc. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999 (b)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:

http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 29 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (a)**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 (b)**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 21 mai. 2019.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 6.888 de 2013 (a)**. Altera a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que “dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências”. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01disn1t42mh0f1bby9qvx64ex862331628.node0?codteor=1205783&filename=PL+6888/2013. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. **Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito: violência contra a mulher**. Brasília, DF: Senado Federal, Secretaria Geral da Mesa, Secretaria de Comissões Coordenação das Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito, 2013 (b). Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496481>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.633 de 2014 (a)**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 2ª Região, 2ª Vara Federal. **Sentença, 2 de setembro de 2014 (b)**. Processo n. 0041307-42.2012.4.02.5101. Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Juiz Federal Mauro Luis Rocha Lopes. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/140569879/processo-n-0041307-4220124025101-da-2a-vara-federal-do-trf-2>. Acesso em 22 de mai. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 (a)**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em 21 de mai. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Ação Civil Pública. Processo 0017488-30.2010.4.03.6100**. 24ª Vara Federal. Sentença, 2015 (b). Disponível em: <https://www.jfsp.jus.br/documentos/administrativo/NUCS/decisoes/2015/2015-12-02-parto.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.589 de 2015 (c)**. Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1369606&filename=PL+2589/2015. Acesso em: 03 abr. 2022

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015 (d)**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg=>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. **Despacho DAPES/SAS/MS, de 3 de maio de 2019 (a)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 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 em: 03 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. **Recomendação nº 5, de 9 de maio de 2019 (b)**. Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à *violência obstétrica*. Leonardo Penafiel Pinho. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/copy_of_Recomendacon5ViolnciaObsttrica.pdf. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. **Recomendação nº 29, de 7 de maio de 2019 (c)**. Ministério Público Federal. Ana Carolina Previtali Nascimento. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. **Ofício N°296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, de 7 de junho de 2019 (d)**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 878 de 2019 (e)**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=5955C80D21B8B89C56E578B16F250EF9.proposicoesWebExterno2?codteor=1718521&filenome=Avulso+-PL+878/2019. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.635 de 2019 (f)**. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1766676. Acesso em: 03 abr. 2022.

BRASIL. **Recomendação DPU/PAJ nº 2019/016-01718; Recomendação PRRJ/PP nº 1.30.001.000689/2019-96, de 29 de julho de 2019 (g)**. Ministério Público Federal. Procuradoria da República do Rio de Janeiro. 41º Ofício da Tutela Coletiva da Saúde. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/rj/sala-de-imprensa/docs/pr-rj/recomendacao%20cremerj.PDF>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa nº465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa – RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa – RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDaZMw==>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Galba de Araújo: sinônimo de desafio (folder). S/D. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002507.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **MPF recomenda ao MS que atue contra a violência obstétrica e não proibir o termo**, 08 de maio de 2019. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mpf-recomenda-ao-ms-que-atue-contra-a-violencia-obstetrica-e-nao-proibir-o-termo_70759.html. Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº378, de 28 de abril de 2011**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3782011-revogada-pela-resoluo-cofen-n-4202012_6793.html/print/. Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009**. Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2056, de 20 de setembro de 2013**. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços

médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos. Relator: Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2056>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 7, de 30 de maio de 2014.** Os Centros de Parto Normal são regidos pelas Portarias n.ºs 888/99 e 985/99, instituídas pelo Ministério da Saúde, mas deverão obedecer a Resolução CFM nº 2.056/13. Relator: José Fernando Maia Vinagre. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2014/7_2014.pdf. Acesso em 16 mai 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2144, de 17 de março de 2016.** É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.. Relator: José Hiran da Silva Gallo. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 32, de 23 de outubro de 2018.** A expressão “*violência obstétrica*” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Relator: Ademar Carlos Augusto. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em 21 mai. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer Técnico COREN/RJ, de 2019.** Disponível em: <http://rj.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Parecer-T%C3%A9cnico-Coren-RJ-acerca-da-Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cremerj-n%C2%BA-293-2019.pdf> . Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução nº 265, de 13 de julho de 2012.** Dispõe sobre a proibição da participação do médico em partos domiciliares. Disponível em: <http://direitomedico.blogspot.com/2012/07/resolucao-cremerj-n-2652012-proibe.html>. Acesso em 21 mai. 2019

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Resolução nº 293, de 06 de fevereiro de 2019 (a).** Dispõe sobre a proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou

similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em: 04 abr. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **MS se posiciona contra o termo violência obstétrica**: nota de apoio. 07 de maio de 2019 (b). Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/informes/exibe/4270>. Acesso em: 04 abr. 2022.

DECLARAÇÃO e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, Pequim, 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SESC. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Pesquisa de opinião pública. 2010. Disponível em: <www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2013.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential Competencies for Midwifery Practice**. 2019 UPDATE, 2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf. Acesso em: 04 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância e Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemio.pdf. Acesso em: 29 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 20**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 51, Mai. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa 465, de 24 de fevereiro de 2021**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN n.º 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Resolução Normativa 465, de 24 de fevereiro de 2021. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-465-de-24-de-fevereiro-de-2021-306209339>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MORTALIDADE Materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n.º 20/MS (Maio, 2020). Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

NASCER no Brasil. **Inquérito sobre parto e nascimento**. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 03 abr. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?ua=1. Acesso em: 03 abr. 2022.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**: resumo executivo. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?jsessionid=FD28398E462433872C0D74441F8C20D1?sequence=3. Acesso em: 30 mar. 2022.

PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”**, 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

PREENCHIMENTO de Partograma. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Eixo: Atenção às mulheres. Material de 09 de abril de 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29761/2/PREENCHIMENTO%20DE%20PARTOGRAMA.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Lei nº 7.314, de 15 de junho de 2016**. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do rio de janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/f6a4bdf>

[e5bb46c4383257fd4005a506c?OpenDocument&Highlight=0,7314](https://www.al.sp.gov.br/documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/L16602.pdf). Acesso em: 04 abr. 2022.

SÃO PAULO. **Lei nº 16.602, de 23 de dezembro de 2016**. Dispõe sobre a permissão da presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, bem como nas consultas e exames de pré-natal, sempre que solicitado pela parturiente, nas maternidades, hospitais e demais equipamentos da rede municipal de saúde. São Paulo, SP: Câmara Municipal de São Paulo. Disponível em: <http://documentacao.camara.sp.gov.br/iah/fulltext/leis/L16602.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SÃO PAULO. **Projeto de Lei nº 435 de 2019 (a)**. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>. Acesso em: 03 abr. 2022.

SÃO PAULO. **Lei nº 17.137, de 23 de agosto de 2019 (b)**. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2019/lei-17137-23.08.2019.html>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SOCIEDADE Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** - Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

UNITED Nations Population Fund (UNFPA). **Towards MDG 5: Scaling up the capacity of midwives to reduce maternal mortality and morbidity**. Workshop Report. New York: UNFPA; 2006. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/scaling-capacity-midwives-reduce-maternal-mortality-and-morbidity>. Acesso em: 03 abr. 2022.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola De Artes, Ciências e Humanidades. **Relatório final apresentado pelo Grupo de Trabalho designado pelo Prof. Dr Jorge Boueri, Diretor da EACH, pela Portaria EACH 26/10 de 17 de junho de 2010, para Estudo das Potencialidades, Revisão e Remanejamento de Vagas nos Cursos de Graduação da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.dceusp.org.br/wp-content/uploads/2011/03/Relat%C3%B3rio-EACH-vers%C3%A3o-final-14-03-11.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia**, 2007. Disponível em: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf. Acesso em: 1 jul. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Safe motherhood needs assessment: guidelines.** Geneva, 2001. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rht_msm_96_18/en/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant.** Geneva, 2004. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241591692/en/. Acesso em: 04 abr. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Making Pregnancy Safer. **Strengthening midwifery toolkit: developing a midwifery curriculum for safe motherhood.** Geneva, 2011. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/. Acesso em: 24 abr. 2021.

Notícias de jornal, sites e blogs

BALOGH, Giovana. Mulheres têm dificuldades para obter taxa de cesáreas dos planos. **Mães de Peito**, 17 de julho de 2015. Disponível em: <https://www.maesdepeito.com.br/mulheres-tem-dificuldades-para-obter-taxa-de-cesareas-dos-planos/>. Acesso em: 16 de set. de 2020.

BARIFOUSE, Rafael. Polêmica do RS: a cesárea era mesmo a única opção?. **BBC Brasil**, 4 abr. 2014. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2014/04/140404_cesarea_debate_pai_rb.shtml>. Acesso em: 29 mar. 2022.

BRANDALISE, Camila. Ministério da Saúde extingue termo *violência obstétrica*; entidades repudiam. **Violência contra a mulher. Universa. Uol**. 6 de maio de 2019. Disponível em: <https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2019/05/06/governo-extingue-termo-violencia-obstetrica-entidades-criticam.htm>. Acesso em 22 mai. 2019.

BRUM, Eliane. A potência de Adedir. **El País, Brasil**, 14 de abril de 2014. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/04/14/opinion/1397481297_943876.html>. Acesso em: 29 mar. 2022.

CAMPOS, Giulianna; NEVES, Carla. Em áudio e vídeos vazados, Shantal diz ter sofrido violência obstétrica durante parto; médico nega. Quem News, 11 de dezembro de 2021. Disponível em:

[News/noticia/2021/12/em-audio-e-videos-vazados-shantal-diz-ter-sofrido-violencia-obstetrica-durante-parto-medico-nega.html](#). Acesso em: 16 abr. 2022.

CANCIAN, Natália. Ministério da Saúde veta uso do termo '*violência obstétrica*'. **Folha de São Paulo**, 7 de maio de 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/05/ministerio-da-saude-veta-uso-do-termo-violencia-obstetrica.shtml>. Acesso em 22 mai. 2019.

CARPALLO, Silvia C. O 'ponto do marido' não é só um mito do parto. *Estilo. El País*, 22 de setembro de 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058_103212.html. Acesso em: 03 abr. 2022.

CASO SHANTAL: veja detalhes sobre denúncia da influencer contra Renato Kalil. *Melhor da Tarde. Band. Uol*, 10 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.band.uol.com.br/entretenimento/melhor-da-tarde/noticias/caso-shantal-veja-detalhes-sobre-denuncia-da-influencer-contr-renato-kalil-16469837>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CENTRO LATINO-AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS (CLAM). **Risco e escolha**, 15 de abril de 2014. Disponível em: <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?cod=11508> >. Acesso em: 25 out. 2014.

CÉSARIENNES. **Panoramas de la Santé 2019**: les indicateurs de l'OCDE, 2019. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/824731c8-fr/index.html?itemId=/content/component/824731c8-fr>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CPMI DA Violência contra a Mulher faz diligências, a partir desta 2ª feira, no Rio de Janeiro. **Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos**, 5 de novembro de 2012. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/area-imprensa/ultimas_noticias/2012/11/05-11-cpmi-da-violencia-contr-a-mulher-faz-diligencias-a-partir-desta-2a-feira-no-rio-de-janeiro. Acesso em: 30 mar. 2022.

D'ALAMA, Luna. Estudantes protestam contra ameaça de fechamento de curso da USP Leste, 26 de março de 2011. **G1 - Educação**, São Paulo. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2011/03/estudantes-protestam-contr-ameaca-de-fechamento-de-curso-da-usp-leste.html>. Acesso em: 04 abr. 2022.

DURAND, Anne-Aël, L'épisiotomie : un taux bien inférieur aux 75 % évoqués par Marlène Schiappa mais de vraies questions. **Le Monde**, 25 de julho de 2017. Disponível em: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/07/25/l-episiotomie-un-taux-bien-inferieur-aux-75-evoques-par-marlene-schiappa-mais-de-vraies-questions_5164811_4355770.html. Acesso em: 04 abr. 2022

EX-FUNCIONÁRIA DE Renato Kalil conta que sofreu abusos dentro da casa dele: 'É um doente'. Fantástico. **Globoplay**, 19 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/10142112/>. Acesso em: 16 abr. 2022.

FEBRASGO. **Notícias: Distócias**. 16 ago. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>. Acesso em: 21 mai. 2019.

GAUDIO, Marisa. OAB Mulher repudia veto do Ministério da Saúde ao termo "*violência obstétrica*". Nota Oficial. **OABRJ Digital**. 8 de maio de 2019. Disponível em: <http://www.oabRJ.org.br/noticia/116148-oab-mulher-repudia-veto-do-ministerio-da-saude-ao-termo-violencia-obstetrica>. Acesso em 22 mai. 2019.

GONZALES, Mariana. Shantal criará projeto de lei contra violência obstétrica: 'Vou até o fim'. Violência contra a mulher. **Universa Uol**, 24 de janeiro de 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2022/01/24/shantal-projeto-de-lei-criminalizar-violencia-obstetrica.htm>. Acesso em: 16 abr. 2022.

INFLUENCER SHANTAL diz que foi vítima de violência obstétrica durante parto. **G1**, São Paulo. Janeiro de 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/video/influencer-shantal-verdelho-diz-que-foi-vitima-de-violencia-obstetrica-durante-parto-10128325.ghtml>. Acesso em: 16 abr. 2022.

JANAÍNA Paschoal vê 'ditadura do parto normal' com mulheres pobres. **Revista Veja**, 11 de junho de 2019. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/janaina-paschoal-ve-ditadura-do-parto-normal-com-mulheres-pobres/>. Acesso em: 03 abr. 2022.

LARA, Bruna de. Ministério da Saúde quer fingir que não existe *violência obstétrica*. Esses relatos provam o contrário. **The Intercept Brasil**, 8 de maio de 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/05/07/ministerio-da-saude-quer-fingir-que-nao-existe-violencia-obstetrica-esses-relatos-provam-o-contrario/>. Acesso em 22 de maio de 2019.

MÃE LEVA arma na hora de fazer o parto por medo de violência dos médicos, 10 de agosto de 2017. **Balanço Geral**. Disponível em: <https://recordtv.r7.com/balanco-geral/videos/mae-leva-arma-na-hora-de-fazer-o-parto-por-medo-de-violencia-dos-medicos-21102018>. Acesso em: 03 abr. 2022.

MARQUES, Brenda. Hospitais impedem entrada de doulas por causa da covid-19, 14 de abril de 2020. Saúde. **Portal R7**. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/hospitais-impedem-entrada-de-doulas-por-cao-da-covid-19-14042020> Acesso em: 03 abr. 2022.

MIRANDA, Cassia. Mulheres se juntam a Shantal e relatam violência obstétrica de Renato Kalil. BuzzFeed. Dezembro de 2021. Disponível em:

<https://buzzfeed.com.br/post/mulheres-se-juntam-a-shantal-e-relatam-violencia-obstetrica-de-renato-kalil>. Acesso em: 16 abr. 2022.

MOVIMENTO Parto Adequado e a Jornada da Gestante, 26 de janeiro de 2022. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/movimento-parto-adequado-e-a-jornada-da-gestante-1>. Acesso em: 30 mar. 2022.

NASCER DIREITO. **Nota de Repúdio Institucional ao despacho do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://nascerdireito.com.br/?p=374>. Acesso em 22 mai. 2019.

NASCIMENTO, Rakeche. 'Pequeno Manual Antirracista' de Djamilia Ribeiro torna-se o livro mais vendido do Brasil. **Mundo Negro**, 16 de junho de 2020. Disponível em: <https://mundonegro.inf.br/pequeno-manual-antirracista-de-djamila-ribeiro-torna-se-o-livro-mais-vendido-do-brasil/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PARENTE, Raphael C. M. **Exposição de motivos da Resolução CREMERJ nº 293/2019**. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>. Acesso em 18 mai. 2019.

PARENTE, Raphael C. M. Partos de alto risco: morte de gestantes está ligada à retirada de obstetras das consultas de pré-natal e dos partos. **O Globo: opinião**. 18 de março de 2018. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/opiniao/partos-de-alto-risco-22494587>. Acesso em 17 mai 2019.

PARLAMENTARES do PSOL cobram inclusão de doulas no Plano de Vacinação de Campinas, 25 de fevereiro de 2021. **Sâmia Deputada Federal PSOL**. Disponível em: <https://samiabomfim.com.br/2021/02/parlamentares-do-psol-cobram-inclusao-de-doulas-no-plano-de-vacinacao-de-campinas/>

PARTO Adequado, s/d. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado#:~:text=O%20projeto%20Parto%20Adequado%2C%20desenvolvido,ao%20parto%20e%20nascimento%2C%20que>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PELAS MÃOS de Dona dos Prazeres, uma multidão. Cultura popular e artesanato. Patrimônio Cultural. **Culture.pe - O portal da cultura pernambucana**, 8 de março de 2018. Disponível em: <http://www.cultura.pe.gov.br/canal/patrimonio/pelas-maos-de-dona-prazeres-uma-multidao/>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SANTOS, Rafa. Ciência x Emoção: TJ-SP declara inconstitucional lei que autorizou cesáreas sem recomendação médica. **Boletim de Notícias Conjur**, 2 de julho de 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-jul-02/lei-autorizou-cesareas-recomendacao-inconstitucional>. Acesso em: 04 abr. 2022.

STF RECONHECE constitucionalidade da Lei nº 17.137/2019, de autoria da Deputada Janaina Paschoal, que garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano. Notícias sobre o mandato, Projetos Legislativos, 31 de agosto de 2021. **Janaina Paschoal**. Disponível em: <https://janainadobrasil.com.br/stf-reconhece-constitucionalidade-da-lei-n-17-137-2019-de-autoria-da-deputada-janaina-paschoal-que-garante-a-gestante-a-possibilidade-de-optar-pelo-parto-cesariano/>. Acesso em: 16 abr. 2022.

Vídeos

AUDIÊNCIA pública sobre violência obstétrica. Novembro de 2014. 3 vídeos (2h47min; 2h29min; 1h30min). Disponível em: <https://www.youtube.com/playlist?list=PL3e1JLwWm3CBdcHlt8Umf7j6apelFfd5K>. Acesso em: 04 abr. 2022.

DEFESA DOS Direitos da Mulher – Violência Obstétrica no Brasil – 02/07/2019. 2019. 1 vídeo (3h33min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=VLy22LiGYZ4&ab_channel=C%C3%A2maradosDeputados. Acesso em: 04 abr. 2022.

DIREITO À opção por cesariana no SUS é debatido em audiência pública. 2019. 1 vídeo (4h20min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=xKvJg6UiJyg>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SEMINÁRIO Internacional Medicalização do Parto (out. 2018) - Mesa 1: Locais e cenários do parto. 2018. 1 vídeo (1h34min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=601N7-r6q-k&t=535s>. Acesso em: 04 abr. 2022.

VIOLÊNCIA Obstétrica - a voz das brasileiras. Criação e produção coletiva: Bianca Zorzam; Lígia Moreiras Sena; Ana Carolina Arruda Franzon; Kalu Brum. 2013. 1 vídeo (51 min). Disponível em: <https://vimeo.com/53726390>. Acesso em: 29 mar. 2022.