



Universidade de Brasília - UnB
Faculdade de Direito

RAFAELA DE MIRANDA OCHOA PEÑA

**VIDAS CORTADAS:
a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero**

Brasília
2016
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO

**VIDAS CORTADAS:
a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero**

Autora: Rafaela de Miranda Ochoa Peña
Orientadora: Profa. Dra. Ela Wiecko Volkmer
de Castilho

Monografia apresentada como
requisito parcial à obtenção do
grau de bacharela na
Faculdade de Direito da
Universidade de Brasília.

Brasília, 15 de julho de 2016

FOLHA DE APROVAÇÃO

RAFAELA DE MIRANDA OCHOA PEÑA

VIDAS CORTADAS: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de bacharela na Faculdade de Direito da Universidade de Brasília.

Aprovada em: 21 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho
(Orientadora)

Me. André Luiz Pereira Oliveira

Dra. Livia Gimenes Dias da Fonseca

Profa. Ma. Ísis Dantas Menezes Zornoff Táboas

AGRADECIMENTOS

Dedico o presente trabalho às milhões de mulheres anônimas que não tiveram aqui suas histórias contadas.

Este trabalho é parte do Programa de Iniciação Científica
“Isto é Violência de Gênero!” coordenado pela Profa.
Dra. Ela Wiecko Volkmer de Castilho.

RESUMO

O presente trabalho versa sobre uma das formas de violência de gênero, a violência obstétrica. O trabalho analisa a violência obstétrica no complexo contexto de relações de poderes em que está imersa, abordando-a sob uma perspectiva de gênero. Para isso, são trabalhados alguns aspectos: a apresentação naturalista do corpo feminino sustentada pelo falso dualismo sexo/gênero, o olhar da medicina sobre o corpo das mulheres e as relações de poder na assistência ao parto. Essas perspectivas servem como marco teórico para que seja possível uma interpretação contextualizada da violência obstétrica como violência de gênero. Ainda, os olhares se voltam para o Brasil e é apresentado um breve panorama da violência no país, no qual são trabalhados os dados da violência e as previsões normativas brasileiras, sempre trançando-se um paralelo com o marco teórico apresentado. Por fim, é apresentada a história de Adelir Góes, uma das muitas vítimas da violência obstétrica. O estudo de caso é realizado a partir de paralelos estabelecidos com o marco teórico trabalhado e permite evidenciar como se dá a violência, mas, ainda mais importante, observá-la de acordo com a perspectiva da mulher. É possível identificar, assim, como a luta por protagonismo no parto é uma subversão necessária.

PALAVRAS CHAVES: Violência Obstétrica. Violência de Gênero. Adelir Góes. Direitos Reprodutivos. Dualismo sexo/gênero. Authoritative Knowledge. Medicalização do parto.

ABSTRACT

The present study discusses a specific form of gender violence, i.e., obstetric violence. It analyzes such violence within a complex context of power relations, looking at it through a gender perspective. In order to do so, the study presents some aspects, such as the naturalistic approach of the woman's body sustained by a false dualism between sex and gender. Also, it considers the medical look upon the woman's body and the power relations within childbirth care as factors that authorize obstetric violence. All these aspects serve as a theoretical framework that allows a contextualized interpretation of obstetric violence as gender violence. Moreover, the present study focuses on the Brazilian situation, presenting a brief overview of obstetric violence in the country, showing data about this specific form of violence along with the legislative provisions against it. Furthermore, a parallel between the overview and the theoretical frame will be drawn. Finally, it will retell the story of Adelir Góes, one out of several victims of obstetric violence. This case study is carried out from the previously developed parallels between the theoretical framework and the Brazilian situation, and allows to evidence how obstetric violence happens. Even more, it allows to look at this violence from the womanly perspective. Then, it is possible to identify that the struggle for leadership roles and empowerment in childbirth is a necessary subversion.

KEYWORDS: Obstetric violence. Gender violence. Adelir Góes, Reproductive rights. Sex/Gender dualism. Authoritative Knowledge. Childbirth medicalization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO: UM PONTO DE PARTIDA PARA ENTENDER A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	11
1.1. O FALSO DUALISMO SEXO/GÊNERO	11
1.2. A MEDICINA E O CORPO FEMININO.....	14
1.3. AS RELAÇÕES DE PODER NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: <i>AUTHORITATIVE KNOWLEDGE</i>	19
CAPÍTULO 2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM PANORAMA BRASILEIRO, DADOS E PREVISÕES NORMATIVAS	23
2.1. DADOS DA VIOLÊNCIA NO BRASIL	23
2.2. PREVISÕES NORMATIVAS	28
2.2.1. Direitos reprodutivos	28
2.2.2. Violência obstétrica: definição dada pela lei venezuelana	30
2.2.3. A visão da Organização Mundial da Saúde: recomendações de Fortaleza ...	31
2.2.4. Organização Mundial da Saúde: manual de boas práticas e atenção ao parto e o nascimento	33
2.2.5. Ministério da Saúde: Portaria 1.459/2011	36
2.2.6. Leis esquecidas: Lei 6.202/1975, Lei 11.108/2005 e Lei 11.634/2007	39
2.2.7. Projeto de Lei n. 7.633/2014	41
CAPÍTULO 3. ADELIR.....	44
3.1. AS DIFICULDADES DE SE CONTAR UMA HISTÓRIA.....	44
3.2. ADELIR: UM PEDAÇO DE SUA HISTÓRIA.....	46
3.3. O TERMO DE RESPONSABILIDADE: MARCO DA <i>AUTHORITATIVE KNOWLEDGE</i>.....	49
3.4. O NÃO DE ADELIR E A QUEBRA DE REPETIÇÕES DE GÊNERO.....	52
3.5. MULHER COMO MERA “PORTADORA DE BEBÊ”	56
CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS:	61

INTRODUÇÃO

Não é possível analisar a violência obstétrica isoladamente, como uma violência dissociada de um contexto social. A violência obstétrica deve ser observada no complexo contexto de relações de poderes em que está imersa, compondo o múltiplo espectro das violências de gênero.

Sendo assim, a minha primeira ideia de estruturação metodológica foi trabalhar com o estudo de caso. Um estudo de caso nos permite evidenciar como se dá a violência, mas, ainda mais importante, observá-la de acordo com a perspectiva da mulher que conta a história. É possível identificar, assim, como os questionamentos das mulheres são capazes de abalar um sistema criado para reprimi-las.

Contar uma história é deixar de analisar apenas a violência e dar um nome a uma mulher guerreira. Mulheres com nomes próprios não são um mero número no somatório de estatísticas de um sistema opressor. Uma das maneiras de se evidenciar o contexto sexista dessa violência é através de relatos.

Infelizmente, existem várias histórias de mulheres que vivenciaram a violência obstétrica, histórias que precisam ser contadas. A história de Adelir Góes é umas delas. Os motivos para a escolha da história de Adelir são vários. No ano de 2014, sua história ficou conhecida entre militantes que lutam pelo direito de parir sem violência. Adelir virou símbolo de resistência. Mas, um dos principais motivos que me levou a falar sobre essa história é outro: Adelir apresentou resistência às imposições médicas e, por isso, foi reprimida por um sistema de gênero que luta para manter sua estabilidade.

Nesse trabalho, as ideias estão organizadas da seguinte forma: em um primeiro momento apresenta-se um marco teórico para a análise da violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero. Três temas são centrais nesse primeiro capítulo: a necessidade de perceber como o nosso olhar para o corpo é contaminado pelas nossas noções de gênero; a apresentação do corpo feminino como um corpo doente pela medicina; e a relação desigual de poderes na assistência ao parto.

O segundo capítulo, por sua vez, pretende traçar um panorama da situação brasileira. Discute-se os dados da violência obstétrica no Brasil, as recomendações da Organização

Mundial da Saúde sobre o tema e as normativas brasileiras que visam proteger as mulheres e humanizar a assistência ao parto no Brasil.

O terceiro capítulo visa analisar a história de Adelir. O objetivo de trabalhar a história de Adelir não é meramente ilustrativo, mas deixar claro como os aspectos abordados no primeiro e no segundo capítulos atuam para a efetivação dessa modalidade de violência. A análise da história de Adelir objetiva, portanto, esclarecer a necessidade da análise da violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero, para que seja possível compreender a sua verdadeira dimensão.

Para tanto, a análise é dividida em três momentos. Em um primeiro momento, discute-se como a *authoritative knowledge* [conhecimento autoritário] estudada no primeiro capítulo, aparece na história de Adelir, problematizando novamente a desigualdade de poderes na assistência ao parto. Em um segundo momento, analisa-se a repressão sofrida por Adelir, partindo da teoria de Judith Butler sobre a repressão dos corpos devido à quebra de repetições de atos de gênero. Em um terceiro momento, finalmente, compreende-se como a decisão da juíza sobrepôs os supostos direitos do nascituro sobre os direitos efetivos de Adelir, reduzindo-a a uma mera “portadora de bebês”.

Por fim, vale ressaltar que o presente trabalho não visa esgotar as análises possíveis sobre a história de Adelir. Pelo contrário, a partir dos debates levantados nos dois primeiros capítulos, acredito que é possível uma infinidade de outras análises e abordagens. O trabalho busca, então, contribuir para o debate apresentando argumentos para que reste, evidente, a importância de se observar a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero.

1. MARCO TEÓRICO: UM PONTO DE PARTIDA PARA ENTENDER A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A apresentação de um marco teórico é essencial para a análise da violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero. Três temas são centrais: a necessidade de perceber como o nosso olhar para o corpo é contaminado pelas nossas noções de gênero; a apresentação do corpo feminino como um corpo doente pela medicina; e a relação desigual de poderes na assistência ao parto. Esses aspectos não são os únicos relevantes, mas são essenciais para a observação da violência obstétrica como uma violência associada a uma moral de gênero opressora.

1.1. O FALSO DUALISMO SEXO/GÊNERO

O gênero foi, por muito tempo, visto como a identidade que se cria para expressar um sexo biológico imutável (FAUSTO-STERLING, 2002, p. 15). O dualismo sexo/gênero comumente trabalha o sexo como anterior ao gênero, como uma essência biológica e natural que, diferentemente do gênero, não é construída. Essa linha de pensamento leva à crença de que seria possível uma observação empírica e positivista sobre o sexo, dissociada de um contexto e de um discurso.

No entanto, na década de 1990, autoras como Judith Butler e Anne Fausto-Sterling começaram a questionar se o sexo, assim como o gênero, não seria socialmente construído. Em outras palavras, questionaram o motivo de o sexo ser apresentado como natural, como o suporte sobre o qual o gênero viria a se construir, e não também como uma construção social.

Fausto-Sterling, em seu livro *Corpos Sexuados: políticas de gênero e a construção da sexualidade* (2000), e mais precisamente, no capítulo intitulado *Dualismos em Duelo*, utiliza um primoroso exemplo que evidencia a complexidade da busca pela classificação de um corpo segundo o binarismo sexual macho-fêmea. A autora apresenta a história de Maria Patiño, atleta espanhola que, nas Olimpíadas de 1988, se esqueceu da obrigatoriedade de entregar um certificado médico que comprovaria seu pertencimento ao sexo feminino. O Comitê Olímpico Internacional (COI), então, determinou que se realizasse um exame para determinar o seu sexo, consistindo na retirada de células de sua bochecha. O resultado do

exame foi diferente do esperado e, segundo o conhecimento científico do COI, Patiño não era uma mulher (FAUSTO-STERLING, 2002, p.11).

Maria Patiño teve sua intimidade revelada pela mídia e foi impedida de competir. A atleta iniciou uma peregrinação de médico em médico para obter uma resposta até que finalmente encontrou a resposta médico-científica para a sua situação: ela nascera com insensibilidade ao andrógeno (FAUSTO-STERLING, 2002, p.12). Segundo os médicos:

Embora tivesse um cromossomo Y e seus testículos produzissem testosterona suficiente, suas células eram incapazes de detectar esse hormônio masculinizante. Por este motivo, seu corpo nunca produziu características masculinas. Mas na puberdade seus testículos produziram estrógeno (como os testículos de todos os homens), que, por causa da incapacidade de seu corpo reagir à testosterona, provocaram o crescimento de seus seios, o estreitamento de sua cintura e o alargamento dos quadris. A despeito de um cromossomo Y e testículos, elas cresceram como uma mulher e desenvolveram formas femininas (FAUSTO-STERLING, 2002, p. 12).

Maria Patiño não ficou satisfeita com a resposta e lutou para voltar a integrar a equipe olímpica. Após dois anos, a Federação Internacional de Atletismo Amador (FIAA) a readmitiu. Para a FIAA, suas estruturas pélvicas e ombros eram femininos o suficiente para que competisse na categoria feminina (FAUSTO-STERLING, 2002, p.13).

O Comitê Olímpico, por outro lado, apesar de admitir que a busca pelo cromossomo Y talvez não fosse o método adequado para a determinação do sexo, jamais deixou de exigir o teste de sexo e ainda se empenha em definir qual o método científico mais avançado capaz de revelar, sem questionamentos, o verdadeiro sexo dos indivíduos (FAUSTO-STERLING, 2002, p.13).

O exemplo de Maria Patiño é essencial para que se perceba que a determinação do sexo de um indivíduo é uma construção social complexa. A partir dos questionamentos realizados por Butler (2015b) e Fausto-Sterling (2002) o sexo, antes apresentado como uma verdade biológica inquestionável, passou a ser observado com outros olhos. Ambas as autoras deixam claro que analisar o sexo como uma construção social não implica negar a anatomia, a composição hormonal, a química, a biologia ou a fisiologia, mas em perceber que a nossa interpretação sobre a matéria e seus atributos é contaminada por noções de gênero. Fausto-Sterling explica que:

quanto mais procuramos uma base física simples para o “sexo” mais claro fica que o “sexo” não é uma categoria física pura. Aqueles sinais e funções corporais que definimos como masculinos ou femininos já vem misturado em nossas idéias sobre gênero. [...] A escolha dos critérios a utilizar na determinação do sexo, e a escolha de simplesmente fazer essa determinação, são decisões sociais para as quais os cientistas não podem oferecer regras absolutas (FAUSTO-STERLING, 2002, p. 19).

A discussão acerca do binarismo sexo/gênero pode parecer bastante abstrata. No entanto, independente da corrente teórica escolhida, os questionamentos levantados pelas feministas pós-modernas são muito importantes. Entender que a nossa concepção, o nosso olhar para o sexo e para o corpo é marcado por nosso entendimento sobre o que é gênero, é essencial. Quando olhamos para a anatomia dos seres, automaticamente tentamos classificá-la de acordo com um binarismo macho-fêmea, apesar de termos conhecimento de que existem diversas formas anatômicas, e não apenas duas.

A sociedade oprime as formas anatômicas que “não se enquadram” nesse binarismo, justamente porque, através da naturalização do binarismo sexual, a estabilidade do binarismo de gênero é justificada (BUTLER, 2015a). É a partir da observação desses corpos, dos corpos que são taxados como “exceções”, que podemos ver como a realidade que nos é apresentada como natural, como o mundo corriqueiro das determinações sexuais, é, na verdade, construída (BUTLER, 2015b, p. 191). Judith Butler deixa claro que:

Nossas pressuposições sobre os corpos sexuados, sobre o fato de serem um ou outro, sobre os significados que lhes são considerados inerentes ou decorrentes de serem de tal ou qual modo sexuados, se veem repentina e significativamente perturbadas por esses exemplos, que não concordam com as categorias que naturalizam e estabilizam esse campo dos corpos para nós nos termos das convenções culturais vigentes. Consequentemente, é o estranho, o incoerente, o que está “fora” da lei, que nos dá uma maneira de compreender o mundo inquestionado da categorização sexual como um mundo construído, e que certamente poderia ser construído diferentemente (BUTLER, 2015b, p. 191).

Portanto, a desestabilização do binarismo sexual é uma desestabilização do binarismo de gênero, o que demanda esforços para controlá-los e para sexuá-los dentro das categorias macho-fêmea. Em outras palavras, ainda que seja patente a inexistência de apenas dois tipos

anatômicos, existe é um sistema de gênero que luta para continuar binário, através de argumentações científicas baseadas em falsas determinações biológicas.

O ponto principal da discussão é a percepção de que o olhar sobre o corpo está contaminado pela noção de gênero (BUTLER, 2015b). Caso escolhêssemos por renunciar às discussões acerca do sexo físico e do corpo, estaríamos abrindo espaço para ataques com base em diferenças biológicas (FAUSTO-STERLING, 2002, p. 17-18). Ao percebermos que o nosso entendimento sobre as potencialidades dos corpos está contaminado por ideias de gênero, deixamos de aceitar justificativas biológicas como verdades inquestionáveis.

Esta percepção é muito importante ao se trabalhar a violência obstétrica, porque através dela fica claro que as respostas médico-científicas sobre a sexualidade e reprodução não são baseadas puramente em biologia. Assim como qualquer outra observação do corpo, também estão contaminadas por ideias de gênero.

1.2. A MEDICINA E O CORPO FEMININO

Observar a medicina ocidental sem realizar uma reflexão crítica pode ser bastante problemático. Um dos perigos de uma interpretação descontextualizada é o entendimento da medicina como uma instituição que produz conhecimentos e práticas objetivas, livres de influências sociais e ideológicas. No entanto, a medicina, assim como todas as demais áreas da ciência, está imersa em uma complexa rede de relações de poderes. Dessa maneira, ela acaba por reforçar opressões através de suas práticas, muitas vezes marcadas por valores e preconceitos que provocam a exclusão e a discriminação de certos grupos de pessoas.

O objetivo de se observar a medicina como uma instituição sujeita a influências sociais, políticas e econômicas, como reprodutora de padrões opressores hegemônicos, não é invalidar todo o trabalho feito pelos profissionais da saúde. Pelo contrário, o objetivo torna-se chamar a atenção para o perigo que é ver uma instituição como uma autoridade inquestionável, o que dificulta melhorias e progressos que poderiam advir de críticas construtivas (DAVIS-FLODY; SARGENT, 1997).

Grupos de estudiosas feministas se dedicaram a criticar a abordagem da ciência como neutra e objetiva. Elas argumentam que o viés “objetivo” da ciência legitima práticas médicas que perpetuam e reproduzem hegemonias sociais, excluindo vários segmentos da população.

Nesse contexto, é interessante entender como a ciência trabalhou historicamente a figura feminina.

Barbara Ehrenreich e Deirdre English em seu livro *Complaints and Disorders: The sexual politics of sickness* (1973), analisaram a contribuição da medicina, no final do século XIX e início do século XX, para a ideologia sexista. Segundo as autoras, a grande maioria dos argumentos utilizados para justificar supostas diferenças de capacidades entre homens e mulheres eram baseados nas diferenças entre seus corpos (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 1). Elas chamam atenção para a importância de se ter em mente que a medicina exerce um papel determinante na interpretação da capacidade dos corpos, justamente por possuir o corpo humano como objeto de estudo. Sendo assim, as autoras estudaram como se deu o que consideram como a maior contribuição da medicina para a ideologia sexista: apresentar as mulheres como corpos doentes (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 1).

Entre os anos 1865 e 1920 nos Estados Unidos, intervalo temporal analisado pelas autoras, a diferença de classe social entre as mulheres com poder aquisitivo e as mulheres trabalhadoras era muito marcante (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 5). Nesse contexto, a medicina tratava os dois grupos de mulheres como espécies humanas completamente diferentes (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). Os interesses da moral vigente serviam de guias para a observação dos corpos das mulheres como doentes ou saudáveis.

Segundo as autoras, as mulheres das classes sociais mais altas costumavam viver uma vida de confinamento, suas atividades estavam limitadas a pequenos afazeres domésticos e curtos passeios. Em meio a este contexto, o mito da mulher frágil e inválida ganhou forças. Em contrapartida, o protagonismo masculino no mundo industrial emergente se consolidava. A visão da medicina sobre a saúde dessas mulheres contribuía para perpetuar o mito da invalidez feminina. A necessidade de confinamento social das mulheres no ambiente doméstico era justificada por argumentos supostamente científicos, mas que na realidade não passavam de justificativas baseadas em papéis de gênero opressores (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). Os eventos fisiológicos femininos eram considerados patológicos: a gravidez era vista como doença, a puberdade como um processo de crise que culminava na menstruação e a menopausa encarada como a doença final feminina: “a morte da mulher dentro da própria mulher” (EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p. 9).

Uma teoria muito utilizada pelos médicos da época para justificar a “invalidez feminina” merece especial atenção: a teoria da conservação de energia (EHRENREICH;

ENGLISH, 1973, pp. 11-13). Segundo essa teoria, o corpo humano possui uma quantidade determinada de energia, que flui de um órgão para o outro de forma que o funcionamento de um órgão depende da energia que é a ele repassada por outro. A energia sexual, como as outras energias, também seria fruto dessa mesma quantidade fixa de energia presente em cada corpo. Sendo assim, para se armazenar energia sexual seria necessário retirar energia de outros órgãos. Como a reprodução era apontada como o grande propósito biológico dos corpos femininos, os médicos aconselhavam as mulheres a focarem sua energia em seus úteros e evitarem o desperdício de energia com outras atividades, como, por exemplo, o uso excessivo do cérebro em leituras (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Nesse contexto, o útero passa a ser o mais importante órgão do corpo feminino e o repouso a prescrição médica para a reprodução. Em contrapartida, o esforço intelectual e físico dos homens era estimulado e em nada parecia influenciar o seu desempenho sexual. Essa teoria merece especial atenção por apontar como a moral sexista hegemônica, sustentada também por argumentos médico-científicos, vincula o corpo feminino ao destino biológico da reprodução. Esse vínculo é extremamente opressor, pois limita a sexualidade feminina à estrutura obrigatória da sexualidade reprodutora heterossexual (BUTLER, 2015b). Além disso, apesar de a reprodução ser apontada como o destino biológico das mulheres, conforme veremos adiante, o sistema da medicalização não permite que a mulher seja protagonista de seu processo de reprodução. Os corpos das mulheres, destinados à reprodução, não são considerados capazes de reproduzir com saúde e autonomia. Dessa forma, na realidade, esse destino, apontado como necessário, é um destino de submissão e controle.

Retomando a análise de Ehnrenreich e English, as autoras buscaram realizar uma análise mais próxima da realidade, considerando a intersecção entre o gênero e outros fatores formadores da identidade, como, por exemplo, a classe social. Elas reconheceram, na busca por uma análise mais apurada, a diferença entre o sexismo sofrido pelas mulheres ricas e pelas mulheres pobres e, portanto, analisaram ambos os grupos. Conforme já observado, as mulheres ricas eram tratadas como doentes (*sick*), e o mito da invalidez era cultivado pela comunidade médica. No entanto, ao contrário da rotina das mulheres ricas, a das mulheres mais pobres era marcada por exaustivas horas de trabalho em condições precárias. As péssimas condições de trabalho nas fábricas e indústrias dos anos 1900 são bastante notórias e, portanto, não é difícil imaginar como esse ambiente foi perfeito para a proliferação de doenças como febre amarela, cólera e difteria, além de inúmeros acidentes de trabalho

(EHRENREICH; ENGLISH, 1973, p.21). Todas essas variáveis estavam presentes nos cotidianos daquelas mulheres trabalhadoras.

Contudo, diferentemente das mulheres de classes mais altas, as mulheres trabalhadoras não eram o público alvo dos médicos (EHRENREICH; ENGLISH, 1973). Pelo contrário, elas sequer tinham acesso a cuidados médicos quando padeciam doentes. Sendo assim, o raciocínio científico que diagnosticava as mulheres ricas como doentes (*sick*) e, conseqüentemente, frágeis e merecedoras de repouso, não se aplicava à vida dessas outras mulheres. A argumentação por trás do mito da invalidez feminina deixava, portanto, de ter qualquer sentido.

Ademais, a preocupação da medicina em relação à saúde das mulheres da classe trabalhadora não era no sentido de protegê-las de doenças, mas no sentido de proteger os outros de suas doenças. Essas mulheres não eram vistas pela comunidade médica como frágeis e doentes (*sick*), mas como vetores de doenças, capazes de adoecerem os outros (*sickening*), o que servia de justificativa para acentuar ainda mais sua segregação. É claro que não foram apenas os discursos científicos da comunidade médica os responsáveis por essa segregação, mas, sem dúvidas, foram eles grandes contribuidores para *um motivo plausível* pelo qual ela deveria ocorrer (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).

Além da historiografia apresentada por Barbara Ehrenreich e Deirdre English, Teresa Ortiz Gómez em *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer* (2002), resume de forma clara a influência do androcentrismo na apresentação do corpo feminino pela ciência:

La idea de la inferioridad del cuerpo de la mujer y la idea del cuerpo único, isomorfo, eran resultado de incorporar expectativas sociales en las representaciones de la naturaleza. Con ello, la ciencia naturalizaba y legitimaba las creencias y prácticas culturales dominantes, proceso que ha sido denominado como parte del sistema sexo/género y que perdura hasta la actualidad (GÓMES, 2002, p. 34-35).

Ademais, Ortiz (2002) chama atenção para um aspecto muito importante dessa breve historiografia: nem todos os profissionais da saúde, homens e, principalmente, mulheres, foram consonantes com essa apresentação do corpo feminino pela ciência. Existiram diversos grupos de resistência, que abriram os caminhos para que fosse possível realizar este tipo de questionamento hoje. Em suas palavras:

Conviene tener presente que, aunque el pensamiento dominante en la ciencia operaba incorporando estos y otros sesgos sexistas, no todas las voces fueron unánimes y la crítica y la disidencia han existido en todas las épocas, aunque la historia no se haya ocupado hasta hace poco de ello. [...] En el siglo XIV, la escritora Cristina de Pizán, mujer cultísima e hija y nieta de eminentes médicos rebatió claramente los argumentos de los filósofos y escritores clásicos y medievales y avanzó una hipótesis que hoy consideraríamos de gran importancia epistemológica (GÓMES, 2005, p. 34).

No entanto, devemos estar atentos para o fato de que o androcentrismo ainda marca o conhecimento produzido pela ciência médica hoje. Sua influência está muito presente também nas práticas relacionadas à obstetrícia. O processo histórico de medicalização do corpo da mulher permitiu que a medicina construísse um discurso que busca legitimar o controle dos corpos das mulheres e o controle de sua reprodução (VIEIRA, 1999).

E tais diferenças de tratamento, infelizmente, não ficaram no passado. Em estudo realizado pelas pesquisadoras Maria do Carmo Leal, Silvana Granado Nogueira da Gama e Cynthia Braga Cunha, da Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, no Município do Rio de Janeiro entre o período de 1999 e 2001, ao analisarem as intersecções entre o gênero e a cor da pele, restou evidente a desigualdade de acesso ao sistema de saúde também no momento do parto (CUNHA; GAMA; LEAL, 2005, p. 104). Os dados são chocantes, segundo o estudo, 31% das mulheres negras e 28,8% das mulheres pardas tiveram que peregrinar em busca de atendimento por não conseguirem ser atendidas na primeira maternidade procurada, em comparação ao total de 18,5% de mulheres brancas (CUNHA; GAMA; LEAL, 2005, p. 103). Ainda, a proporção de mulheres em trabalho de parto que não tiveram acesso à anestesia foi maior que o dobro entre as mulheres negras e pardas quando comparadas às mulheres brancas (CUNHA; GAMA; LEAL, 2005, p. 103).

A partir dessa perspectiva histórica ampla, “o fenômeno moderno da medicalização do nascimento é apontado como mais uma - e fundamental - instância de expressão do poder masculino” (BARBOSA et al., 2003, p. 1613). A crítica feminista à assistência ao parto busca, portanto, questionar e problematizar a patologização da reprodução, apontando como a situação de subordinação vivenciada pelas mulheres, expressa na medicalização do corpo feminino, é socialmente determinada e não uma decorrência natural de características biológicas (BARBOSA et al., 2003, p.1613).

1.3. AS RELAÇÕES DE PODER NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: *AUTHORITATIVE KNOWLEDGE*

Os temas apresentados no tópico anterior entram em consonância com importantes declarações de Michel Foucault: a medicina não é um campo de conhecimento puro e livre de influências externas, pelo contrário, é moldada por essas influências de acordo com o contexto histórico, político e econômico em que se encontra. Como nas sociedades ocidentais contemporâneas o discurso científico é concebido como verdade, a medicina e os profissionais da saúde são vistos como uma das principais autoridades de nossos tempos (FOUCAULT, 1963). Isso tem importantes consequências, principalmente porque o discurso médico possui o poder institucional e a legitimação social para decidir sobre questões fundamentais que atingem diretamente a vida das pessoas. A medicina, analisada aqui como uma instituição, assume uma posição privilegiada: ela dita quem é doente e quem é saudável, o que é normal e o que não é. Possui, portanto, o poder de medir as capacidades dos corpos.

Sendo assim, o discurso hegemônico da comunidade médica se sustenta devido à legitimação social por ele alcançada. Alguns fatores que influenciam esta legitimação são as estruturas políticas, sociais e econômicas, responsáveis por reforçar alguns discursos em detrimento de outros. Em um contexto social regido por relações de poderes baseadas na assimetria social entre homens e mulheres, o discurso científico marcado pelo sexismo encontra uma estrutura de legitimação para se sustentar.

A apresentação do discurso médico é manipulável. Algumas vezes, a estratégia utilizada é a de apresentar este discurso de forma acessível e atraente, outras vezes a de complicá-lo, a depender do público-alvo ao qual o discurso está sendo direcionado. É o que Foucault denomina “controle do discurso”, em suas palavras:

There is, I believe, a third group of rules serving to control discourse. Here, we are no longer dealing with the mastery of the powers contained within discourse, nor with averting the hazards of its appearance; it is more a question of determining the conditions under which it may be employed, of imposing a certain number of rules upon those individuals who employ it, thus denying access to everyone else. (FOUCAULT, 1971, p. 224)

A construção da autoridade médica na comunidade científica é bastante trabalhada no campo da história e da antropologia. Brigitte Jordan (1997) e Paul Starr (1982) realizaram importantes estudos sobre a relação entre a *authoritative knowledge* da comunidade médico-científica e o contexto do nascimento e da reprodução.

Paul Starr estuda de forma detalhada a evolução histórica da *authoritative knowledge* na América. Ele salienta que no século XX, cuidados médicos eram fornecidos por uma diversidade de pessoas em um sistema médico pluralista, no qual os conhecimentos de “cirurgiões barbeiros”, homeopatas, curandeiros e parteiras eram considerados *authoritative knowledge* por diversos segmentos da população. No entanto, uma série de eventos levou a alopatia a se estabelecer como o conhecimento dominante. Essa mudança deslegitimou rapidamente as outras formas de conhecimento e colocou o novo modelo médico em uma posição de autoridade cultural, poder econômico e influência política. Starr trabalha também a idéia de “autoridade cultural”, e conceitua-a como a probabilidade de certas definições e juízos de valor prevalecerem como válidos e verdadeiros sobre os demais. Ele defende que a legitimação social conseguida pela nova comunidade médica permitiu que os médicos passassem a serem vistos como os detentores dos “fatos” e do conhecimento (STARR, 1982, p. 13-15).

A *authoritative knowledge* é persuasiva porque, assim como o conhecimento científico em geral, é apresentada como natural, razoável e consensual (JORDAN, 1997, p. 57). Brigitte Jordan (1997) chama atenção ainda para o fato de que possuir a *authoritative knowledge* não corresponde a possuir o conhecimento correto ou acertado. Pelo contrário, reconhecer alguém como detentor de *authoritative knowledge* é reconhecer apenas o detentor do conhecimento apresentado como inquestionável. Em suas palavras:

It is important to realize that to identify a body of knowledge as authoritative speaks, for us as analysts, in no way to the *correctness* of that knowledge. Rather, the label “authoritative” is intended to draw attention to its status within a particular social group and to the work it does in maintaining the group’s definition of morality and rationality. The power of authoritative knowledge is not that it is correct but that it counts (JORDAN, 1997, p. 58).

A história sobre como Brigitte Jordan começou a se interessar pelo estudo da *authoritative knowledge* vale a pena ser mencionada por sua relação com o contexto do nascimento e da reprodução. A autora, em seu artigo *Authoritative Knowledge and Its*

Construction (1997), narra a experiência antropológica que foi essencial para a sua percepção sobre o conceito de *authoritative knowledge*: a investigação de casos em que mulheres eram obrigadas a passar por cesarianas devido a decisões judiciais.

Jordan (1997) conta que várias mulheres defendiam que não precisavam de uma cesariana e, destas, algumas passaram pelo procedimento contra sua vontade, enquanto outras tiveram seus bebês em casa ou outros lugares escondidos. A autora diz que sua maior surpresa foi que em todos os casos em que foram realizadas as cesarianas, uma avaliação posterior de seus resultados indicou que elas foram, em retrospectiva, desnecessárias. Nesse contexto, Jordan começa a se questionar sobre o motivo do conhecimento das mulheres acerca de seu próprio corpo não ser considerado válido e, em contrapartida, o conhecimento médico ser inquestionável, uma vez que, obviamente, o fato do conhecimento ser ou não correto não era o fator decisivo (JORDAN, 1997, p. 59). Após anos de pesquisa, a autora concluiu:

In the course of the years, I began to realize that in any particular social situation a multitude of ways of knowing exists, but some carry more weight than others. Some kinds of knowledge became socially sanctioned, consequential, even “official”, and are accepted as grounds for legitimate interference and action. In some groups, different kinds of knowledge come into conflict; in other, they become a resource for constructing a joint way of seeing the world, a way of defining what shall count as authoritative knowledge (JORDAN, 1997, p. 60).

Ademais, um aspecto recorrente observado pela autora em sua análise sobre nascimentos no ambiente hospitalar foi: a grande maioria das mulheres acreditava que sua experiência e sua percepção sobre seu corpo não estava sendo levada em consideração, até que o médico confirmasse que ela era de fato real. Por exemplo, a mulher informava que estava pronta para iniciar o processo de nascimento, mas o processo não tinha início até o momento em que era autorizado pelo médico (JORDAN, 1997, p. 66).

Outro ponto importante levantado pela autora é o uso da tecnologia como forma de reforçar quem é o detentor do conhecimento. Em outras palavras, Jordan observa como em uma sala de parto hospitalar, aquele que detém o controle dos aparelhos tecnológicos se apresenta como o detentor da sabedoria, o tomador de decisões e o único legitimado para controlar o que ocorre naquele ambiente (JORDAN, 1997, p. 65). A presença da tecnologia, mesmo nos casos em que não é necessário o seu uso, possui um significado social. Muitos autores defendem que o parto hospitalar é regulado por normas de produtividade industrial

capitalistas. Existiria, portanto, uma verdadeira indústria do parto. Nela, os corpos das mulheres são tratados como os corpos de trabalhadores e precisam ser controlados e disciplinados. Além disso, existe uma rigorosa divisão de trabalho e o tempo é extremamente regulado. O produto final, um bebê saudável, é vital e a este resultado final é dada a máxima importância, ao contrário do processo – o parto – que é obliterado pelo maquinário e discurso científicos.

Essa situação gera uma sensação de exploração em muitas mulheres, que sentem não ter outra escolha senão a de se adequar às condições impostas pelas regras e rotinas do hospital. Nesse contexto, a medicalização e a tecnologia podem ser vistos como fatores que afastam da mulher a autonomia sobre o seu próprio corpo, além de reforçar a idéia de submissão feminina.

Na esteira da medicalização, a voz da mulher é abafada por outras vozes: a voz dos profissionais da saúde, detentores da *authoritative knowledge*, não é questionada e as informações indicadas nas máquinas são apresentadas como verdade. Como nos conta Jordan:

in the labor room several different kinds of knowledges are actually present, but the only kind that counts is the knowledge delivered by the physician. This knowledge is communicated downward along the hierarchical structure of which the woman is the most distal member (JORDAN, 1997, p. 72).

Todas essas explicações acerca da *authoritative knowledge* tem o objetivo de possibilitar uma análise crítica das posições de discurso em um ambiente médico-hospitalar. No entanto, é importante ressaltar que nem todas as mulheres são vítimas passivas desse sistema, e que nem todos os profissionais de saúde são opressores. Muitas mulheres demonstram resistência e lutam por um parto autônomo. Lutam para serem as protagonistas de seus próprios partos. Inclusive aquelas que sofrem as represálias deste sistema e são forçadas a passarem por cirurgias cesarianas contra a sua vontade. Conforme veremos, Adelir é uma dessas mulheres.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM PANORAMA BRASILEIRO, DADOS E PREVISÕES NORMATIVAS

2.1. DADOS DA VIOLÊNCIA NO BRASIL

Dados da pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado* da Fundação Perseu Abramo, de agosto de 2010, revelam que 25% das mulheres entrevistadas afirmam ter sofrido algum tipo de agressão durante o processo de parto, dentre elas: exame de toque de forma dolorosa, ofensas verbais, ausência de informação sobre procedimentos médicos realizados, negativa de atendimento, xingamentos e humilhações, violência física e assédio sexual (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, p. 173).

Além das inúmeras violências a que as mulheres estão expostas, poucas mulheres no Brasil experienciam partos naturais. Em 2014, um dos maiores estudos sobre parto e nascimento no Brasil foi publicado, *Nascer no Brasil: Inquérito sobre o parto e o nascimento* (LEAL, 2014, p.1). O objetivo do estudo era:

estudar os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas; descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto e as complicações médicas no puerpério e período neonatal, bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares (LEAL, 2014, p.1).

Para a realização da pesquisa foram entrevistadas 23.940 mulheres em 191 municípios brasileiros. Os resultados encontrados na pesquisa são alarmantes, indicando que dentre as mulheres entrevistadas, 52% tiveram partos cirúrgicos. Destes, 46% foram realizados no setor público e 88% no setor suplementar (LEAL, 2014, p.7).

Segundo o artigo *Birth in Brazil: national survey into labour and birth*, as taxas de cesarianas no Brasil vem crescendo sistematicamente. Estimativas da década de 1970 indicavam que a taxa de cesariana era cerca de 15%; em 2001, a taxa passou a 38%; e em 2008, a 48,8%. Em 2008, as pesquisas apontavam que no sistema público de saúde as taxas de cesarianas eram por volta de 35%. Já nas clínicas privadas, essa taxa chegava a 80%. Em 2009, pela primeira vez, a taxa de partos cirúrgicos ultrapassou a de partos normais, chegando a 50.1% (LEAL et al., 2012, p. 2).

Tais pesquisas revelam uma situação alarmante, especialmente quando é feita a comparação entre as taxas de cesarianas no Brasil e a taxa de 10-15% recomendada pela OMS (WHO, 1985).

Muitos tentam explicar a alta taxa de cesarianas no Brasil baseando-se em uma suposta demanda das mulheres por esse tipo de procedimento. No entanto, não existe pesquisas que apresentem essa conclusão. Pelo contrário, a pesquisa *Trajatória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro*, indicou que 70% das entrevistadas – de um total de 437 gestantes – não relataram preferência inicial pela cesariana. No entanto, embora não tenham relatado essa preferência, 90% das entrevistadas realizaram esse tipo de parto (DIAS et al., 2008, p. 1521). Dos partos cesáreos, 92% foram realizados eletivamente, em momento anterior à entrada em trabalho de parto. Além disso, do número total de cesáreas, 37,1% foram realizados por escolha da mulher, enquanto os demais foram realizados por indicação médica ou decisão conjunta (DIAS et al., 2008, p. 1527).

Brigitte Jordan (1997), ao estudar mulheres que foram forçadas a passar por partos cirúrgicos devido a decisões judiciais, se espantou com as avaliações dos resultados das cesarianas. Os resultados indicaram que, olhando em retrospectiva, as cirurgias eram desnecessárias, tal qual defendido pelas mulheres antes mesmo do início do trabalho de parto. A pesquisa de Dias (2008) apresentou conclusões semelhantes. Segundo ela, 91,8% das indicações de cesarianas foram inadequadas e apenas 8,2%, adequadas (DIAS et al, 2008, 1528).

A percepção de que, na obstetrícia brasileira, muitas indicações de cesáreas não possuem respaldo algum no discurso científico revela um quadro preocupante. Em 2014, ao se referir ao Brasil, Marleen Temmerman, médica ginecologista e diretora de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde, afirmou, em uma conferência em Genebra, que o Brasil era o país líder em número de cesarianas naquele ano. Ela acrescentou: “há uma epidemia, mesmo quando não existe uma necessidade médica.”¹

São exemplos de cesarianas eletivas: as realizadas por conveniência do médico, as por dissuasão da mulher e as por coação da mulher. O dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio, *Violência Obstétrica: Parirás com dor*, apresentado na Comissão Parlamentar

¹ Notícia em UNA-SUS. Disponível em: <<http://unarus.gov.br/noticia/declaracao-da-oms-sobre-taxas-de-cesareas>>.

² FUNDO de População das Nações Unidas, 2004, p.57.

³ Vídeo disponível em: <<http://videos.clicrbs.com.br/rs/zerohora/video/geral/2014/04/sinto-frustrada-afirma-mae-apos-cesariana/71559/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

⁴ LEMES, Conceição. **Esther Vilela: partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico**. 16 abr.

Mista de Inquérito sobre Violência Contra as Mulheres, traz relatos chocantes. Transcreverei alguns, como uma forma clara e direta – através das vozes das próprias parturientes – de apresentar a realidade enfrentada pelas mulheres:

Maria Luiza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

-Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.

-Como assim, sujeira na área?

-Sei lá... Só me lembro que o médico falou para o outro: vamos logo fazer a cesárea para limpar a área.

-Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram alguma coisa assim? O que falaram para a senhora?

-Ah, ele disse assim: “Vamos lá?”. Aí eu fui.

-E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?

-Eu ia falar o que? Ele mandou eu ir e eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia fazer o que? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo.

(Cartilha *O que nós como profissionais da saúde podemos fazer para promover os Direitos Humanos das mulheres na gravidez e no parto* do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos - Novas Questões para o Campo da Saúde) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.114)

“Meu obstetra, que era meu médico há 9 anos, me disse que meu bebê não nasceria de parto normal porque meu colo de útero estava ainda grosso e ela não estava encaixada com 39 semanas de gestação. Marcou a cesárea para dali a alguns dias. Procurei outro profissional e tive meu parto normal com 41 semanas.” (Eleonora Moraes, atendida através de plano de saúde em Ribeirão Preto, SP) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.120)

“Quando eu completei 40 semanas, o obstetra solicitou um ultrassom para avaliar se ainda dava para esperar que eu entrasse em trabalho de parto espontaneamente. O resultado do exame foi ótimo, boa quantidade de líquido, placenta grau II, boa vitalidade fetal. Porém, meu médico me indicou uma cesárea para o dia seguinte alegando que se o bebê não tinha encaixado ainda, ele não encaixaria mais. Fui para

casa chorando. Meu marido tentou me consolar dizendo que poderíamos consultar outro médico, já que o exame disse que estava tudo bem. Mas ir para qual médico? Ainda liguei para desmarcar a cirurgia e o médico limitou-se a dizer que eu deveria tomar um calmante e que eu não devia colocar a vida do meu filho em risco adiando essa cirurgia.” (Socorro Moreira, atendida através de plano de saúde em Fortaleza, CE) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.122-123)

“Na manhã seguinte do parto o médico passou na porta da enfermaria e gritou: ‘Todo mundo tira a calcinha e deita na cama! Quem não estiver pronto quando eu passar vai ficar sem prescrição!’. A mãe da cama do lado me disse que já tinha sido examinada por ele e que ele era um grosso, que fazia toque em todo mundo e como era dolorido. Fiquei com medo e me escondi no banheiro. E fiquei sem prescrição de remédio para dor.” (P. atendida na ala do serviço público da Maternidade Pró-Matre de Vitória, ES) (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p.137)

Vale ressaltar que o objetivo deste trabalho não é questionar os motivos médicos que podem levar à realização, ou não, de um parto cirúrgico. Pelo contrário, reconheço não possuir nenhum conhecimento técnico para realizar esse tipo de avaliação. O objetivo do trabalho é levantar questionamentos acerca da realidade brasileira de necessidade incontestada deste tipo de procedimento.

Um paralelo importante a ser feito diz respeito ao conceito de *authoritative knowledge* apresentado no capítulo anterior e a realidade da assistência ao parto no Brasil. Como foi possível observar, as informações passadas pelos médicos para as pacientes nem sempre são corretas, o que resulta no elevado número de cesarianas com indicações falsas. No entanto, apesar disso, elas são as informações valoradas dentro do ambiente hospitalar.

Na pesquisa *Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo* (DIAS et al., 2008), os autores chegam a três conclusões que merecem ser ressaltadas. A primeira é a conclusão de que a decisão por uma cesariana parece ser moldada pela conduta intervencionista do médico (DIAS et al., 2008, p. 1522). Este é um exemplo claro de *authoritative knowledge*, no qual a demanda por cesarianas parece se basear no fato de as informações passadas pelos médicos serem tomadas como verdades, o que causa um impacto significativo na decisão pela via de parto. Vale questionar, portanto, a real liberdade de escolha dessas mulheres ao “decidirem” por um parto cirúrgico frente a uma indicação médica.

Conforme já apresentado no capítulo anterior, o conhecimento científico muitas vezes é apresentado como algo complexo e distante da realidade de seu público-alvo. O médico, detentor da *authoritative knowledge*, ao prescrever uma cesariana baseando-se em uma justificativa apresentada como científica, dificilmente estará dando à gestante uma escolha livre. Pelo contrário, diante de um diagnóstico médico, a mulher é submersa em um contexto de medicalização marcado por relações de poderes desiguais entre médico e paciente. Não podemos, portanto, considerar que todas as mulheres que consentem com a realização de um parto cirúrgico tomam escolhas livres. Não questionar a liberdade dessas escolhas é ignorar a desigualdade de relação de poder médico-paciente, reforçada pelo cenário da medicalização e institucionalização do parto.

A segunda conclusão dos autores da pesquisa é a de que “independentemente do nível socioeconômico, a demanda por cesariana parece se basear na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia utilizada no parto operatório” (DIAS et al. 2008, p. 1522). Este é um outro ponto que merece destaque. A presença da tecnologia, excessivamente valorizada na sociedade moderna, mesmo quando desnecessária, reforça a posição dos médicos como “aqueles que podem operar as máquinas” e, portanto, como detentores do conhecimento válido. Dessa maneira, reforça-se a credibilidade dos médicos como os tomadores de decisões.

A terceira conclusão que merece ser destacada é uma das recomendações dos autores, aqui transcrita:

Diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não foi modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência do parto nos serviços da rede de saúde complementar. O peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto normal (DIAS et al., 2008, p. 1532).

A simples leitura da interpretação aponta outra vez para o conceito de *authoritative knowledge*. Os autores esclarecem que a capacidade de convencimento dos médicos frente a uma mulher gestante é evidente. Isto porque, como já dito incansáveis vezes, os médicos são detentores do conhecimento considerado válido, situação sustentada pela relação de desigualdade entre a figura dos médicos e da gestante dentro do sistema médico-hospitalar.

Assim, para que mudanças substanciais aconteçam, é necessário alterar essa relação de poder desigual. Uma das estratégias é o empoderamento das mulheres por meio de acesso à informação, reforçando a sua luta por autonomia.

No entanto, como veremos na análise do caso concreto, o sistema médico-hospitalar é uma instituição do sistema estanque de desigualdade de gênero. E em cumplicidade com outras instituições, como o Judiciário e a Polícia, atua na repressão dos corpos que questionam suas estruturas de funcionamento.

Agora, contudo, é importante ressaltar as previsões normativas que visam resguardar os direitos reprodutivos e o acesso à assistência humanizada ao parto.

2.2. PREVISÕES NORMATIVAS

Uma análise das previsões normativas é oportuna. Além do seu caráter informativo, importante ferramenta para o empoderamento através do conhecimento, ela nos releva os avanços institucionais no combate à violência obstétrica. Vale ressaltar de antemão que a aplicação efetiva desses dispositivos enfrenta resistências e dificuldades, tanto estruturais quanto morais. No entanto, o seu estudo nos ajuda a traçar um panorama da realidade brasileira.

2.2.1. Direitos reprodutivos

Os Direitos Reprodutivos são direitos humanos fundamentais reconhecidos tanto em leis internacionais quanto em leis nacionais. Não se limitam à proteção da reprodução em si, mas abarcam também todo um conjunto de direitos sociais e individuais que formam uma rede para a garantia do pleno exercício da sexualidade e da reprodução humana (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

Para que esse pleno exercício seja efetivado, ações que partam de uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais são necessárias. Leis, medidas administrativas e jurídicas, princípios e políticas públicas são exemplos de instrumentos que

ampliam a obrigação dos Estados na promoção, efetivação e implementação desses direitos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p.19).

Um dos princípios mais importantes relativo aos direitos reprodutivos é a percepção destes como direitos humanos (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p.20). Duas ações importantes para a consolidação desses direitos como direitos humanos foram o *Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*, desenvolvido no Cairo em 1994, e o documento resultante da *IV Conferência Mundial da Mulher*, realizada em Pequim em 1995 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p.21-22). Essas duas ações reconheceram a reprodução e a sexualidade humana como bens jurídicos merecedores de proteção específica.

Um dos grandes problemas que existia até então era a percepção da sexualidade e da reprodução exclusivamente como aspectos da vida privada. A reprodução e a sexualidade tem, obviamente, relação com a vida privada e as decisões individuais. No entanto, defender que ambas não necessitam de nenhuma proteção ou promoção específica é afastar a possibilidade de proteção contra violências.

O *Plano de Ação* do Cairo destacou que a saúde reprodutiva é:

A saúde reprodutiva é um estado completo de bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não à simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por consequente, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros e aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 57)

Já os documentos da Conferência de Pequim acrescentaram que:

os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à

discriminação ou à violência (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p. 57)².

Os objetivos da proteção dos direitos reprodutivos são, portanto: a redução da violação à autonomia pessoal, integridade física e psicológica dos indivíduos e a garantia dos meios necessários para o que alcancem seu bem-estar sexual e reprodutivo (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

A materialização desses direitos, assim como de outros direitos humanos, se dá por meio de elaboração de ações afirmativas, estratégias de proteção e acolhimento de reivindicações sociais. Nesse contexto, as previsões normativas são importantes meios na luta pelo combate à violência (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

2.2.2. Violência obstétrica: definição dada pela lei venezuelana

O termo *violência obstétrica* está cada vez mais popular e seu uso tem se tornado comum tanto nos movimentos sociais quanto na mídia jornalística. A utilização do termo é importante para o reconhecimento da violência, sua identificação e, conseqüentemente, para o seu combate.

A primeira definição legal do termo “violência obstétrica” foi a dada pela lei venezuelana, *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, no ano de 2007. Apesar do objetivo deste capítulo ser traçar um panorama sobre a situação brasileira, não é possível deixar de mencionar a definição dada pela lei venezuelana, pioneira na tipificação da violência obstétrica.

Na Venezuela, desde os anos 80, as lutas sociais pela equidade de gênero e direitos sociais vem ganhando força. Em 2003, foi formulada a *Norma oficial para la atención integral de la salud sexual e reproductora*, como tentativa de estabelecer orientações para a melhoria da assistência ao parto. Um dos principais objetivos dessa normativa era chamar especial atenção para o direito das mulheres grávidas de tomarem decisões sobre seu processo de parto, de serem informadas de todos os procedimentos médicos, além de evitar a medicalização e intervenções em partos de baixo risco (VENEZUELA, 2003). Todos esses

² FUNDO de População das Nações Unidas, 2004, p.57.

aspectos serviram de guias para a elaboração da *Ley orgánica*, de 19 de março de 2007. Nesta, o termo *violência obstétrica* foi utilizado pela primeira vez em um texto legal, tipificando-a em seu artigo 15, numeral 13:

Violência obstétrica: Se entende por violência obstétrica a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (VENEZUELA, 2007)

Dois outros países latino-americanos também incluíram o termo violência obstétrica em suas legislações: a Argentina e o México. Usaremos a definição dada pela lei venezuelana como norteadora para nossa definição do que caracteriza a violência obstétrica.

2.2.3. A visão da Organização Mundial da Saúde: recomendações de Fortaleza

Em abril de 1985, as Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o departamento regional da OMS nas Américas, organizaram uma conferência em Fortaleza, Ceará, para discutir o tema da assistência ao parto. Na conferência, estiveram presentes mais de cinquenta participantes, dentre eles: doulas, obstetras, pediatras, psicólogos, sociólogos, mães e economistas. Juntos elaboraram uma das primeiras cartilhas de recomendações sobre a assistência ao parto (OMS, 1985).

Vale ressaltar seis das recomendações da OMS nessa cartilha, intitulada *Appropriate Technology for Birth: recommendations of Fortaleza*.

- a) Direito à informação: toda a comunidade deve ser informada das várias vias de parto a fim de permitir que a mulher escolha o tipo de nascimento que ela prefere; as mulheres possuem o direito de escolher o seu vestuário (dela e do bebê), alimentação, eliminação da placenta e outras práticas culturalmente significativas; a formação dos profissionais de saúde deve incluir técnicas de comunicação com o objetivo de proporcionar melhor troca de informações entre os profissionais de saúde, a mulher grávida e sua família; informações sobre as práticas realizadas em diferentes hospitais, tais como as taxas de cesarianas, deverão estar disponíveis para o público (OMS, 1985).

- b) Monitoração tecnológica do nascimento: não há evidências de que o uso rotineiro de monitorização fetal tem efeito positivo para o resultado da gravidez; a monitorização fetal eletrônica deve ser realizada apenas em casos específicos selecionados de acordo com critérios rígidos (OMS, 1985).
- c) Direito ao bem-estar / Direito a acompanhante: o bem-estar da mulher deve ser assegurado por meio do acesso livre e gratuito a um acompanhante durante o nascimento e todo o período pós-natal. Além disso, a equipe de saúde deve prestar apoio emocional à mulher (OMS, 1985).
- d) Direito da mãe de ter contato com o bebê: o recém-nascido deve permanecer em contato com a mãe sempre que possível, a observação da saúde do recém-nascido não serve de justificativa para a separação mãe-bebê; o aleitamento materno deve ser incentivado mesmo antes da saída da mãe da sala de parto (OMS, 1985).
- e) Práticas rotineiras / intervenções médicas: não há qualquer indicação para a depilação dos pelos pubianos ou realização de enema; a ruptura precoce e artificial de membranas como um procedimento de rotina não é justificável; o períneo deve ser protegido sempre que possível; a realização rotineira de episiotomia não é justificada; a indução do trabalho de parto deve ser reservada para casos com indicação médica específica; nenhuma região deve apresentar taxas de indução do trabalho de parto superiores a 10%; durante o parto a administração rotineira de analgésicos ou drogas anestésicas devem ser evitadas (OMS, 1985).
- f) Recomendações sobre partos cirúrgicos (cesarianas): os países com as menores taxas de mortalidade perinatal do mundo possuem taxas de cesarianas menores que 10%; não existe justificativa para que uma região apresente taxas de cesarianas superior a 10-15%; não existe qualquer evidência de que um parto cirúrgico é necessário após a realização de um parto cirúrgico anterior; partos vaginais após uma cesariana devem ser estimulados sempre que exista acesso à intervenção cirurgia emergencial (OMS, 1985).

As recomendações evidenciam a tentativa das organizações internacionais de promoverem a autonomia e o protagonismo das mulheres durante o evento do parto. Além disso, é possível observar um esforço no sentido de afastar práticas médicas prejudiciais à saúde da mulher: como o uso rotineiro de episiotomia, a posição de parto deitada e o uso indiscriminado de cesarianas sem reais indicações fisiológicas, apesar das justificativas médicas. Hoje, essas recomendações funcionam como plano de fundo para a orientação de normativas a serem elaboradas em diferentes países.

2.2.4. Organização Mundial da Saúde: manual de boas práticas e atenção ao parto e o nascimento

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde lançou um novo manual de orientações para a assistência ao parto, o *Manual de Boa Práticas e Atenção ao Parto e o Nascimento*. O objetivo do manual é reforçar as recomendações da cartilha de 1985 e enumerar novos guias para uma assistência ao parto humanizada (OMS, 1996).

Buscando maior didática, o documento organiza as recomendações em quatro diferentes categorias. Na primeira categoria estão as práticas notoriamente úteis e eficazes que devem ser estimuladas, sendo elas:

plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu companheiro; avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliando a cada contato com o sistema de saúde; respeito à escolha da mãe sobre o local de parto; fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto foi viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto; fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem; oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente; monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS; monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto, parto e ao término do processo de nascimento; métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto; administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue; condições estéreis ao cortar o cordão; prevenção da hipotermia do bebê; contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno; exame rotineiro da placenta e membranas ovulares (OMS, 1996, p. 1)

Na segunda categoria estão as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, e que devem ser eliminadas:

Uso rotineiro de enema; uso rotineiro de triconomia; infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; cateterização venosa profilática de rotina; uso rotineiro de posição supina (decúbio dorsal) durante o trabalho de parto; exame retal; uso de pelvimetria por Raios-X; administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos; uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto; esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto; massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias; uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto; lavagem uterina rotineira após o parto; revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto (OMS, 1996, p. 1-2)

Na terceira categoria estão as práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos; amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto; pressão do fundo durante o trabalho de parto; manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto; manipulação ativa do feto no momento do parto; uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto; clampeamento precoce do cordão umbilical; estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto (OMS, 1996, p. 2)

Na última categoria, finalmente, estão as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:

restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; controle da dor por agentes sistêmicos; controle da dor por analgesia peridural; monitoramento eletrônico fetal; uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto; exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço; correção da dinâmica com utilização de ocitocina; transferência rotineira da

parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; cateterização da bexiga; estímulos para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário; adesão rígida a uma duração estipulada do estágio do trabalho de parto; parto operário; uso rotineiro de episiotomia; exploração manual do útero após o parto (OMS, 1996, p. 2-3)

Além de expor de forma didática as recomendações, facilitando o entendimento de pessoas sem formação na área da saúde e possibilitando, conseqüentemente, maior acesso à informação, o documento traz também importantes considerações sobre a decisão de classificar um parto como “normal”. Segundo o manual, uma noção comum dentro da obstetrícia é a que um parto só poderia ser considerado “normal”, ou seja, sem maiores complicações, em retrospectiva. Essa afirmação leva a equipe de saúde a tratar os partos de baixo risco da mesma maneira que trataria os partos com complicações, o que gera inúmeras conseqüências negativas, dentre elas: transformar uma vivência psicossocial em um procedimento médico, interferir na possibilidade da mulher experimentar o parto da sua maneira, interferir na escolha do lugar onde se realizará o parto, várias intervenções médicas e gastos médicos desnecessários, entre outras (OMS, 1996, p. 2).

Diante deste cenário, a OMS propôs uma nova definição de parto “normal”, a saber:

“o parto que inicia de forma espontânea, apresenta baixo risco no início do trabalho de parto e permanece com baixo risco durante o trabalho de parto e parto; o bebê nasce de forma espontânea em posição *vertex* no período entre 37 e 42 semanas de gravidez; após o parto mãe e bebê estão em boas condições” (OMS, 1996, p. 4).

Segundo as informações do manual, uma porcentagem entre 70 e 80% de todos os partos podem ser considerados “normais” ou “baixo risco” logo no início do trabalho de parto (OMS, 1996, p. 4).

A alta porcentagem de partos considerados de baixo risco traz um questionamento importante acerca do medo que muitas mulheres tem de “sentir do parto normal”. A pesquisa *Trajatória das mulheres na definição pelo parto cesáreo* narra que quando as mulheres foram indagadas sobre os fatores que poderiam influenciar a sua preferência inicial pela via de parto, um dos mais citados foi o medo do parto normal (DIAS et al., 2008, p. 1526). Esses medos não devem ser taxados como completamente infundados ou desconsiderados. No entanto, é

necessário questionar se não seriam reforçados por percepções sexistas acerca das capacidades das mulheres. Conforme foi observado no primeiro capítulo, a historiografia médica apresentou, durante muito tempo, os corpos das mulheres como frágeis, doentes e incapazes. O medo do parto normal de baixo risco e a escolha por um parto cirúrgico, a despeito dos maiores riscos do último, pode ser fruto dessa mesma mentalidade.

2.2.5. Ministério da Saúde: Portaria 1.459/2011

Em 2011, a Portaria n. 1.459 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, o programa mais completo já criado pelo governo federal. A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério de Saúde que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar “à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”, nos termos do artigo 1º da Lei.

Existem outras Portarias que tratam de direitos sexuais, reprodutivos e de humanização da assistência ao parto que poderiam ser aqui mencionadas, a exemplo da Portaria 569/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e da Portaria 1.067/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, ambas de grande importância.

No entanto, cabe dar especial destaque à Portaria 1.459/2011 pois, mais do que uma regulamentação de direitos, ela é uma estratégia inovadora para a efetivação desses direitos.

Os princípios da Rede Cegonha, previstos no artigo 2 da Portaria, são: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

O fato de estar entre os princípios da Rede Cegonha o enfoque de gênero e o respeito a diversidade étnica, cultural e racial é determinante para a possibilidade de bom funcionamento do programa. O Brasil é um país extremamente diverso, onde diferentes mulheres experimentam a vivência do parto de maneiras distintas. Para que seja possível uma

real quebra de paradigma no modelo de assistência ao parto, além de respeitar as diferenças culturais entre as mulheres, é necessário que o modelo de assistência ao parto seja reestruturado com foco no empoderamento feminino.

A Rede Cegonha busca ser referência nesta proposta de abordagem, por visar uma atenção humanizada e de qualidade buscando permitir a vivência da gravidez, parto e nascimento com dignidade e beleza. Ainda, os princípios da Rede Cegonha trabalham a gravidez não como uma doença ou um processo patológico, mas como uma vivência fisiológica, social e natural (BRASIL, s. d., p.3).

Um dos exemplos que ilustram este comprometimento é a busca pela implementação de Casas de Partos para partos de baixo risco. Em teoria, as mulheres encontrariam nas Casas de Parto um ambiente acolhedor, similar ao conforto do lar. No entanto, a concretização dessa iniciativa enfrenta problemas estruturais. Existem relatos de Casas de Parto nas quais é necessário dividir o ambiente com outras parturientes, impossibilitando o conforto da privacidade. Contudo, a iniciativa ilustra a tentativa do programa de possibilitar que mulheres com partos de baixo risco deem a luz fora do ambiente médico-hospitalar padrão. Como foi apontado no capítulo anterior, o ambiente hospitalar é marcado pela presença da tecnologia e do médico como o tomador de decisões, o que tende a retirar a autonomia da mulher na condução do seu parto.

Em entrevista para o Caderno HumanizaSUS, Dário Pasche, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde, deixa claro que “a qualidade do cuidado na Atenção Obstétrica e Neonatal só ocorrerá por deslocamento na forma como os trabalhadores operam hoje, e esse é um processo endurecido” (BRASIL, 2014b, p.447). Pasche também esclarece que:

A Rede Cegonha está focada no usuário, ela tem um compromisso com as mulheres e as crianças, com a família na sua mais heterogênea composição. [...] O que orienta a Rede Cegonha é a inclusão do cuidado das boas práticas médicas, traduzidas como que traduzem respeito aos direitos humanos, para que uma mulher seja acolhida em um local agradável, que permita a privacidade, que ela possa levar para esse momento quem ela quiser, isso é uma defesa. Quando dizemos que partear não é uma doença, é um agravo fisiológico, assisti-la e acompanha-la é fomentar a participação direta da mulher. Temos tecnologias de cuidado não farmacológico para favorecer o parto natural, reconhecendo o direito da criança, o contato pele a pele, mamar na primeira hora... quando fazemos isso estamos defendendo o direito das mulheres (BRASIL, 2014b, p. 450)

Diante desse contexto, por meio da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, “incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo” (BRASIL, s. d., p.3), a Rede Cegonha visa, portanto:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, s.d., p. 4)

A proposta da Rede Cegonha é oferecer cobertura para todo o território nacional (BRASIL, s. d., p.24). Para a sua implementação são necessários: “adesão do Estado, em parceria com os Municípios, à Rede Cegonha; a definição das Regiões de Saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha no Estado; e a instituição do Grupo Condutor Estadual” (BRASIL, s. d., p.16).

Como se pode observar, a Rede Cegonha funciona por meio de um emaranhado de ações necessárias para a efetivação de mudanças e melhorias na assistência ao parto brasileira e para isso requer uma parceria articulada entre os gestores, profissionais de saúde e a comunidade.

Não há dúvidas que a existência de um programa que visa reduzir intervenções médicas desnecessárias e garantir os direitos das parturientes é um sinal positivo. No entanto, é necessário diferenciar as propostas do programa e a sua real concretização. Futuras pesquisas serão realizadas com o intuito de verificar o funcionamento do programa e as dificuldades enfrentadas.

2.2.6. Leis esquecidas: Lei 6.202/1975, Lei 11.108/2005 e Lei 11.634/2007

Vários direitos foram conquistados ao longo do tempo. No entanto, muitos deles estão perdidos em leis esquecidas e diariamente violadas. Nesse contexto, uma das estratégias mais efetivas para a garantia desses direitos é o acesso à informação. A informação possibilita a reivindicação, essencial para o empoderamento feminino frente à violência. Trago a seguir três leis, dispersas no emaranhado da legislação brasileira, que trazem direitos importantes, ainda que desconhecidas por muitas mulheres e diariamente desrespeitadas pelas Instituições.

A Lei n. 6.202, de 17 de abril de 1975, prevê que a estudante gestante, a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses seguintes, ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares, instituídos pelo Decreto-lei 1.044 de 1969.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013, indicou que, das 5,2 milhões de meninas com idade entre 15 e 17 anos no Brasil, 414.105 tem pelo menos um filho. E, destas, 309.374 estão fora da escola (IBGE, 2013).

Um estudo realizado pela Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), intitulado *Dez Desafios do Ensino Médio no Brasil: para garantir o direito de aprender de adolescentes de 15 a 17 anos*, apresentou um – dentre muitos – claro exemplo de desrespeito à Lei n. 6.202/75:

além das tensões próprias da gravidez, tanto físicas quanto psicológicas, as mães adolescentes revelaram que tiveram de enfrentar a incompreensão da escola em relação a seu estado, reprovando-as por faltas, o que diminuiu mais a sua disposição de continuar os estudos (UNICEF, 2015)

Outra lei que prevê um direito importante é a Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante. Esta lei obriga os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença, junto à parturiente, de um acompanhante ou uma acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A lei ressalta também que a parturiente tem o direito de determinar de forma livre quem será o acompanhante ou a acompanhante, independentemente de haver ou não parentesco. A Portaria n. 2.418 do Ministério da Saúde regulamenta a Lei do Acompanhante, entendendo que o período de “pós-parto imediato” corresponde a 10 dias após o parto.

São inúmeros os benefícios da presença do acompanhante ou da acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, dentre eles: diminuição do tempo de trabalho de parto; sentimento de confiança, controle e comunicação; menor necessidade de medicação e analgesia; menor necessidade de parto operatório ou instrumental; menores taxas de dor, pânico e exaustão; aumento dos índices de amamentação; maior satisfação da mulher; e diminuição de relatos de cansaço durante e após o parto (PARTO DO PRINCÍPIO, s. d.).

Ademais, a presença do acompanhante ou da acompanhante é importante para a garantia da autonomia da mulher na tomada de decisões. O sistema de institucionalização do parto muitas vezes transforma o cenário do parto em um campo de batalha entre o médico ou médica e a parturiente. Conforme visto anteriormente, uma conjuntura de valores sociais legitima o conhecimento técnico dos médicos em detrimento da consciência corporal da mulher. Nesse contexto, a presença do acompanhante reforça a possibilidade de respeito às escolhas da mulher. É, portanto, um fator importante na busca pela alteração dessa relação de poder desigual.

A Lei 11.634/2007 também garante direitos à parturiente, sendo frequentemente violada. Ela prevê que toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia tanto à maternidade na qual será realizado seu parto, quanto à maternidade na qual será ela atendida em caso de intercorrência pré-natal. O objetivo dessa previsão legal é evitar a peregrinação da mulher em busca por serviços de saúde, um problema sério enfrentado por muitas gestantes. Sônia Lansky e Vera Figueiredo (2014) esclarecem que:

A peregrinação da gestante em busca de vaga durante as urgências na gravidez e durante o trabalho de parto é vivido concretamente pela população e identificada pelos trabalhadores, gestantes e pesquisadores como problema recorrente e determinante para a atenção oportuna de saúde e prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil evitáveis. Se este problema era até recentemente uma dificuldade no SUS, a partir do final da década de 2000 ocorre também no setor de Saúde Suplementar nas grandes cidades, em decorrência da desorganização e despreparo desse sistema para atender a uma população crescente, assim como da lotação artificializada das maternidades pelo agendamento de cesarianas eletivas sem indicação médica. (FIGUEIREDO; LANSKY, 2014, p. 156)

2.2.7. Projeto de Lei n. 7.633/2014

O Projeto de Lei n. 7.633 de 2014, elaborado pela organização Artemis em parceria com o Deputado Federal Jean Wyllys, objetiva garantir o cumprimento das disposições já existentes. Visa reunir em um dispositivo legal os direitos das parturientes com o intuito de facilitar a sua identificação e, conseqüentemente, sua efetivação.

Nesse contexto, o Projeto de Lei busca combater a violência obstétrica, entendendo-a como um amplo espectro de formas de violação, como: abuso sexual, imprudência, negligência, humilhação, ameaças, violência física e verbal, intervenções médicas desnecessárias e os diferentes tipos de discriminação.

Em contato com a assessoria do Deputado Jean Wyllys, foi explicado que a necessidade de criação de um Projeto de Lei sobre o assunto surgiu quando o tema foi levado à Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados pelas próprias mulheres em audiência presidida pelo Deputado. A partir desse primeiro encontro, a assessoria foi procurada por diversas mulheres e pela organização Artemis, aceleradora social pela autonomia feminina. Este encontro resultou em uma troca de ideias que culminou na elaboração do Projeto de Lei. Durante o processo, foi observado que muitos hospitais alegam, em processos judiciais movidos por mulheres que foram lesadas no parto, não cumprir as Regulamentações por estas não terem “força de lei”, o que reforçou a necessidade da criação de uma Lei.

Alguns pontos interessantes do Projeto merecem ser destacados. Em seu artigo 9º, o Projeto prevê a necessidade de consentimento da mulher para a realização de todos os procedimentos médicos como, por exemplo, a alteração do Plano Individual de Parto. Todas as mudanças devem ser registradas pelo médico responsável no prontuário, no qual deverá constar a justificativa clínica que o levou a indicar o procedimento. Em seus termos:

toda e qualquer alteração das disposições constantes no Plano Individual de Parto que for praticada durante o atendimento ao trabalho de parto deve ser registrada no prontuário da gestante pelo(a) médico(a) responsável, mediante justificativa clínica do procedimento adotado (BRASIL, 2014a, p. 5).

Este dispositivo não é uma inovação jurídica, mas visa apenas reforçar o que já é previsto por outras regulamentações. A Resolução-RDC n. 36, de 3 junho de 2008, prevê exatamente o mesmo direito.

Outro ponto interessante é que o Projeto prevê em, seu Título III (*Do controle dos índices de cesarianas e das boas práticas obstétricas*), a criação de Comissões de Monitoramento do Índice de Cesarianas e Boas Práticas Obstétricas (CMICBPO). As Comissões serão representativas das esferas estadual, municipal e institucional, compreendendo qualquer instituição ou estabelecimento obstétrico público ou privado de saúde suplementar. A finalidade das Comissões será a realização de controle, monitoramento e mobilização social de profissionais e instituições para a redução dos índices de cesariana no Brasil. O Projeto prevê que as Comissões sejam formadas a partir da promulgação da Lei, e que permaneçam vigentes até que o país adeque suas taxas nacionais de cesariana aos valores preconizados pela OMS.

A CMICBPO fará um alerta às instituições que ultrapassarem o valor limite de índices de cesarianas no período avaliado. Junto com o alerta, a Comissão deverá auxiliar a instituição na redução desses índices. Para isso, poderão ser realizadas parcerias com entidades de classe e filantrópicas, associações científicas e profissionais, universidades, órgãos públicos, dentre outros, que comporão uma Rede Social de Apoio.

Caso a situação não se altere após o terceiro alerta, a Comissão notificará a instituição e iniciará uma sindicância, visando identificar as causas dos elevados índices. Serão ouvidas as mulheres nas quais foram realizadas os procedimentos, além dos profissionais envolvidos, e serão realizadas também visitas às clínicas, consultórios e ambulatórios.

Terminada a sindicância, a Comissão elaborará um relatório detalhado, público e de livre acesso, que identificará as causas, os profissionais responsáveis, os fatores de risco e os dados epidemiológicos relacionados às elevadas taxas. Esse relatório poderá conter relatos de práticas de eventos violentos contrários às recomendações pela humanização do parto. Constarão no relatório, ainda, recomendações de práticas, ações e metas que devem ser cumpridas pelas instituições.

A instituição terá então noventa dias para atender às determinações constantes no relatório. Findo o prazo, a instituição será novamente monitorada e, caso não tenha cumprido as determinações, será encaminhada ao Ministério Público via denúncia que indicará, conforme o caso, uma das punições previstas no Projeto, dentre elas:

I- suspensão temporária de financiamento público para a realização de cesarianas, para instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a ele vinculadas, por um prazo inicial de 30 (trinta) dias, podendo esta suspensão ser mantida por tempo indefinido ou revogada, de acordo com o parecer circunstanciado da CMICBPO;

II - proibição temporária de realização de cesarianas, para instituições privadas ou filantrópicas, por um prazo inicial de 30 dias, podendo esta proibição ser mantida indefinidamente ou revogada, de acordo com parecer da CMICBPO. (BRASIL, 2014a, p. 16)

A situação do Projeto na Câmara dos Deputados é a seguinte: o Projeto foi apresentado em 25 de maio de 2014. Hoje ainda aguarda parecer da Comissão de Educação. Após este parecer, o Projeto será apreciado pela Comissão de Seguridade Social e Família. Só então será apreciado pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania.

A aprovação de um Projeto de Lei não será capaz de alterar por si só toda a conjuntura da assistência ao parto no Brasil. No entanto, apesar de este ser o objetivo máximo das previsões normativas, é sabido que uma efetiva mudança de paradigma só ocorrerá com a alteração da relação de poder entre o médico e a parturiente. Para isto, é necessário informação e conhecimento. O Projeto atua exatamente nesse sentido. Ao reunir em um dispositivo legal os direitos da mulher parturiente e prever iniciativas como a criação das CMICBPO, em consonância com as outras Regulamentações e Normativas já existentes, e seguindo as Recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, o Projeto facilita o acesso à informação, reforça o debate político acerca da violência obstétrica e auxilia no seu combate.

3. ADELIR

Existem milhares de histórias de mulheres que vivenciaram a violência obstétrica, histórias que precisam ser contadas. A história de Adelir Góes é umas delas. O estudo de caso é essencial para que se possa observar como a discussão teórica que pauta esse trabalho se materializa no cotidiano das mulheres. Elas não são apenas divagações teóricas, mas uma análise da realidade opressiva vivenciada por milhões de mulheres.

3.1. AS DIFICULDADES DE SE CONTAR UMA HISTÓRIA

Em meio aos inúmeros questionamentos que me cercaram antes e durante a elaboração deste estudo, dois foram os mais marcantes: a impossibilidade de se contar uma história sob uma perspectiva neutra e a problemática de se falar por outros. Em outras palavras, encontrei uma série de obstáculos e medos em falar sobre uma história que não é a minha.

Donna Haraway, em *Saberes Localizados* (1988), diz que a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial salienta que a visão proporcionada por nosso olhos é sempre parcial, corporificada e localizada. Segundo Haraway, “a moral é simples: apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva” (1988, p. 21). Sendo assim, decidi por seguir as linhas traçadas pelos conceitos de “objetividade feminista” e “objetividade corporificada” (HARAWAY, 1988, p. 15), e não tentar evitar a percepção de que minha educação, socialização, contexto econômico, geográfico e cultural, moldaram a minha abordagem sobre o tema. Não tentarei ser neutra. Pelo contrário, tentarei me posicionar explicitamente através de uma argumentação coerente.

No entanto, ainda enfrento outro obstáculo: o de falar sobre a história de outra pessoa. Desejo me afastar da apropriação do discurso de Adelir. Não poderia ser covarde a ponto de me apropriar de sua história como se apropriaram de seu corpo. Linda Alcoff, no texto *The Problem of Speaking for Others* (1992), afirma que o falar sobre ou por outros, assim como o falar por si mesmo, impactam a vida do indivíduo que é apresentado na narrativa (ALCOFF, 1992). O falar sobre alguém sempre traz para o autor a responsabilidade sobre a fala. O motivo é simples, falar sobre alguém também é apresentar este alguém (ALCOFF, 1992). Essa apresentação do outro ou de sua história não é uma simples descrição das descobertas do

autor sobre o outro, pelo contrário, a apresentação se dá segundo a interpretação de quem narra a história sobre aquele que é narrado (ALCOFF, 1992). Portanto, a análise da legitimidade dessa interpretação é muito delicada.

Com o intuito de legitimar a interpretação do autor, alguns argumentam que essa legitimação poderia ser alcançada por meio de uma autorização concedida por aquele que está sendo apresentado para que o autor da narrativa fale sobre ele (ALCOFF, 1992). Segundo essa argumentação, eu poderia falar sobre Adelir, sem maiores problemas, desde que devidamente autorizada. No entanto, como me lembrou Alcott (1992), a autorização não afasta – nem anula – os problemas de se falar sobre outro. A pessoa que fala continua interpretando e construindo tanto o outro quanto a si mesma. Sendo assim, a autorização pode camuflar responsabilidades, mas em nada afasta o perigo inerente a esta fala (ALCOFF, 1992).

O desafio é ainda mais difícil, ele está também na maneira de se falar. Alcott (1992) ressalta que a escolha entre falar sobre o outro, falar por outro, ou falar por si mesmo não é uma simples escolha discursiva individual. Em outras palavras, a simples decisão de trocar o “eu” pelo “nós” ou utilizar uma voz neutra em um discurso não tem o condão de afastar os seus impactos. Pelo contrário, a busca acadêmica pela voz neutra muitas vezes tem o intuito de camuflar a responsabilidade do autor da fala. O problema social das posições de discurso não deixa de existir. Ele está além de escolhas discursivas (ALCOFF, 1992).

Outra estratégia para se afastar de qualquer responsabilidade é a de se eximir de falar. No entanto, se eximir de falar por medo da apropriação de discursos também não garante que os interesses do grupo ou indivíduo sobre quem se falaria serão ouvidos. Essa opção pode, inclusive, ser resultado de uma opção narcisista de manter-se em sua zona de conforto e não se responsabilizar pelas mazelas da sociedade (ALCOFF, 1992). Acredito que a proibição total do falar por outro poderia ter como consequência, em alguns casos, resultados contrários aos esperados, e acabar contribuindo para a invisibilização do grupo ou dos indivíduos. Dessa forma, muitas vezes, a opção por se eximir de falar não é neutra, ela pode carregar em si a responsabilidade, por omissão, de permitir a perpetuação de discursos hegemônicos opressores (ALCOFF, 1992).

Nesse contexto, com a consciência de que nenhum discurso é neutro, acredito que me eximir de falar ou camuflar minha fala com uma linguagem neutra acadêmica, seria deixar-me motivar pelo desejo de afastar-me de responsabilidades. Seria uma tentativa de criar um

método imune a críticas. Alcoff (1992) deixa claro que qualquer tentativa nesse sentido deve ser resistida. Dessa forma, arrisco-me e lanço-me à história de Adelir.

3.2. ADELIR: UM PEDAÇO DE SUA HISTÓRIA

Adelir Carmen Lemos de Goes, é uma mulher guerreira, tem 30 anos de idade e é moradora da zona rural do município de Torres, no estado do Rio Grande do Sul. No dia 01 de abril de 2014 teve seu parto roubado pela atuação conjunta de instituições comprometidas em controlar os corpos das mulheres. Naquela madrugada, com 40 semanas de gravidez e em trabalho de parto, estava em casa, à luz de velas, esperando entrar em trabalho de parto, para então se dirigir ao hospital e realizá-lo de maneira assistida. Seu desejo era entrar em trabalho de parto em casa e ter o bebê no hospital. No entanto, no meio desse processo, bateram em sua porta um oficial de justiça e nove policiais. Interrompendo seu silêncio, deram início a uma sucessão de horrores. Esses dez homens, munidos de um papel capaz de sequestrá-la e colocá-la, contra sua vontade, em uma ambulância para o Hospital Nossa Senhora dos Navegantes. Os homens gritavam: se ela não entrasse na ambulância, levariam seu marido preso. Nove homens armados contra uma mulher em trabalho de parto. No hospital, a resposta violenta continuou, desrespeitando todos os *não* de Adelir. Cortaram seu corpo e arrancaram de seu útero, por cesárea, sua criança.

A ofensiva, que já beira o absurdo kafkiano, não acabou aí. A história de Adelir se tornou pública e, nas redes sociais, ela é taxada de “louca”, “potencial assassina” e “irresponsável”.

Um ponto que merece ser trabalhado é a apresentação de Adelir como cigana pela mídia. Segundo entrevista realizada pelo *blog Cientista que Virou Mãe*, Adelir, ao contrário do que foi divulgado, não é cigana. O seu marido é descendente de ciganos. Acredito que a mídia retratou Adelir como cigana com a intenção de reforçar preconceitos e deslegitimar Adelir. O saber tradicional é constantemente desqualificado e considerado um “saber menor” nas sociedades ocidentais contemporâneas que concebem o discurso científico como verdade absoluta. A legitimação alcançada pelo discurso hegemônico da comunidade médica exclui a possibilidade de outros discursos e conhecimentos serem igualmente considerados. Dessa

maneira, é possível que a estratégia utilizada pela mídia de apresentar Adelir como cigana tenha sido motivada por desejos de desconsiderar o seu conhecimento.

No entanto, antes de qualquer outra análise, é preciso contar também o desencadear da história que levou os dez homens a interromperem o parto de Adelir. No dia 31 de março de 2014, Adelir, acompanhada por sua doula (acompanhante profissional de parto), procurou um hospital. Após ser examinada, a médica a informou que, como seu feto estava em posição sentada, ela precisaria se submeter a um procedimento cirúrgico imediatamente. No país líder em cesáreas eletivas, onde, conforme já visto, relatos de indicações médicas falaciosas são comuns, Adelir disse não. Ela disse que queria uma segunda opinião, que iria para uma clínica particular ouvir a opinião de outro profissional da saúde. A médica, então, informou que ela poderia ir embora, mas que iria embora como fugitiva, só sairia se assinasse um termo de responsabilidade. Era necessário assinar um termo para que pudesse conduzir livremente a gestação daquilo que estava dentro de seu útero.

O desenrolar da história a partir de então é rápido. A movimentação da máquina estatal não tardou na repressão do *não* de Adelir. Naquele mesma noite, um promotor de justiça foi contactado pela Secretaria de Saúde de Torres. Logo que este entrou com a ação, uma juíza determinou que a gestante fosse encaminhada ao hospital para a realização da cirurgia. Segundo notícia da Associação de Juízes do Rio Grande do Sul:

Visando a resguardar a vida e a integridade física do nascituro, a Juíza de Direito Liniane Maria Mog da Silva, atuando em Plantão na Comarca de Torres, determinou o encaminhamento de gestante ao hospital local para atendimento médico adequado.

A decisão, do dia 31/3, atendeu ao pedido do Ministério Público, que ajuizou Medida de Proteção requerendo a condução coercitiva da mulher ao hospital para atendimento, inclusive com a realização do parto por cesariana, se necessário na avaliação dos profissionais, pois o bebê estaria em pé dentro do útero. A gestante havia se recusado a submeter-se ao procedimento, insistindo em ganhar o filho de parto normal

Ao analisar o caso, a magistrada considerou que o relatório de prescrição/evolução, o boletim de atendimento médico e os demais documentos apresentados atestaram a necessidade de intervenção estatal para encaminhar a demandada ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes. A fim de que a gestante receba o atendimento adequado para o resguardo da vida e integridade física do nascituro, inclusive com a realização do parto por cesariana, se essa for a recomendação médica no momento do atendimento (AJURIS, 2014).

Após a cesárea, o marido de Adelir gravou um vídeo da esposa, onde ela relata todos os acontecimentos. É importante transcrever aqui o seu relato. Este vídeo foi essencial na tomada de decisão de não entrevistar Adelir. Adelir escolheu divulgar o vídeo justamente com a intenção de deixar o seu relato ali. Entrar em contato com Adelir para que ela relate novamente a mesma história traumática à qual já temos acesso facilmente pelo vídeo me parece eticamente irresponsável. Dessa maneira, reproduzo aqui o relato da feito pela própria Adelir, a voz verdadeiramente legitimada para contar esta história:

Me sinto frustrada, muito chateada. Na hora que já estavam de cinco em cinco minutos as contrações, chegou a polícia, chegou o oficial de justiça com viatura, com ambulância. E eu com cinco em cinco minutos (de contrações), eles aterrorizando que se não cumprisse o mandado, meu marido, naquela hora que eu tava precisando dele, ia ser preso. E a casa tava cheia de criança.

Cheguei aqui, meu marido ainda brigando, né? Pra não entrar em confusão, com medo que me marido fosse preso, aí aceitei e vim na ambulância. Mas quando cheguei aqui, vi a médica falar com outra pessoa que eu já tava com nove, ou seja, nove de dilatação. E mesmo o que eles alegam, parto pélvico. Só que, como foi dito para as enfermeiras, que eu entrei em acordo de vir aqui antes só pra ser examinada. Não é que eu ia precisar, era só pra eu ser examinada. Aí eles fizeram uma eco aqui dentro do hospital dizendo que estava pélvico. Mas eu queria uma segunda opinião, queria uma requisição para eu ir para em uma outra clínica particular que eu ia pagar na mesma hora para ver se estava sentado mesmo.

Aí ela disse: “se você quer uma segunda opinião eu arranjo uma aqui”. Aí ela pegou um médico aqui de dentro. Segunda opinião assim com um colega dela pra mim não serve de nada. Aí não tive essa segunda opinião, ela não me deu requisição nenhuma, ela ficou muito mais brava ainda comigo porque ela disse que eu tinha que assinar como se eu estivesse fugindo daqui que ela não tava me liberando. E eu aceitei em assinar, mesmo como fugitiva daqui, porque o acordo que eu tinha feito com as enfermeiras do posto era de que eu vinha aqui só para ser avaliada. E já queriam me segurar para o parto cesáreo.

Ela chateada, eu assinei esse papel para poder sair daqui para tentar entrar em trabalho de parto em casa. Aí muito mais chateada ainda quando eu disse que queria esperar entrar em trabalho de parto em casa, pra ficar de cinco em cinco minutos e aí ir para o hospital. Mas já que me proibiram de... Não que me proibiram, mas depois dessa situação de vir aqui e ela mesmo me falando que mesmo em trabalho de parto eu não ia fazer parto normal. A doula me falou que em Araranguá seria melhor pra

mim, porque lá tem partos humanizados no hospital. E a gente decidiu ir para Araranguá. Mas mesmo assim, a doula pediu bastante na ambulância: “leva ela pra Araranguá então porque ela já está em trabalho de parto, dá para ser normal”. Mas me trouxeram pra cá, pra Torres. Eu queria estar mais feliz, feliz por minha filha estar sadia, mas se fosse de parto normal eu já estaria em casa porque eu tenho outra bebê e o leite teria descido. O leite não desceu até agora, porque na cesária demora mais para o leite descer³.

Vários pontos da história de Adelir merecem destaque. Este estudo não pretende esgotar o tema, pelo contrário, acredito que uma infinidade de análises podem – e devem – ser realizadas, e que todas elas colaborarão para o entendimento dos fatores que contribuem para que a violência obstétrica ocorra com tanta frequência.

Aqui pretendo dar destaque a três principais pontos: o termo de responsabilidade e sua relação com a *authoritative knowledge*, a repressão do sistema de gênero aos corpos subversivos; e a sobreposição das expectativas de direito do nascituro aos direitos efetivos da mãe.

3.3. O TERMO DE RESPONSABILIDADE: MARCO DA *AUTHORITATIVE KNOWLEDGE*

Conforme já narrado pela própria Adelir, ao se dirigir ao hospital para ser examinada, ela foi informada que o exame de ecografia teria indicado que o seu bebê estaria em posição sentada e, por essa razão, precisaria realizar uma cirurgia cesariana urgente. Diante desta resposta, Adelir decide que precisa ouvir uma segunda opinião. No entanto, ao requerer que fosse encaminhada para uma clínica particular, ela foi informada que só sairia do hospital se assinasse um termo de responsabilidade. Adelir foi comparada a uma fugitiva.

Esse trecho da narrativa levanta diversos questionamentos. Um dos primeiros questionamentos que me vem à mente é da necessidade ou não de realização de cirurgia cesariana em caso de partos pélvicos. Mais uma vez, lembro que o presente estudo não tem o condão de questionar cientificamente as práticas médicas envolvidas na cesárea. No entanto,

³ Vídeo disponível em: <<http://videos.clicrbs.com.br/rs/zerohora/video/geral/2014/04/sinto-frustrada-afirma-mae-apos-cesariana/71559/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

vale mencionar que existem diversos estudos científicos que defendem a possibilidade de parto normal pélvico. Uma simples busca na *internet* nos traz uma infinidade de vídeos e depoimentos de partos normais pélvicos de sucesso. De posse dessas fontes, até mesmo alguém que não é profissional da saúde pode concluir que a indicação de cirurgia cesariana imediata em casos de posição pélvica do bebê é uma das típicas indicações médicas falaciosas, tão comuns no cenário atual brasileiro.

O caso de Adelir nos coloca, portanto, diante do seguinte cenário: os profissionais da saúde indicam a realização de parto cirúrgico imediato e a validade da indicação é questionada pela parturiente, que não autoriza a realização da intervenção cirúrgica antes de ouvir outras opiniões.

Ao questionar o diagnóstico médico apresentado, Adelir, assim como nos relatos de mulheres estudados por Jordan, deixa de ser uma “boa paciente”, “colaborativa” e passa a ser tratada como uma pessoa “fora de controle” (JORDAN, 1997, p.67). Segundo o relato de Adelir, este é o momento em que a enfermeira começa a ficar nervosa.

A enfermeira então diz que “se você quer uma segunda opinião eu arranjo uma aqui” e chama outro médico da mesma clínica para interpretar o resultado. A frase da enfermeira demonstra uma tentativa clara de reforçar o seu status de detentora do conhecimento válido - *authoritative knowledge*. Ela não permite que a parturiente vá em busca do conhecimento por si, nem que tome suas próprias conclusões. Pelo contrário, diante dos questionamentos de Adelir, a enfermeira, além de ficar nervosa (o que por si só já é uma tentativa de coerção), busca manter inquestionável o *status* do conhecimento apresentado pelos profissionais da saúde. Para tal, chama outro médico parceiro para apresentar o mesmo resultado. A própria frase da enfermeira dá a entender que ela esperava a total concordância do médico com os motivos e a necessidade do procedimento invasivo urgente.

Brigitte Jordan, em seus estudos sobre a *authoritative knowledge* explica que no ambiente hospitalar, muitas vezes, coexistem duas versões diferentes de realidade. Os detentores de ambas as versões alegam possuírem o conhecimento relevante. No entanto, a conjuntura do ambiente hospitalar e os seus significados sociais muitas vezes fazem com que a versão de realidade apresentada pela mulher seja anulada, ignorada, negada e, na maioria das vezes, substituída por outra versão da realidade - a dos médicos. A versão da realidade dos médicos é apresentada como mais apurada, correta, científica e relevante (JORDAN, 1997, p.67).

O fenômeno descrito por Jordan está explícito nesse momento da narrativa. A enfermeira tenta manter-se como detentora do conhecimento, ao sugerir que outro médico do mesmo hospital fosse escutado. No entanto, Adelir resiste. Ela não permite a tentativa de anular o seu conhecimento, a sua versão da realidade. Em resposta à resistência de Adelir, lhe atribuem o *status* de fugitiva. Caso se retirasse, caso discordasse do conhecimento ali valorado, e caso seguisse a sua vontade e a do seu corpo, Adelir seria classificada como fugitiva. Para se retirar do hospital, ela precisaria assinar um termo assumindo a responsabilidade de não ser detentora do conhecimento válido.

O termo de responsabilidade é um ponto de observação importantíssimo. Ele é um marco da desigualdade de poderes entre médicos e parturientes no ambiente hospitalar. Em uma sociedade sexista, há tentativas constantes de controle dos corpos das mulheres, e há certos marcos que são mais evidentes e visíveis. A necessidade de assinar um termo para a livre condução da gestação daquilo que está dentro de seu corpo, é um símbolo, um marco, da apropriação do corpo de Adelir pelo sistema da medicalização.

O termo de responsabilidade é a prova de que não existe harmonia entre as duas versões da realidade no ambiente médico-hospitalar. Para que Adelir permaneça naquele sistema, para que seja considerada uma “boa paciente”, ela deve cooperar, deve consentir e deve manter-se ignorante. Caso apresente resistência e queira deixar aquele ambiente, ela deve se responsabilizar por isso. São opções excludentes: ou prevalece a versão de realidade dos médicos ou a Adelir está por sua própria conta e risco.

No entanto, este sistema não permite nem mesmo a possibilidade de existência da versão de realidade de Adelir. Adelir, mesmo tendo assinado o termo, é forçada a permanecer naquele ambiente. Não existe sequer a opção real de ser uma “fugitiva”.

Outro aspecto que deve ser analisado é o da violência por trás do termo de responsabilidade. Na área médica, os termos de responsabilidade, seja os termos de consentimento informado ou de recusa de tratamento e alta a pedido, são utilizados como tentativa de afastar a responsabilidade civil dos médicos em casos de dano. A despeito da conveniência jurídica da existência do termo para os profissionais da saúde, é importante ressaltar que forçar o paciente a assinar o termo de recusa pode ser uma experiência traumática.

No dossiê elaborado pela Rede Parto Pelo Princípio, mencionado no capítulo anterior, é possível encontrar inúmeros relatos de mulheres que disseram sentir que, caso algum

problema acontecesse durante o nascimento de seus filhos, a culpa era exclusivamente *delas*. Muitas dessas mulheres escutaram frases como “faça isso ou o seu filho vai morrer”. O termo de responsabilidade passa a ideia similar de: “assine isso porque caso aconteça algo a culpa é sua”.

Mesmo diante da opressão sofrida nesse primeiro contato com o hospital, Adelir resiste novamente. Ela assina o termo de responsabilidade e deixa o hospital.

3.4. O NÃO DE ADELIR E A QUEBRA DE REPETIÇÕES DE GÊNERO

Conforme já observado em capítulo anterior, a visão do corpo baseada no dualismo sexo-gênero posiciona o sexo em um domínio pré-discursivo e volta seus olhares para o órgão genital e para a potencial função reprodutora do corpo, em uma clara tentativa de sexuar os corpos dentro do binarismo macho-fêmea (BUTLER, 2015b).

Algumas feministas pós-modernas consideram essa abordagem extremamente perigosa e falha, uma vez que sexuar corpos por meio da observação de órgãos genitais é estabelecer uma relação entre o corpo sexuado e a função reprodutora. Um dos perigos desta abordagem é a exclusão da possibilidade de um corpo sexuado que não possa ter sua materialidade percebida segundo a perspectiva da reprodução (BUTLER, 2015a). Em outras palavras, ao ligar o sexo à função reprodutiva, a sexualidade é limitada à reprodução, e a reprodução heterossexual é apontada como destino biológico dos corpos. Judith Butler esclarece que “a categoria do sexo pertence a um sistema de heterossexualidade compulsória que claramente opera através de um sistema de reprodução sexual compulsória” (BUTLER, 2015b, p. 192).

As reflexões de Judith Butler são importantes para a análise da história de Adelir. Diferentemente da abordagem do corpo pelo dualismo sexo-gênero, Butler não acredita que existe um núcleo de identificação interno, uma “essência interior”, que precisa se expressar através do gênero. Para Butler, o que existe é uma repetição constante de atos de gênero, criando, só então, a ideia de gênero. O gênero é, portanto, “uma construção baseada na repetição dos atos de gênero” (BUTLER, 2015b, p. 240-244). Para que a construção da ideia de gênero ocorra, é necessária uma performance repetitiva. O movimento não é, diz ela, de

“dentro para fora”, mas sim de “fora até a superfície do corpo” (BUTLER, 2015a). Segundo a pensadora

esses atos, gestos e atuações, entendidos em termos gerais, são *performativos*, no sentido de que a essência ou identidade que por outro lado pretendam expressar são fabricações manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos (BUTLER, 2015b, p. 235).

Butler defende que a performance - entendida não como uma performance individual, mas como performance coletiva - é realizada com o objetivo de manter o gênero em sua estrutura binária. Dessa maneira, para que as performances de gênero sejam bem sucedidas aos olhos do sistema de gênero, a sua quebra tem consequências punitivas (BUTLER, 2015b, p. 241).

A quebra da repetição dos atos de gênero desencadeia uma punição, porque ela é capaz de desestabilizar toda a estrutura desse sistema. A possibilidade de realizar performances subversivas, não “autorizadas” pelo binarismo, evidencia como este dualismo é uma construção e ameaça a sua estabilidade, já que sua estabilidade reside em sua apresentação como natural. Butler deixa claro que:

Como estratégia de sobrevivência em sistemas compulsórios, o gênero é uma performance com consequências claramente punitivas. Os gêneros distintos são parte do que “humaniza” os indivíduos na cultura contemporânea; de fato habitualmente punimos os que não desempenham corretamente o seu gênero. Os vários atos de gênero criam a ideia de gênero, e sem esses atos não haveria gênero algum, pois não há “essência” que ele expresse ou que exteriorize, nem tampouco um ideal objetivo ao qual aspire, bem como não é um dado da realidade. Assim, o gênero é uma construção que oculta normalmente sua gênese; o acordo coletivo tácito de exercer, produzir e sustentar gêneros distintos e polarizados como ficções culturais é obscurecido pela credibilidade dessas produções - e pelas punições que penalizam a recusa a acreditar neles; a construção obriga nossa crença em sua necessidade e naturalidade. As possibilidades históricas materializadas por meio dos vários estilos corporais nada mais são do que ficções culturais punitivamente reguladas, alternadamente incorporadas e desviadas sob coação (BUTLER, 2015b, p. 241)

Judith Butler explica ainda que a sedimentação das normas do gênero produziu o fenômeno peculiar de uma “mulher real”, ou qualquer ficção social vigente e compulsória (BUTLER, 2015b, p. 241). É possível, portanto, fazer um paralelo entre a teoria de Butler e a história de Adelir. A apresentação do corpo da mulher como incapaz de parir é uma construção social sexista e fictícia. Essa construção e sua apresentação como algo natural também se deu por meio de uma repetição. Como observamos rapidamente no segundo capítulo, a história nos mostra como o corpo da mulher foi apresentado continuamente como doente e incapaz. O parto deixou de ser um evento familiar, onde as mulheres lideravam a sua condução, e foi transferido para o ambiente hospitalar, onde médicos e máquinas passaram a conduzi-lo. Dentro desse ambiente, a repetição de atos de gêneros que reforçam diariamente a idéia de uma mulher incapaz é constante. A idéia da incapacidade é construída e, assim como outras construções da performance de gênero, tende a obrigar nossa mente a crer na sua necessidade e naturalidade (BUTLER, 2015b, p. 241).

Ao dizer *não* à estrutura de medicalização, ao dizer *não* à prescrição médica por uma cesariana, Adelir ameaçou a estabilidade do sistema do gênero. Apesar de estar inserida no contexto da reprodução heterossexual compulsória (BUTLER, 2015b), apesar de estar “cumprindo” o que é apresentado como destino biológico dos corpos pelo sistema do gênero, Adelir não tem poder de decisão sobre o próprio corpo. O mesmo sistema do gênero que se encarrega de controlar todas as performances de gênero, apresenta a reprodução como destino biológico, e determina como ela deve ocorrer.

Nesse cenário, o *não* de Adelir tem uma potência capaz de questionar uma das estruturas básicas do sistema de gênero: a reprodução. Dentro do sistema de medicalização, a mulher grávida é tratada como paciente e a gravidez é tratada como doença. Adelir, grávida e diagnosticada com “bebê sentado” - justificativa falaciosa utilizada pelo sistema para reforçar a idéia da gravidez como uma patologia e da necessidade de intervenção médica, diz *não* à *authoritative knowledge* dos médicos. O *não* de Adelir tem a potencialidade de questionar a reprodução, buscando ressignificá-la. A possibilidade de uma mulher decidir como deseja dar à luz, de ser protagonista de seu parto, de questionar o “conhecimento científico” é perigosa para a estabilidade desse sistema. Adelir é classificada, nesse momento, como um corpo subversivo.

Assim como as performances subversivas têm consequências punitivas, o caso de Adelir teve punições severas. Quando ela diz *não* e se retira do hospital, a máquina do sistema

começa a operar com o intuito de reprimi-la em sua performance subversiva. Débora Diniz, em seu artigo *Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista* defende que as Instituições são responsáveis por oficializar o sistema do gênero como regra de governo (DINIZ, 2014, p. 12). As Instituições atuam em conjunto para garantir a estabilidade do sistema. No caso de Adelir, é possível identificar a presença da atuação de três principais instituições na repressão de seu *não*: a Medicina, a Polícia e o Judiciário.

A velocidade da resposta das instituições também é evidência de como elas são guiadas pela mesma moral. Conforme narrado, após Adelir deixar o hospital, os médicos entraram em contato com a Secretaria de Saúde de Torres, a Secretaria contatou o Ministério Público, que ajuizou a Medida de Proteção. Em pouco tempo, a juíza requereu a condução coercitiva de Adelir ao hospital. Adelir foi então forçada a ir ao hospital por nove policiais armados. No hospital, foi realizada a cesariana contra a sua vontade.

Outro ponto de vista deve também ser mencionado. Apesar do sistema de gênero, da atuação de suas instituições, e da garantia do parto de Adelir dentro do ambiente médico-hospitalar, o sistema não conseguiu abafar sua voz. O *não* de Adelir reforçou a luta de várias outras mulheres contra as opressões sofridas pelo sistema do gênero e a violência obstétrica. Milhares de mulheres saíram às ruas em diversas cidades do Brasil, em combate à violência obstétrica, entoando o lema “Somos Todas Adelir”. A performance subversiva de Adelir multiplicou-se em outras tantas performances subversivas.

Vale ressaltar, ainda, que existem também vozes dissonantes dentro das próprias instituições. Um exemplo são as pessoas que coordenam estratégias de combate à violência obstétrica, como a Rede Cegonha. Esses são também exemplos de performances subversivas pontuais, que encontram em sua luta uma série de resistências, devido à mentalidade sexista do sistema do qual fazem parte.

Finalmente, também é digna de nota – e discussão – a justificativa dada pela juíza para a concessão da liminar que autorizou o sequestro do parto de Adelir. A decisão da juíza é importante evidência sobre a como as diferentes Instituições reproduzem e mantêm a mesma moral opressora, atuando em conivência.

3.5. MULHER COMO MERA “PORTADORA DE BEBÊ”

Segundo notícia da Associação de Juízes do Rio Grande do Sul, a decisão judicial proferida pela juíza foi baseada no resguardo da vida e integridade física do nascituro. A juíza autorizou, por meio de limitar, a condução coercitiva de Adelir ao hospital e a realização da cesariana, caso esta fosse a prescrição médica:

Ao analisar o caso, a magistrada considerou que o relatório de prescrição/evolução, o boletim de atendimento médico e os demais documentos apresentados atestaram a necessidade de intervenção estatal para encaminhar a demandada ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes. A fim de que a gestante receba o atendimento adequado para o resguardo da vida e integridade física do nascituro, inclusive com a realização do parto por cesariana, se essa for a recomendação médica no momento do atendimento (AJURIS, 2014)

Após o ocorrido, a associação Artemis, que visa atuar como aceleradora social em busca da igualdade de gênero, entrou em contato com Adelir e encaminhou uma denúncia à Presidenta da República, para que fossem apuradas as violações sofridas por ela (ARTEMIS, 2014). Um dos pontos levantados pela associação foi o da impossibilidade legal de sobrepor as expectativas de direito do nascituro aos direitos efetivos da mãe.

Conforme argumentam na denúncia, nos termos do artigo segundo do Código Civil, o nascituro não é titular de direitos efetivos. Ele possui apenas expectativa de direitos, que se confirmam apenas a partir do nascimento com vida. A mulher gestante, pelo contrário, tem direitos efetivos. As advogadas argumentam, portanto, que eventual direito futuro do nascituro não poderia ser oponível ao direito real e existente da mãe (ARTEMIS, 2014).

O duelo entre os direitos da mulher gestante sobre seu corpo e supostos direitos do feto são comuns na justiça brasileira. Um dos exemplos mais recentes foi o julgamento da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54, pelo Supremo Tribunal Federal, no qual foi decidida a atipicidade do aborto em casos de fetos anencéfalos.

No caso de Adelir, o principal ponto de debate reside no perigo de se proteger os eventuais direitos futuros do nascituro em detrimento do direito real da mãe de fazer escolhas sobre a condução de seu parto. A interpretação da juíza viola recomendações da Organização Mundial da Saúde e direitos previstos nas Portarias mencionadas no Capítulo 2. Além disso,

a magistrada legitima a intervenção médica forçada, e desrespeita o Código de Ética Médica (ARTEMIS, 2014, p.7). A Resolução CFM n. 1931/2009 prevê que:

É vedado ao médico:

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

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 eminente 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 exerceu sua autoridade para limitá-lo (CREMERS, 2014, p. 19 e 21, grifo nosso)

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.

Ainda, ao basear sua decisão na proteção aos direitos do nascituro, a interpretação dada pela juíza reduz a mulher a uma mera “portadora de bebê” (ARTEMIS, 2014, p.10). Maria Esther Vilela, coordenadora da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, em entrevista ao jornal *Via Mundo*, explica como no sistema da medicalização e na indústria do parto, a mulher tende a ser tratada como uma “máquina defeituosa” que depende de intervenções médicas para que o seu produto final, um bebê saudável, seja atingido⁴.

Ademais, a interpretação dada pela juíza induz a percepção de Adelir como uma pessoa totalmente separada do feto, que poderia ser dissociada dele e desconsiderada. No entanto, Adelir e o feto são um só corpo, *o corpo de Adelir*. A decisão sobre conduzir a gestação e como conduzi-la cabe estritamente a Adelir.

Outro fator importante é o nítido potencial difamatório da notícia publicada pela Associação de Juízes do Rio Grande do Sul. A notícia sugere que Adelir estaria agindo dolosamente com a intenção de prejudicar o êxito do nascimento. Sendo necessária, portanto, uma intervenção estatal para que o nascimento fosse protegido pelos médicos. No entanto, a realidade é exatamente a oposta. Existem, inclusive, diversas pesquisas científicas indicando

⁴ LEMES, Conceição. **Esther Vilela: partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico**. 16 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

que os riscos de ser submetido a uma cirurgia cesariana desnecessária são maiores tanto para a mãe quanto para o feto, quando comparado ao risco do parto normal. Além de também prejudicar a liberação de hormônios responsáveis pela diminuição das chances de depressão pós-parto e da lactância.

As consequências dessa interpretação são terríveis, tanto no plano concreto, materializado na violência sofrida por Adelir, quanto no plano abstrato, interpretativo das relações éticas e deontológicas desse ato. A ideia de que a gestante responsável seria aquela que aceita as decisões médicas sobre seus corpos, que se submete espontaneamente ao sistema de medicalização é reforçada por essa decisão. As ofensas que Adelir sofreu na *internet* e nas redes sociais com a publicação da notícia, onde foi chamada de “louca”, “irresponsável” e “potencial assassina”, nada mais fazem do que corroborar essa conclusão.

CONCLUSÃO

A mais importante conclusão desse trabalho é a percepção da importância de se analisar a violência obstétrica sob uma perspectiva de gênero. É a percepção de que a análise da violência obstétrica jamais pode ignorar o seu contexto e complexidade.

Daí o título do presente trabalho: *Vidas Cortadas*. O sistema do gênero controla cotidianamente a vida das mulheres. Mas existem momentos em que este controle se evidencia. A materialização do controle a qual estamos todas submetidas e a qual resistimos, se deu na vida de Adelir, e de tantas outras mulheres, através de um corte em seu corpo, o corte da cesárea obrigatória.

O trabalho foi capaz de evidenciar, ainda que brevemente, uma abordagem dessa violência sob uma ótica feminista. Várias outras são igualmente possíveis e, acima de tudo, necessárias. Acredito que os questionamentos apresentados nessa pesquisa são importantes para a análise da violência.

Em primeiro lugar, é necessário questionar a ilusão naturalista dos corpos. Tal ilusão vincula as mulheres a uma potencial figura reprodutora, apresenta a reprodução como destino de seus corpos e as obriga a parir dentro de um sistema onde não são protagonistas.

Faço aqui outra breve reflexão com objetivo de levantar um último questionamento. Vários coletivos feministas, em especial o feminismo hegemônico – o considerado “feminismo branco”, se afastam da discussão acerca da violência obstétrica por não quererem tratar de maternidade. No entanto, a discussão sobre o direito ao aborto e a medicalização do parto não estão tão distantes como alguns coletivos feministas parecem acreditar. Pelo contrário, a mesma ilusão naturalista que limita a materialidade corporal da mulher à maternidade e nega a visão do aborto como uma decisão íntima, feminina e privada, também oprime as mulheres no momento do parto.

No caso da violência obstétrica, mesmo quando a mulher está vivendo a maternidade – e não estou aqui inferindo que a escolha da maternidade é livre – a mesma ilusão, o mesmo sistema patriarcal se esforça para regular como será esta maternidade. Em ambas as situações, é possível identificar a mesma moral do dever reprodutivo como um destino da sexagem dos corpos. Essa mesma moral determina que a reprodução acontecerá, nega o aborto, e controla como se dará essa reprodução, inserindo-a na esteira da medicalização. Dito isso, faço um

último apelo, como pesquisadora-mulher. Precisamos falar de mulheres que parem, porque elas também tem seus corpos controlados. Os debates não são excludentes, são complementares e contínuos no âmbito de uma mesma moral conservadora.

Em um último momento, acredito ser necessário concluir que, para que mudanças substanciais se efetivem, é necessário alterar a relação desigual de poder, sustentada pela moral sexista e evidente no sistema da medicalização. Para isso, é necessária uma verdadeira quebra de paradigmas. Sobrevivemos ao sistema do gênero por meio de resistência e subversão. Adelir é símbolo de resistência e, como nos lembrou Judith Butler, quebrou a repetição de atos de gênero e, por isso, foi reprimida pelo sistema. No entanto, Adelir denunciou sua repressão, deu voz e contribuiu para a luta de inúmeras outras mulheres. A história de Adelir, sem dúvidas, evidencia como a luta por protagonismo no parto é uma subversão necessária.

REFERÊNCIAS:

AJURIS. **Entrevista: magistrada fala sobre decisão de Justiça para resguardar vida de bebê.** 07 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ajuris.org.br/2014/04/07/entrevista-magistrada-fala-sobre-decisao-da-justica-para-resguardar-vida-bebe/>>. Acesso em 26 mai. 2016.

ARTEMIS. **Denúncia à Presidência da República.** 2014. Disponível em: <<http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Denúncia-Adelir-PRESIDÊNCIA-DA-REPÚBLICA.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

ALCOFF, Linda Martín. **The Problem of Speaking for Others.** 1992. Disponível em <<http://www.alcoff.com/content/speaothers.html>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BARBOSA, Gisele Peixoto. et al. Parto Cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstância? In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Jeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003.

BUTLER, Judith. **Palestra Why Bodies Matter. Teatro Maria Matos.** Lisboa. 2 de junho de 2015a. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=rD6vifFTDLY>>. Acesso em: 01 jun. 2016.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 7633/2014. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências.** 2014a. Disponível em: < http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=930A8EBD6158D2EB7B759336BB5A9779.proposicoesWeb2?codteor=1257785&filename=PL+7633/2014>. Acesso em 02 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Prático para a implementação da Rede Cegonha.** [s.d.]

BRASIL, Ministério da Saúde. Entrevista Dário Pasche. Rede Cegonha é a Oferta do Ministério da Saúde para o Parto Humanizado. **Cardeno Humaniza SUS**, 2014b.

CREMERS. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1931/2009 e Código de Processo Ético-Profissional: Resolução CFM nº 2023/2013.** Porto Alegre: Stampa Comunicação. 2014. Disponível em: < http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/cem_e_cpep.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CUNHA, Cynthia; GAMA, Silvana; LEAL, Maria do Carmo. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, n. 39, p. 100-107, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/13.pdf>> . Acesso em: 04 jun. 2016.

DAVIS-FLODY, Robbie E; SARGENT, Carolyn. **Childbirth and Authoritative Knowledge.** Berkely, University of California Press, 1997.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(5):1521-1534, 2008.

DINIZ, Debora. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. In: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane Rodrigues de; ZANELLO, Valeska (Orgs.). **Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2014. p. 11-21.

EHNRENREICH, Barbara; ENGLISH, Deirdre. **Complaints and Disorder: The sexual politics of sickness**. Lunaria Press, 1973.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em Duelo. Trad de Plínio Dentzien **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 17-18, p 9-79 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a02>>. Acesso: 02 jun. 2016.

FAUSTO-STERLING, Anne. Sexing the Body: Gender Politis and the Construction of Sexuality. Basic Books, 2000. Disponível em: <<https://libcom.org/files/Fausto-Sterling%20-%20Sexing%20the%20Body.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes; LANSKY, Sônia. Acolhimento e Vinculação: diretrizes para acesso e qualidade do cuidado perinatal. **Caderno HumanizaSUS**. Brasília - DF, 2014.

FOUCAULT, Michel. The Archaeology of Knowledge and Discourse on Language. Pantheon Books, New York, 1975. Disponível em: < https://monoskop.org/images/9/90-/Foucault_Michel_Archaeology_of_Knowledge.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

FOUCAULT, Michel. The Birth os the Clinic: An Archaeology of Medical Perception. 1963. Disponível em:<https://monoskop.org/images/9/92/Foucault_Michel_The_Birth_of_the_Clinic_1976.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

(UNFPA). **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 2004. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Sesc, 2010. Disponível em <<http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Feminist Studies* 14 (3), 1988. **Cadernos Pagu** (5), pp. 18-41. Disponível em <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1065_926_hARAWAY.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

JORDAN, Brigitte. **Childbirth and Authoritative Knowledge**. Eds. Davis-Floyd, Robbie e Sargent, Carolyn. Berkeley: University of California Press. 1997.

LEAL, Maria do Carmo (coord.). **Pesquisa Nacer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt943835885.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, 2012. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>>. Acesso em: 16/06/2016.

LEMES, Conceição. **Esther Vilela: partos de risco habitual serão feitos por enfermeiro-obstétrico**. 16 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/esther-vilela-do-ministerio-da-saudepartos-de-risco-habitual-serao-feitos-por-enfermeiro-obstetrico.html>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

OMS. **Manual de Boas Práticas e Atenção ao Parto e o Nascimento**. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

ORTIZ GÓMES, Teresa. **El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer**. 2002. Disponível em: <<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/15380/1/Genero%2520y%2520androcentrismo.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Acompanhante no parto: benefícios para mamãe, papai e bebê**. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/#!/beneficios-acompanhante/cc5h>>. Acesso em: 21 jun. 2016.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor**. Disponível em <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

STARR, Paul. **The social transformation of American Medicine**. New York, Basic Books, 1982.

UNICEF. **Dez Desafios do Ensino Médio no Brasil: para garantir o direito de aprender de adolescentes de 15 a 17 anos**. 2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/10desafios_ensino_medio.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

VENEZUELA. **Norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva**. 2003. Disponível em <http://venezuela.unfpa.org/documentos/ssr_norma_Inicio.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2016.

VIEIRA, E. M. 1999. A medicalização do corpo feminino. In: **Questões de Saúde Reprodutiva**, p. 67-78, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

WHO. **Appropriate Technology for Birth: Recommendations of Fortaleza**. Lancet, 1985.

WHO. **Care in Normal Birth: a radical guide.** 1996. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>