



**Universidade de Brasília
Instituto de Ciência Política (IPOL)**

**A categoria 'violência obstétrica' no debate público brasileiro: uma reflexão
interdisciplinar sobre movimentos, embates e articulações**

Brasília, 2020



Universidade de Brasília
Instituto de Ciência Política (IPOL)

Ruhana Luciano de França

**A categoria 'violência obstétrica' no debate público brasileiro: uma reflexão
interdisciplinar sobre movimentos, embates e articulações**

Monografia apresentada como exigência à
obtenção do grau de Bacharel em Ciência
Política pela Universidade de Brasília.

Orientadora: Giovana Tempesta.

Examinadora: Flávia Biroli.

Brasília, 2020

AGRADECIMENTOS

A trajetória que percorri durante a pesquisa e escrita desse trabalho não seria possível sem o suporte dos meus pais, Wellington e Ritamar, que me ajudaram, sempre com doçura, a enfrentar minhas inseguranças e medos. Vocês são a minha base e eu serei eternamente grata por isso.

Agradeço a meu irmão, Fabrício, que com sua criatividade e coração sonhador me ensina sempre que o mundo pode ser mais leve.

À minha amiga e companheira de curso, Kemelly, por desbravar a formação como cientista política comigo. Obrigada por trazer mais alegria a esses anos de graduação.

Às corajosas mulheres engajadas na mobilização por um parto respeitoso que se dispuseram a separar um tempo para se encontrar comigo e me mostraram que juntas vamos mais longe. Obrigada por terem contribuído com essa pesquisa.

À minha orientadora, Giovana Tempesta, que desde nosso primeiro encontro demonstrou interesse pelas minhas ideias. Obrigada por cada conversa, por cada sugestão e pelos incentivos. Você enriqueceu a minha forma de ver o mundo.

E à professora Flávia Biroli, que me apresentou a discussão de gênero na ciência política. Obrigada por suas aulas instigantes, por ter me contagiado com o interesse pela teoria feminista e especialmente por ter me dado o privilégio de ser parecerista da minha monografia.

RESUMO

Por meio da articulação de diversas fontes e do diálogo entre Ciência Política, Antropologia e Saúde Coletiva, pretendeu-se compreender alguns aspectos do desenvolvimento da categoria “violência obstétrica” no debate público brasileiro. Foram utilizados dados referentes à observação em audiências públicas, entrevistas semi-estruturadas, cursos de doula e de capacitação para enfrentamento à violência obstétrica, bem como análise de leis, documentos e material midiático sobre a temática. Percebeu-se que, ao enquadrar o problema no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos e ao entender a violência obstétrica enquanto violação de direitos humanos, o movimento de “humanização” do parto e nascimento nos permite refletir sobre os limites da cidadania das mulheres. Ao mesmo tempo, ao mapear a construção dessa categoria de violência, notou-se também a mobilização de alguns termos como “autonomia”, “escolha” e “protagonismo” com diferentes sentidos e justificando pautas distintas, a depender dos sujeitos que os utilizavam. Dessa forma, indica-se também a produção de sentidos em âmbitos que vão além da interação médico-paciente e ultrapassam as experiências da gestação e do parto.

Palavras-chave: violência obstétrica; violência de gênero; direitos humanos; direitos sexuais e reprodutivos; ativismo político.

Sumário

Introdução	7
1. Contextualização do tema de pesquisa	7
2. Sobre a pesquisa	9
3. Dados etnográficos	11
Capítulo I – Ativismos em torno da violência obstétrica	13
1.1 O movimento pela humanização do parto no Brasil	14
1.2 A humanização como estratégia de combate à violência	16
1.3 A violência obstétrica como problema político	20
Capítulo II – A violência obstétrica no debate público	25
2.1 Audiência Pública no dia 20 de junho de 2018, no Senado Federal, para debater a violência obstétrica no Brasil	26
2.2 Audiência sobre a Lei 6.144/2018 na Câmara Legislativa do Distrito Federal, dia 21 de novembro de 2018	31
2.3 Audiência Pública: “O Enfrentamento à Violência Obstétrica no Brasil”, no dia 02 de julho de 2019, na Câmara Federal	33
2.4 Audiência sobre parto cesariana e o PL 3635/2019, no dia 03 de setembro de 2019 na Câmara dos Deputados	37
Capítulo III – Violação de direitos humanos	40
3.1 O conceito de violência obstétrica	40
3.2 Conflitos	42
3.3 “Dever do médico” e direitos da mulher	44
3.4 Autonomia das mulheres	47
Considerações Finais	51
Referências Bibliográficas	54

LISTA DE SIGLAS

ADDF - Associação de Doulas do Distrito Federal

Anadef - Associação Nacional dos Defensores Públicos Federais

ApiceOn - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

CEDAW - Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher/ONU

CFM - Conselho Federal de Medicina

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

MBE - Medicina baseada em evidências

MPF - Ministério Público Federal

OAB - Ordem dos Advogados do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSOL - Partido Socialismo e Liberdade

PSL - Partido Social Liberal

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE TERMOS TÉCNICOS

Doula: Acompanhante de parto treinada.

Episiotomia: Procedimento técnico que consiste em um corte realizado na região do períneo. Pode deixar sequelas mais ou menos graves na mulher e no bebê.

Manobra de Kristeller: Procedimento em que o profissional de saúde se debruça sobre a barriga da mulher grávida com o intuito de acelerar a saída do bebê. Pode deixar sequelas mais ou menos graves na mulher e no bebê.

Ocitocina sintética: Versão sintética do hormônio ligado ao estímulo das contrações uterinas. É usada para induzir o parto. Pode causar muita dor e até diminuir o fluxo sanguíneo do bebê.

Plano de Parto: Documento no qual a mulher esclarece tudo o que gostaria ou não que fosse realizado durante o seu parto.

Posição litotômica: Posição em que a mulher deita de barriga para cima e com as pernas elevadas.

Relato de parto: Depoimento, geralmente feito pela mulher, sobre os acontecimentos de seu trabalho de parto.

Tricotomia: Raspagem dos pêlos pubianos. Pode causar fissuras na pele que aumentam o risco de infecção.

INTRODUÇÃO

1. Contextualização do tema de pesquisa

O diálogo entre maternidade e feminismo há muito tempo vem produzindo reflexões enriquecedoras para a compreensão das relações políticas imbricadas na reprodução. A pesquisadora Lucila Scavone (2001) mostra como, em um primeiro momento, foi marcante no feminismo a ideia da maternidade como um dos eixos centrais da dominação masculina. No entanto, um segundo momento do feminismo passa a encarar a capacidade reprodutiva como um poder único, exclusivamente feminino. Nesse momento, ganham espaço teses que “valorizam o lugar das mulheres na gestação” (Scavone, 2001, p. 140). Já no que a autora identifica como sendo um terceiro momento do feminismo, concepções mais críticas sobre a dominação masculina denunciada no primeiro período passam a evidenciar que a raiz dessa dominação não está na biologia em si, mas nos significados sociais atribuídos ao corpo feminino e à maternidade.

Com o advento de novas tecnologias reprodutivas, o cenário da maternidade se tornou ainda mais complexo. Os estudos agora focalizam também as implicações dessas tecnologias na saúde das mulheres e no excesso de intervenções médicas na procriação (Scavone, 2001). O domínio da medicina se ampliou, abarcando eventos que antes não eram considerados pertinentes ao escopo médico. No século XX, a gravidez, o parto e o nascimento passaram a ser controlados pelo saber médico-científico e a hospitalização e mercantilização das práticas de parto foram se aprofundando (Nucci, Nakano, Teixeira, 2018). Nesse contexto, o corpo feminino passou a ser entendido como potencialmente patológico por natureza (Rohden, 2001), e o parto passou a ser visto como evento arriscado, que necessariamente precisa da presença médica para um bom desfecho.

As antropólogas Faye Ginsburg e Rayna Rapp (1991) apontam também que as experiências reprodutivas abrangem não somente a gestação e o parto, mas englobam igualmente o controle de natalidade, a esterilização, o aborto, a adoção, relações de parentalidade, entre outras. Todas essas experiências se estruturam por meio de e mobilizam relações de poder e, por isso, podem ser vistas como inerentemente políticas. Assim, essas autoras propõem uma agenda de pesquisa em que essas “políticas da reprodução” sejam consideradas como aspectos centrais na análise da política em geral, assim como suas consequências locais e globais.

Emily Martin (2006) mostra que, por se basear em uma concepção masculina que vê o corpo da mulher como inerentemente defeituoso, a construção de saberes sobre o parto contribui também para uma cultura de depreciação do corpo feminino, a qual se expressa em valores que permeiam toda a sociedade. O presente trabalho parte da concepção de que a “violência obstétrica” é uma das diversas expressões da violência estrutural de gênero presente na sociedade e, portanto, se configura enquanto problema social e político porque indica que as mulheres não são vistas como sujeitos plenos de direito.

Considerando a contextualização histórica que fez E. Meloni Vieira (2015) para o cenário brasileiro, temos que o processo de medicalização do corpo feminino encontra seus fundamentos com a formação da sociedade capitalista e a ampliação do controle da medicina. A partir do século XIX, o controle social por meio do saber médico se consolida também nas áreas da sexualidade e da reprodução. Com o surgimento da higiene pública e da preocupação com a organização dos espaços urbanos e o controle populacional, a propagação de discursos médicos de base higienista e de valorização da condição maternal feminina vai conferir à mulher a responsabilidade pelo cuidado do lar e da família. Posteriormente, o discurso médico sofre influências também de perspectivas eugênicas, e a preocupação com a melhoria da “raça” e a formação de indivíduos passa a ser central.

Com relação ao novo estatuto da mulher dentro da família, por meio do discurso de valorização da maternidade, Vieira (2015) aponta que, mesmo sendo a responsável pela criação dos filhos, a mulher é considerada um ser incapaz de autonomia e que, portanto, precisa ser tutelado. Essa tutela se dá principalmente por meio da ‘doencificação’, sendo que qualquer desvio em relação às expectativas decorrentes do ideário maternal é considerado como doença, e a desqualificação das mulheres como sujeitos, com sua aproximação da natureza. Nesse sentido, o discurso médico “cria conceitos relativos à menor ou maior aproximação da ‘natureza’ dos corpos femininos de diferentes estratos sociais” (Vieira, 2015, p. 36).

A partir dos anos 1960, a via da escolha entra também no conjunto de possibilidades oferecidos pela medicina sobre as decisões reprodutivas. Com as inovações tecnológicas, pesquisas de métodos anticoncepcionais passam a receber maior incentivo e a esterilização desponta como uma solução de controle populacional do contexto pós-guerra. Assim, a esterilização toma a forma de uma escolha dentro de uma concepção individual de controle reprodutivo (Vieira, 2015).

Dessa forma, percebe-se a articulação entre o saber médico sobre a reprodução e a maternidade por meio de duas vias principais: a tutela, que implica a desvalorização do saber da mulher sobre seu próprio corpo e que abre um leque de potenciais restrições de sua autonomia, e a escolha, que se pauta em um paradigma individual/individualista, desenvolvendo-se, assim, relações que disputam entre si o lugar de legítima opinião em torno dos eventos da maternidade e na implementação de políticas públicas decorrentes.

2. Sobre a pesquisa

A pesquisa foi realizada a partir de dados provenientes da observação em audiências públicas realizadas com objetivo de se discutir “violência obstétrica” e temas correlatos, conforme consta no quadro a seguir. Foram observadas quatro audiências públicas ocorridas em Brasília entre os anos de 2018 e 2019. Além disso, outros dados foram obtidos a partir da participação em um congresso de capacitação jurídica para o enfrentamento à violência obstétrica, em março de 2019, e a participação como cursista em uma formação de doula (acompanhante de parto treinada) em janeiro de 2019. Tanto o congresso como o curso de doula também foram realizados em Brasília.

Quadro 1 - Audiências Públicas

Nº	Audiências públicas	Local	Data	Disponível em:
1	Violência obstétrica (Comissão mista de combate à violência contra a mulher)	Câmara Federal	20/06/2018	< https://www12.senado.leg.br/multimedia/evento/80697 > Data de acesso: 06 de setembro de 2019.
2	Lei 6.144/18: Atenção obstétrica e neonatal	CLDF	21/11/2018	< https://www.youtube.com/watch?v=DXqg9-WOrhI >. Data de acesso: 06 de setembro de 2019.
3	Enfrentamento à violência obstétrica no Brasil	Câmara Federal	02/07/2019	< https://www.youtube.com/watch?time_continue=7&v=VLy22LiGYZ4 >. Data de acesso: 06 de setembro de 2019.
	PL 3635/2019 - Parto Cesariana	Câmara Federal	03/09/2019	< https://www.camara.leg.br/evento-legislativo/57079 >.

4				Data de acesso: 06 de setembro de 2019.
---	--	--	--	---

Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco ativistas pela “humanização” do parto, selecionadas por meio da observação das audiências, da participação no congresso e em diálogo com a antropóloga Giovana Tempesta, cuja pesquisa de pós-doutorado abrange o tema de violência obstétrica. As entrevistas tiveram por objetivo recolher informações, por meio dessas interlocutoras, que fossem úteis para entender como tem se delineado a relação entre as organizações e o Estado, que demandas têm sido formuladas e atendidas, quais os desafios encontrados, dentre outros questionamentos ligados à forma como a categoria “violência obstétrica” vem sendo mobilizada no debate público. Todas as entrevistas foram realizadas em Brasília, com duração média de 40 minutos. O nome verdadeiro de nenhuma das interlocutoras será citado, a fim de que seja preservado o anonimato, conforme combinado e registrado no termo de consentimento livre e esclarecido assinado por elas. Mesmo em se tratando de eventos públicos, optei por me referir apenas ao cargo ou pertencimento à associação das interlocutoras e, no caso das audiências, os nomes foram citados apenas em situações de cargos eletivos, tomando por base o princípio da transparência das ações dos representantes políticos eleitos.

Quadro 2 - Entrevistas

Nº	Entrevistada	Data	Duração
1	Mercedes, Doula e advogada	29/08/2018	37min53s.
2	Presidente da ReHuNa	02/05/2019	57min15s.
3	Pesquisadora da área de Saúde coletiva	06/06/2019	14min19s.
4	Presidente de rede de advogadas que atua em casos de violência obstétrica	28/08/2019	44min37s.
5	Advogada de associação de combate à violência contra mulher	30/08/2019	20min38s.

Complementarmente, foram utilizadas como fontes de pesquisa as leis estaduais e municipais que discutem “violência obstétrica”, projetos de lei, manuais e diretrizes do Ministério da Saúde sobre parto e atenção obstétrica, e o relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre violência no parto a partir do Dossiê “Parirás com Dor” (2012), elaborado pela ONG Parto do Princípio.

A pesquisa focaliza o século XXI, mas recua até as últimas décadas do século XX, quando do início do movimento de humanização do parto e nascimento (Diniz, 2005). A pesquisa etnográfica começou em junho de 2018 e se finalizou em setembro de 2019. Os fatos e documentos considerados vão até setembro de 2019, data da última audiência pública e da publicação no Diário Oficial da União da Resolução do Conselho Federal de Medicina sobre recusa terapêutica, que impacta diretamente a vida das mulheres.

3. Dados etnográficos

Os dados recolhidos por meio dessas diferentes fontes — entrevistas, audiências, documentos públicos — foram articulados com a análise de materiais jornalísticos e audiovisuais. Os documentos e documentários utilizados foram mencionados em eventos públicos sobre “humanização” do parto e “violência obstétrica”, além de serem destaque em comunidades que discutem o tema no Facebook.

O conjunto de audiências descritas oferece uma pequena amostra das convergências e diferenças que caracterizam o debate nos planos local (Distrito Federal) e nacional. As profissionais selecionadas para as entrevistas compõem um conjunto de todas as áreas de atuação envolvidas com a pauta da “humanização” do parto e combate à “violência obstétrica”. Na análise geral, o foco recai sobre o Distrito Federal por este já contar com lei sobre parto humanizado, que garante a presença da doula escolhida pela mulher durante o parto, e lei de proteção à gestante e parturiente, que estipula condutas classificadas como “violência obstétrica”; também aqui é forte o movimento das doulas e de advogadas que atuam com o tema; por fim, aqui se situa a sede da ReHuNa.

Durante a pesquisa de campo e a escrita da monografia, baseei-me no argumento mobilizado por Donna Haraway (1995) acerca de uma visão feminista da ciência. Essa

pesquisadora propõe a construção responsável do conhecimento, por meio da produção de um conhecimento posicionado, localizado e parcial, pois esse, sim, é que produz uma visão mais abrangente e profunda. A parcialidade, o conhecimento situado, em oposição ao conhecimento descorporificado, oferece maior potência à pesquisa porque “o único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular” (Haraway, 1995, p. 33).

Uma palavra sobre o uso das aspas: os termos “violência obstétrica” e “humanização” aparecem inicialmente entre aspas por uma opção analítica de considerar essas categorias de maneira crítica; afinal, seu sentido está sendo construído em meio a uma disputa de narrativas que envolve diversos atores com interesses e percepções distintas. Entretanto, optei por não utilizar as aspas durante todo o texto por motivos de estilo da escrita, a fim de facilitar a leitura.

Essa monografia está dividida em três capítulos. No primeiro, apresento o movimento pela humanização do parto e o ativismo social e político na área da saúde por um parto “humanizado” no Brasil. Também incluo a perspectiva das doulas, pela possibilidade de distanciamento crítico que oferecem em relação às perspectivas majoritárias, quais sejam, a medicina e direito. No segundo capítulo, faço a descrição de quatro audiências públicas observadas durante a pesquisa de campo, duas ocorridas no ano de 2018 e duas em 2019. Por fim, no terceiro capítulo, analiso os elementos que apareceram em destaque na fala dos participantes das audiências a partir de referenciais teóricos da antropologia, da ciência política e da saúde coletiva.

Por fim, sublinho que o objetivo do trabalho é contribuir com a reflexão crítica sobre uma forma específica de violência que acomete milhões de mulheres no Brasil e no mundo. A ideia não é estigmatizar ou essencializar conjuntos de pessoas, profissionais ou organizações, mas identificar as principais ideias e posicionamentos em interação.

CAPÍTULO I - Ativismos em torno da violência obstétrica

Nas últimas décadas, grupos de mulheres vêm questionando o monopólio do saber médico sobre o corpo feminino, principalmente no que diz respeito ao parto. Essas mulheres, em sua maioria brancas e de classes médias e altas, buscam ressignificar o evento do parto principalmente por meio do “empoderamento” da mulher gestante. Uma das grandes demandas desses grupos foi, e em certa medida ainda é, o direito de parir em casa, contrariando a valorização das tecnologias hospitalares, com sua máxima expressão na cirurgia cesariana. O Brasil hoje possui taxas de cesarianas que causam alarme, dentro e fora do país, levando inclusive a nomeação do fenômeno como “epidemia”. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o número de cirurgias não passe de 15% do total de partos, no Brasil esse número chega a 40% na rede pública e 84% na rede particular de saúde¹.

A antropóloga Giovana Tempesta (2019a) identificou uma mudança de ênfase por parte desse movimento de mulheres na última década. O foco no conceito de “empoderamento” e escolha individual, que teve seu marco com as marchas pelo parto em casa em 2012, parece estar sendo substituído pelo destaque que muitas ativistas vêm dando ao conceito de “autonomia”, com ênfase nas denúncias às violações de direitos que as mulheres sofrem durante o ciclo gravídico-puerperal, agrupadas sob a categoria de “violência obstétrica”. Essa nova ênfase “focaliza os vínculos e as condições objetivas para a criação de políticas reprodutivas contra-hegemônicas” (Tempesta, 2019a, p. 14) e busca, de modo abrangente, uma mudança no paradigma obstétrico e de cuidados na saúde.

Alguns casos que exemplificam a falta de autonomia das mulheres sobre seus corpos e o controle médico e judicial sobre eles ganharam grande repercussão nesse contexto. O caso de Alyne Pimentel, ocorrido em 2002, fez com que o Brasil fosse condenado, em 2011, pelo Comitê para a Eliminação da Discriminação Contra a Mulher da ONU (Cedaw) por discriminação no atendimento obstétrico. Alyne era uma mulher negra de 28 anos, moradora de periferia, grávida de seis meses, que morreu em decorrência de negligência médica (Tempesta, 2019a).

¹ NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Unicef alerta para elevado número de cesarianas no Brasil. Abril de 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/>>. Acesso em 01 de dezembro de 2019.

Adelir Góes, uma mulher cigana de 29 anos, por ordem judicial foi conduzida contra a sua vontade para um hospital em Torres (RS) para realização de uma cirurgia cesariana. O caso aconteceu em abril de 2014 (Simas & Mendonça, 2016). Pouco tempo depois, foi apresentado o Projeto de Lei nacional nº 7633/2014, que dispõe sobre a humanização na assistência obstétrica e elenca uma série de condutas que exemplificam a categoria “violência obstétrica”.

Em 2017, Paula de Oliveira, com medo de passar novamente por violência como em seus três partos anteriores, pediu que se realizasse uma cesárea, mas os médicos negaram. Ela, então, decidiu ir ao hospital com uma arma para garantir que sua vontade fosse realizada. Paula revelou, em entrevista à Record TV², que no parto de seu terceiro filho ela teve seu direito a acompanhante negado, ficando sozinha no ambulatório e foi submetida a procedimentos desaconselhados pelo Ministério da Saúde, como a manobra de Kristeller. O caso aconteceu em Itapeverica da Serra, em São Paulo, e teve como desfecho a prisão de Paula três dias após a realização de uma cesárea de emergência. Ela ficou detida durante 21 dias.

Os casos dessas três mulheres causaram grande impacto midiático e com frequência são lembrados em eventos sobre humanização do parto e violência obstétrica como forma de sensibilização e conscientização sobre essas diversas formas de violências possíveis durante a gestação, parto e pós-parto.

1.1 O movimento pela humanização do parto no Brasil

Em 1993, como resultado de um encontro em Campinas (SP) entre representantes de organizações de mulheres e profissionais de saúde, foi escrita a Carta de Campinas, documento fundador da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), que atua até os dias de hoje em nível nacional. Nessa carta, seus signatários reconheceram as “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento” (Rehuna, 1993). Propuseram, então, mudanças para ampliar a

² R7. Caso de mulher que leva arma para “se proteger” no parto choca. Agosto de 2017. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/caso-de-mulher-que-leva-arma-para-se-proteger-no-parto-choca-saiba-como-denuciar-violencia-obstetrica-11082017>>. Acesso em 01 de Dezembro de 2019.

autonomia das mulheres sobre seus corpos e partos e “humanizar” o parto e o nascimento no Brasil.

Passados quase trinta anos da fundação da rede, a atual presidente, médica de formação, afirmou, em uma entrevista que me concedeu em 2019, que o projeto de humanização do parto é uma “resposta” para escapar da violência na atenção obstétrica; é mostrar um outro caminho possível de assistência. Quando se fala em humanização do parto, a ênfase está na “importância do suporte que a gente dá para que essa seja uma experiência positiva na vida da mulher” (Presidente da ReHuNa, 02/05/2019).

Referindo-se ao contexto inicial do movimento de humanização, final do século XX e virada para o século XXI, a pesquisadora da saúde coletiva Simone Diniz afirmou que o movimento pela humanização reivindicava mudanças na forma como se encara a condição humana por meio da “redefinição das relações humanas na assistência” (Diniz, 2005, p. 632). A contribuição das feministas foi central para o enquadramento do debate no campo dos direitos reprodutivos e sexuais a partir da ótica dos direitos humanos, assim como para a valorização do corpo feminino como apto a dar à luz, em oposição à visão do útero como um ambiente hostil ao bebê. No movimento pela humanização, o parto é tido como experiência humana centrada na mulher e de importância familiar, ao contrário da visão tecnocrática que o encara como evento médico-cirúrgico e arriscado (Diniz, 2005).

O termo “humanização” emergiu nesse cenário para indicar que a rotina de saúde e os protocolos hospitalares de cuidado são influenciados pelas relações de desigualdade social e que é preciso buscar uma assistência baseada em direitos. Esse termo também colocou em destaque as evidências científicas mais atuais — que atualmente estão disponíveis on-line na Cochrane Digital Library/Colaboração Cochrane³ — como pilares de sustentação de uma assistência de qualidade, além de ser também uma maneira mais diplomática para dialogar com os profissionais sobre as violências sofridas pelas mulheres durante o exercício da reprodução (Diniz, 2005; Mattar, Diniz, 2012).

Outros sentidos do termo trazem a atenção para a autonomia da mulher gestante sobre as decisões sobre seu corpo e seu parto e para a necessidade do diálogo adequado entre toda a equipe com essa mulher e sua rede de apoio. Inclui, dentre outras coisas, o direito à presença da doula (acompanhante de parto treinada) escolhida pela mulher e aproxima-se, de acordo

³ Plataformas Cochrane: <<https://brazil.cochrane.org/>> e <<https://www.cochranelibrary.com/>>. Acesso em 02 de dezembro de 2019.

com Diniz (2005), do ideário liberal de direitos do consumidor. Por outro lado, a humanização pode ser lida também através da chave do cuidado “humanitário”, que aparece na demanda por analgesia e métodos de alívio da dor, no qual a anestesia peridural desponta como o método principal, democratizando o parto com o mínimo de dor para as mulheres que não têm acesso à rede privada de saúde.

Giovana Tempesta mostra que o movimento pela humanização possui um “caráter plenamente político”, à medida que suas ativistas, ao conferirem “um caráter público a uma dimensão importante de sua intimidade” (Tempesta, 2018a, p.107), estão desafiando dispositivos atuais de controle de corpos e demandando, inclusive frente ao poder público, mudanças no modelo vigente de assistência ao parto, que é fragmentador (Martin, 2006), intervencionista, e baseado em uma lógica colonial que favorece a “violência obstétrica” (Pimentel et al, 2014; Tempesta, 2018b).

1.2 A humanização como estratégia de combate à violência

Para se referir ao modelo atual de conduta dos profissionais de saúde, a presidente da ReHuNa disse preferir o termo “violência na atenção obstétrica”, que expressa a relação de poder e diferença no serviço de saúde e abre caminho para o diálogo sem que os médicos sejam impelidos a “usarem a carapuça”. O termo “violência obstétrica” é posto de lado para não pessoalizar um debate mais amplo e complexo, que é sobre a cultura:

Eu acho que “violência na atenção obstétrica” dá uma dimensão melhor, porque aí você engloba todo mundo, pode ser o porteiro, pode ser o operador de maca... Na hora de oprimir a mulher, todo mundo é generoso, sabe? Então, assim, é uma cultura. É uma cultura de que a mulher não merece ser respeitada, não merece ser escutada... É isso que nós vamos mudar, já estamos mudando (Presidente da ReHuNa em entrevista no dia 02/05/2019).

Também por ser algo que faz parte da cultura, na opinião da Presidente da ReHuNa não se pode dizer que a estrutura pública deficitária, justificativa que aparece com frequência nas falas dos representantes médicos, seja a única causa da “violência obstétrica”. Ela citou a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, na qual 27% das mulheres atendidas no sistema de saúde público afirmam ter sofrido algum tipo de violência no ciclo gravídico-puerperal, mas no sistema privado esse número também foi relevante, chegando a 17% (Venturi; Godinho, 2010). Sendo assim, a violência na atenção obstétrica “é da cultura dos serviços. Os profissionais de saúde se sentem no direito de oprimir as mulheres na hora do parto, e em outras situações possivelmente também. Mas a hora do parto é mais sensível, é

quando a mulher está muito aberta à vulnerabilidade” (Presidente da ReHuNa em entrevista no dia 02/05/2019).

Questionada sobre os impactos do machismo e da lógica de mercado na formação de profissionais em saúde, ela concordou que boa parte da violência que acomete as mulheres na atenção obstétrica é consequência desses fatores, no entanto, pontuou que esses são apenas alguns de vários aspectos que não podem ser deixados de lado. Para ela, a fragmentação da atenção à saúde também é um fator que deve ser levado em conta:

A organização da assistência é uma organização esquizofrenizante. (...) A mulher é atendida no pré-natal, vamos dizer no público, no posto de saúde. Aí ela vai pra um hospital que ela mal conhece, talvez tenha feito uma visita, e é atendida por outra equipe no parto. Aí ela volta, pro puerpério, pro pessoal do posto de saúde. E esses serviços não se conversam. Não querem nem saber (...) Então a proposta de humanização que a gente tem também é uma proposta dialógica. É o serviço de saúde levando em conta a história da mulher, os desejos da mulher. O que é o plano de parto senão um plano de expectativas, uma oportunidade de escuta, onde a mulher pode se expressar, tendo sido informada, claro? Ela faz escolhas informadas. Então é uma mudança total de cultura que a gente está propondo. A gente chama isso de mudança de paradigma. (Presidente da ReHuNa em entrevista no dia 02/05/2019).

Outro fator é a desatualização da formação médica. A presidente da ReHuNa ressaltou que muitas das práticas médicas aprendidas na obstetrícia não são baseadas em evidências científicas atuais, o que dificulta o debate e a conscientização dos profissionais que foram ensinados a agir de uma forma que vem sendo considerada violenta pelos movimentos de mulheres. Justamente por isso ela se posiciona contra leis punitivistas:

Então, acho que a questão das penalidades não é o melhor caminho. O indivíduo vai ser penalizado, ele vai ficar com raiva, ele não sabe onde é que ele errou, ele sempre agiu assim. Faz parte da cultura, ele foi ensinado assim... (...) Então eu preciso explicar pra ele o que é que é violência, porque que agora nós estamos chamando isso que ele sempre fez de violência. E o melhor caminho, eu acho, é o diálogo, não é penalizando e etc. Mas isso é uma opinião muito pessoal (Presidente da ReHuNa em entrevista no dia 02/05/2019).

Os debates sobre esse tipo de violência têm apontado que essas práticas realmente não são exceções mas, sim, protocolo padrão de assistência ao parto no Brasil e, em muitos casos, ensinadas em hospitais-escola. Por isso a discussão sobre a formação em saúde é sempre presente entre os movimentos de humanização, apesar de ser uma questão bastante sensível por questionar o treinamento médico e expor as diversas violações de direitos, geralmente legitimadas pelo argumento de autoridade científica e pela noção de risco. Por outro lado, ao defender a medicina baseada em evidências (MBE), o movimento de mulheres também se

apropriada da noção de risco, mas em um campo discursivo de protagonismo da mulher e de defesa de práticas atualizadas e respeitadas (Palharini, 2017).

A antropóloga Emily Martin (2006), a partir de uma leitura de inspiração marxista de entrevistas realizadas com 165 mulheres norte-americanas nos anos 1980, mostrou que a medicina ocidental se desenvolveu tendo o corpo humano entendido como uma máquina e, no que diz respeito ao conhecimento obstétrico, tendo a gestação vista como uma linha de produção. Nessa produção, assumida por meio da perspectiva masculina, o corpo da mulher seria a máquina, e o médico seria o técnico que procura falhas e busca resolvê-las. O corpo feminino, percebido como inerentemente defeituoso, passa a ser objeto de intervenções, e o parto começa a ser visto como um evento arriscado, patológico, no qual a figura do obstetra é essencial para um bom desfecho. Além disso, o foco do parto recai sobre o bebê — que é entendido como o produto final do processo —, em detrimento da mulher que dá à luz, como já apontou Tempesta.

Uma médica ginecologista e obstetra, ao falar sobre sua trajetória na “humanização” em uma roda de conversa ocorrida em outubro de 2019, na Universidade de Brasília, disse que percorreu um longo caminho até que ela conseguisse sair “desse lugar de pessoalmente ofendida e ampliar o olhar para o modelo de atenção”. É recorrente nesses círculos escutarmos sobre mulheres que sofreram violência em seus partos e passaram a militar por um parto respeitoso, afirmando fazer isso para que outras mulheres não venham a passar pela mesma situação. No caso dessa médica, ela explicou que nunca sofreu “violência obstétrica”, mas que foi autora desse tipo de violência muitas vezes, por não entender que sua conduta era violenta. Ela apontou que “o maior desafio para o médico é não fazer nada. E isso dá uma agonia, porque a gente foi treinado para intervir, para fazer coisas. Muitos não conseguem se reconhecer nesse lugar de não-função”. O médico “humanizado” deve ter em mente que “o parto é um ato da mulher, do corpo dela. Não existe o profissional que *faça* parto, eu *atendo* parto” (ginecologista e obstetra em Brasília, no dia 22 de outubro de 2019).

Essa médica também enfatizou o viés de gênero presente na “violência obstétrica”. A desatualização do conhecimento médico faz com que o modelo tecnocrático (Davis-Floyd, 2001), violento e não baseado em evidências seguras, continue sendo ensinado; um conhecimento produzido em um contexto machista, de exclusão das mulheres da produção da ciência: “Era tudo feito por um homem. Qual a mulher que ia inventar de cortar a perereca da outra?”, questionou, referindo-se à episiotomia. Dessa forma, ela afirmou que o pilar central

da humanização do parto é a autonomia e o protagonismo das mulheres, seguido pelas evidências científicas atualizadas e a assistência por equipe multiprofissional.

No momento do parto, é essencial que a mulher tenha liberdade de escolha. Mas o que as ativistas mostram é que no modelo biomédico atual o que existe é uma falsa escolha: ou um “parto anormal”, que seria o parto vaginal sem a presença de acompanhante, sem métodos de alívio de dor, muitas vezes em jejum e na posição litotômica, ou uma cesariana eletiva para fugir desse parto violento. A humanização do parto propõe a possibilidade de um parto bom, prazeroso e respeitoso.

Por outro lado, na entrevista com a presidente da ReHuNa apareceu também um posicionamento crítico com relação às desigualdades de classe no acesso a um “parto humanizado”, que hoje só é possível para as mulheres com condições financeiras para arcar com os altos custos de uma equipe capacitada⁴. Para ela,

quando um parto ocorre como ele deveria acontecer, tem uma coisa que é inexplicável, mas é uma sensação de alegria íntima que chega na família e chega no cuidador. É uma coisa, assim, que vai além, que está no âmbito do espiritual, né, uma nova vida que chega, aquela alegria (...). O projeto é construir essa possibilidade para todas as mulheres e não só para as que podem pagar, entendeu? (Presidente da ReHuNa em entrevista no dia 02/05/2019).

Sobre isso, Giovana Tempesta apontou que muitas doulas não utilizam o termo “parto humanizado” justamente por acreditar que esse termo relaciona-se hoje a uma espécie de “produto” de um novo nicho de mercado (Tempesta, 2018b), e que, na verdade, o que se busca por meio do movimento de humanização é o respeito às necessidades específicas, desejos e decisões de cada mulher. A procura por uma doula, nesse contexto tecnocrático de nascimento, representa a tentativa de se afastar do caráter impessoal característico do sistema médico hospitalar, propondo a valorização das relações sociais e afetivas em oposição ao modelo neoliberal individualista (Tempesta, 2018a; 2018b).

A doula possui um papel relevante no movimento pela humanização do parto e nascimento e, ao mesmo tempo, traz para o cenário novas perspectivas que se diferenciam das abordagens dos ramos do direito e da medicina sobre a temática da violência, propondo uma visão mais ampla, que abarca a afetividade, a conexão entre doula e doulanda, o apoio emocional e o empoderamento da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Na pesquisa realizada por Tempesta, foi comum que as doulas se reconhecessem como “a única

⁴ Apenas como referência aproximativa, sabe-se que atualmente, em Brasília, o valor do atendimento de uma equipe humanizada gira em torno de 10 salários mínimos, mas há uma série de variações a depender do local do parto e da presença ou não de médico na equipe.

profissional que, durante o parto, olha *para a mulher*” (Tempesta, 2018b, p. 49). Foi comum escutar que as doulas não integram a equipe da saúde, e sim a “equipe da mulher” (Comunicação entre as doulas em um curso de formação em Brasília, 2019), mas a compreensão da autora é a de que a doula está posicionada em um lugar ambíguo, estando entre a equipe médica e os acompanhantes da mulher grávida (Tempesta, 2018b, p. 50).

A função da doula é, então, bastante abrangente e complexa; elas podem atuar em conjunto com a equipe médica em partos hospitalares, partos domiciliares planejados e até mesmo em cesarianas. As doulas podem se utilizar de “massagens, exercícios físicos e mentais, banhos terapêuticos, compressas, chás de ervas com propriedades medicinais” (Tempesta, 2018b, p. 50) e muitos outros recursos em seus atendimentos.

As doulas entendem que o “empoderamento” da mulher é fundamental no enfrentamento à violência obstétrica. Esse empoderamento se dá principalmente por meio do embasamento em informação de qualidade para a tomada de decisão esclarecida por parte das mulheres, mas também, para além das inclinações liberais e individualistas da busca por um parto “humanizado”, abrange a possibilidade de produzir novos significados no contexto do parto e outras formas de vivenciar esse momento, principalmente por meio da noção das doulas como “mulheres que apoiam mulheres” (Tempesta, 2018a; 2018b).

Dessa forma, a doulagem também pode ser entendida como “uma forma de ver a vida” (Doula entrevistada por Giovana Tempesta no dia 29/10/2018). Para Mercedes⁵, doula e advogada de formação, a doula tem “uma função política e social” importante:

Nós somos mulheres, a gente menstrua todo mês, e a gente não sabe, a gente não conhece o nosso corpo. Isso pra mim é uma das questões mais graves que pode ter acontecido na nossa história, porque é por esse desconhecimento que a gente se submete às violências que a gente sofre. A gente cresce achando que no contexto de ser mulher é normal sentir dor, é normal a menstruação ser um peso todo mês, sendo que a gente vai passar grande parte da nossa vida vivendo aquilo, mas é ruim, é um peso, ser mulher é um saco (...) A gente não para pra pensar que não tem que ser assim, não precisa ser assim! (...) Então a doula, ela vai atuar diretamente na educação emocional, na educação política, na educação social. Então, é uma profissão de extrema importância (Mercedes, em entrevista concedida a Giovana Tempesta no dia 29/10/2018).

1.3 A violência obstétrica como problema político

⁵ Acompanhei, com o consentimento da doula entrevistada, a entrevista realizada pela antropóloga Giovana Tempesta em sua pesquisa de campo. Dessa forma, optei por deixar o nome fictício utilizado por ela em seus trabalhos.

Conforme afirmou a presidente da ReHuNa, é importante considerar que a “violência obstétrica” está inserida em um contexto de violências estruturais que acometem o gênero feminino de diversas formas. Ao mesmo tempo que ¼ das mulheres sofre algum tipo de violência no parto⁶, os Relógios Maria da Penha⁷ mostram que a cada 7,2 segundos uma mulher é vítima de violência física no Brasil, e as mulheres negras representam 59,71%⁸ das vítimas de violência doméstica. Além disso, de acordo com dados do Ministério da Saúde, o aborto é a quinta causa de morte materna no país⁹. A cada dois dias uma mulher morre em decorrência de aborto clandestino no Brasil. Importante enfatizar que referências à Lei Maria da Penha e ao aborto circulam nos debates a respeito de “violência obstétrica” (Giovana Tempesta, comunicação pessoal).

A cientista social Lourdes Bandeira (2014) destaca o papel que o movimento feminista teve na retirada da violência de gênero da esfera privada e familiar, e na construção de uma visão desse problema como questão política que se relaciona com os direitos humanos das mulheres. Além disso, “há o pressuposto de que a violência contra mulheres é um tipo de violência apreendida no decorrer dos processos primários de socialização” e que, portanto, se caracteriza como “permissão social concedida e acordada com os homens na sociedade” (Bandeira, 2014, p. 461).

A partir de uma perspectiva teórica feminista de democracia, esse cenário contemporâneo de banalização e institucionalização da violência contra a mulher se mostra como uma contradição para a democracia. A crítica feminista com relação à democracia liberal indica que a coexistência entre a sustentação da ideia de cidadania universal e a subordinação das mulheres apenas é possível por meio da dicotomia entre esferas pública e privada, que despolitiza grande parte das relações cotidianas, excluindo ou limitando várias destas relações à experiência do gênero feminino (Pateman, 1993; Biroli, 2013; 2018).

⁶ Dados da pesquisa *Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado*, realizada pela Fundação Perseu Abramo e pesquisadores da USP em 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em 20 de Novembro de 2019.

⁷ Os dados apresentados têm como referência a pesquisa Datafolha realizada em 2017 e encomendada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <<https://www.relogiosdaviolencia.com.br/#>>. Acesso em 17 de Outubro de 2019.

⁸ Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. (Geledés, 2017). Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/mulheres-negras-e-violencia-domestica/>>. Acesso em: 14 de Outubro de 2019.

⁹ Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em 17 de Outubro de 2019.

A cientista social britânica Carole Pateman (1993) aponta que o pacto social é um contrato social-sexual, porém comumente tem se apagado a segunda parte, que institui a dominação patriarcal. Em linhas gerais, tal contrato criaria a dicotomia entre esfera privada e esfera pública, e a sociedade, dividida em duas esferas, consideraria apenas uma delas (a esfera pública) como politicamente relevante. As mulheres seriam assim associadas à esfera privada, e as noções de cidadania, autonomia e liberdade civil seriam construídas tendo como foco o indivíduo na esfera pública. A ideia de esfera pública no mundo moderno, baseada em um suposto sujeito universal que não abre espaço para as mulheres, os povos colonizados e os não-brancos, cria a noção de um espaço doméstico apolítico, particular, residual (Segato, 2016).

A divisão do mundo em duas esferas por meio do pacto social, sua disposição hierárquica e a incorporação das mulheres à esfera doméstica tiveram como resultado uma visão masculinista do mundo e a construção, e perpetuação posterior, de um sistema que comumente invisibiliza violências que acometem os corpos femininos. A teoria feminista é central para a crítica ao isolamento da política em relação à vida social por meio desse binarismo de esferas (Segato, 2012). Autoras feministas vêm constantemente expondo o caráter político das relações sociais que acontecem fora dos limites convencionais da política (Biroli, 2013), e pontuando que a própria divisão entre o que se considera privado e o que se considera público é uma disputa política constante (Biroli, 2018).

A antropóloga Rita Segato, discorrendo sobre as novas formas de violência contra as mulheres e os corpos feminizados (aqueles que não se conformam ao padrão masculino) no que ela chama de capitalismo tardio, afirma que a naturalização, banalização e até mesmo espetacularização da violência contra a mulher na sociedade faz parte de um processo pedagógico e indica o enfraquecimento da empatia e a adaptação do ser humano às formas de exploração da vida consequentes dessa fase do capitalismo. Assim sendo, as violências que atingem as mulheres não podem ser tratadas como problemas identitários ou particulares, mas sim como problemas sociais, porque são a base das demais violências (Segato, 2016, pp. 95-105).

Ainda de acordo com a teoria política feminista, a democracia aparece não só como uma forma de governo, mas como um valor que deve ser estendido para todos os âmbitos da vida e das relações sociais (Phillips, 2011). A partir dessa compreensão, a violência obstétrica se constitui como problema relevante para o entendimento dos limites da democracia.

Considerando esse cenário de violência estrutural de gênero e suas diversas expressões, as várias formas de violência que afligem as mulheres durante a gestação, o parto, e puerpério — e sua normalização e institucionalização no modelo de assistência médica hegemônico — devem ser observadas como problema social e político, visto que se configuram como dispositivos que atendem à estrutura de violências presente na sociedade, isto é, compõem-se enquanto “rede que se estabelece entre um conjunto heterogêneo formado por discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas etc. (poderes e saberes amalgamados), que sempre têm uma função estratégica concreta” (Agamben, 2010, p. 29). Conforme o filósofo:

numa sociedade disciplinar, os dispositivos visam, por meio de uma série de práticas, discursos, saberes e exercícios, à criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua “liberdade” de sujeitos no próprio processo de seu assujeitamento (Agamben, 2010, p. 38).

Assim, recupero o argumento de Emily Martin de que a ciência seja encarada como um sistema hegemônico, em termos gramscianos, ou seja, “um sistema completo de valores, atitudes, crenças, moralidade etc., que, de uma maneira ou de outra, sustenta a ordem estabelecida e os interesses de classe que a dominam” (Greer, 1982, p. 305 *apud* Martin, 2006, p. 63). Essa proposta torna ainda mais claro o papel político das ativistas pela humanização, ao proporem a criação de um novo imaginário sobre parto e reprodução e sobre o significado de “humanizar” a assistência. Enquanto sujeitos políticos, elas estão se apropriando do discurso dos direitos humanos para reintegrar a pessoa em uma unidade completa, questionando a fragmentação e alienação imposta pelo modelo de medicina moderno e masculino (Martin, 2006).

Contudo, é necessário colocar em perspectiva as ideias de “autonomia”, “protagonismo”, “empoderamento” e “escolha” das mulheres que circulam nesse universo, a fim de encarar também os limites dessa crítica em um país tão desigual como o Brasil. Essas ideias aparecem interconectadas, e por vezes se misturam, no ideário do parto humanizado que, como afirmado anteriormente, surge entre mulheres brancas, de classes médias e moradoras de grandes centros urbanos.

Pimentel et al. mostram que o termo “empoderamento” adquire diferentes sentidos, que englobam o planejamento, o desenvolvimento, a potencialidade e chegam também ao campo da emancipação e da agência do sujeito enquanto criador das noções sobre si mesmo. Esse último sentido desponta no movimento feminista enquanto mecanismo de luta social,

política e cultural (Pimentel et al., 2014, p. 173). O princípio de autonomia e a noção de empoderamento estão sendo mobilizados para indicar uma postura ativa da mulher durante o parto. A ideia de protagonismo aparece enquanto significante do local de centralidade que a mulher grávida assume durante sua gestação e parto; associa-se também à noção de empoderamento para significar a capacidade dessa mulher de tomar decisões esclarecidas com relação ao seu parto e ao seu corpo no geral (Pimentel et al., 2014, p. 180).

Assim, o monopólio do saber médico sobre o parto vem sendo questionado nas últimas décadas e, com isso, desafiam-se também as relações de poder envolvidas no controle do corpo feminino. O movimento de humanização do parto, de uma forma mais ampla, propõe mudanças no paradigma vigente de invisibilização e naturalização da violência contra a mulher. Ao defenderem o protagonismo feminino, questionarem a restrição de escolhas e levarem suas demandas ao poder público, essas mulheres inseriram a violência obstétrica no debate sobre direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos e, por meio desse enquadramento, estão denunciando essa violência enquanto um grave problema social e político

CAPÍTULO II - A violência obstétrica no debate público

Na América Latina, a Venezuela foi o primeiro país a reconhecer a categoria de “violência obstétrica” em sua legislação, por meio de lei orgânica aprovada em 2007¹⁰. Em 2009, a Argentina também reconheceu a existência desse tipo de violência em lei¹¹ e, algum tempo depois, em 2013, o Panamá¹². Já em 2014, o México incluiu em sua Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia a categoria de violência obstétrica¹³, e em 2018 a Bolívia acrescentou a categoria de “violência contra os direitos reprodutivos”, abrangendo também o planejamento reprodutivo, em sua Ley Integral Para Garantizar a Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia¹⁴.

No legislativo brasileiro, algumas iniciativas foram realizadas nos últimos anos visando o combate à “violência obstétrica” e o alcance de um tratamento respeitoso aos eventos ligados à gestação e ao parto. Um grande marco foi a Lei 11.108 de 2005, conhecida como Lei do Acompanhante, mas podemos destacar também a aprovação de leis específicas sobre violência obstétrica: a Lei nº 17.097 de Janeiro de 2017, em Santa Catarina; Lei nº 6.144 de Junho de 2018, no Distrito Federal; Lei nº 23.175 de Dezembro de 2018, em Minas Gerais; e Lei nº 16.499, também de Dezembro de 2018, em Pernambuco. Essas leis dispõem sobre medidas de proteção da mulher durante a gestação, o parto e o pós-parto e elencam condutas que caracterizam esse tipo de violência.

Muitos grupos da sociedade civil têm se empenhado em discutir a violência que as mulheres sofrem durante o ciclo gravídico-puerperal e questionar o modelo hegemônico de atenção obstétrica. Ongs, associações, redes de mulheres, comunidades no facebook ou outras

¹⁰ “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, artículo 15).

¹¹ “Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Lei 26.485, Artigo 6).

¹² “Violencia obstétrica: Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato abusivo, deshumanizado, humillante o grosero” (Lei Nº 82, Artigo 4).

¹³ Violencia obstétrica es toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia, Artigo 6).

¹⁴ “Violencia Contra los Derechos Reproductivos. Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho de las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos; a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros” (Artigo 7, Ley 348/2013).

redes sociais são alguns exemplos de formas pelas quais a sociedade tem se organizado em torno da temática enquadrada na categoria “violência obstétrica”. Representantes desses movimentos têm procurado assegurar seus direitos mediante o uso de instrumentos legítimos de participação popular, objetivando a formulação de políticas públicas condizentes com seus anseios, bem como pelo uso de ferramentas de controle previstas em lei, quando recorrem ao poder judiciário para formalizar suas demandas, por exemplo.

Instrumentos de participação popular e controle social do poder público decorrem de disposições e princípios expressos no próprio texto da Constituição de 1988, que buscam conferir à nossa democracia maior legitimidade mediante a participação direta dos cidadãos nos processos decisórios. Entre eles, a audiência pública, que tem por objetivo mobilizar, informar e ouvir setores potencialmente afetados em torno da discussão de alterações na gestão pública de direitos coletivos e difusos, tem sido palco relevante na busca da construção de um marco regulatório em torno da “violência obstétrica”.

A seguir apresentarei os elementos que parecem mais relevantes nas audiências públicas observadas no âmbito da presente pesquisa, a fim de vislumbrarmos as diferentes posições e concepções em disputa nesse cenário; no próximo capítulo pretendo analisar esses elementos a partir da bibliografia selecionada.

2.1 Audiência Pública no dia 20 de junho de 2018, no Senado Federal, para debater a violência obstétrica no Brasil

Na tarde de 20 de Junho de 2018, o Senado Federal recebeu uma audiência pública promovida pela Comissão Permanente Mista de Combate à Violência Contra a Mulher, para debater a violência obstétrica no Brasil. Em suas falas iniciais a autora do requerimento de audiência, deputada federal Luizianne Lins, do Partido dos Trabalhadores, reforçou a importância de dar publicidade a esse tema que “fica muitas vezes numa esfera mais privada da própria classe médica e, ao mesmo tempo, das mulheres que sofrem esse tipo de violência”.

Esse comentário da deputada reflete a questão da dicotomia público-privado apontada de forma crítica pela teoria política feminista, conforme indicado no capítulo I.

A primeira definição de “violência obstétrica” apresentada na audiência partiu de uma representante do Ministério da Saúde:

A gente entende a violência obstétrica como a violência vivida no momento da gestação, parto, nascimento e pós-parto, evidenciada, entre outras coisas, pela

violência física, psicológica, verbal, simbólica, sexual, assim como a negligência na assistência e discriminação (Representante do Ministério da Saúde em audiência pública no dia 20/06/2018).

Importante pontuar que quase um ano depois, no dia 03 de Maio de 2019, o Ministério da Saúde mudou seu posicionamento com relação ao termo “violência obstétrica”, por considerar que esse termo possui “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”, concluindo, por tais razões, que “estratégias têm sido fortalecidas” pelo órgão, objetivando a abolição de seu uso¹⁵.

A fala da presidente da ReHuNa destacou o protagonismo dos movimentos sociais na abertura do diálogo sobre o tema da humanização. Argumentou que a humanização da assistência é necessária porque “o cuidado deve levar em conta os fatores familiares, psicológicos, sociais, etnológicos, espirituais” das pessoas, mas, “infelizmente, a cultura institucional faz com que o cuidado esteja centrado na conveniência do profissional e da instituição”.

Para a presidente da ReHuNa, a violência está presente desde o fato de o pai ser enxergado como visita, e muitas vezes impedido de ver o nascimento de sua filha ou filho, até a peregrinação da mulher em busca de vaga nos hospitais do SUS.

Nesse sentido de compreensão da amplitude do conceito de “violência obstétrica”, uma doula que atua como conselheira de saúde em uma região administrativa do Distrito Federal localizou a discussão no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos:

Entendemos que a violência obstétrica começa não na cena do parto, mas começa desde os direitos sexuais e reprodutivos, desde o planejamento familiar, em que é negada, entre várias coisas, informação sobre outras composições de família; em que não há as orientações adequadas para as mulheres lésbicas que querem ter bebê, seja por inseminação, seja por adoção por várias formas – o que é possível. A partir do momento em que não respeitamos a diversidade de composição familiar, começa a violência obstétrica no nosso país (Conselheira de Saúde em audiência pública no dia 20/06/2018).

A professora da Universidade de Brasília convidada para a audiência afirmou que o conceito de “violência obstétrica” ainda está em construção. Para ela, “a gente precisa entender a violência obstétrica como uma série de atos” que podem ser cometidos “por profissionais de saúde, mas que também acontece de forma institucionalizada”. Ela citou

¹⁵ O Despacho no qual o Ministério da Saúde se pronuncia pode ser acessado em: <<https://bit.ly/2CypfDp>>. Em Junho, por recomendação do Ministério Público Federal, o MS publicou ofício (nº 296/2019) no qual “reconhece o direito legítimo” das mulheres de usarem o termo sem, contudo, voltar atrás sobre a orientação do órgão em não utilizá-lo em documentos oficiais.

ainda a definição de “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres” para se referir a esse tipo de violência.

O enquadramento feito por essa professora localiza a “violência obstétrica” em meio a diversas outras violências que acometem as mulheres:

A violência obstétrica é uma violência de gênero – acho que isso é uma coisa importante de a gente comentar –, que nos acomete a nós mulheres, que somos vítimas de machismo e de diversas violências de gênero no âmbito da sociedade. É muito importante que ela seja tratada como uma violência de gênero, que ela esteja envolta no âmbito de todas as violências que envolvem as mulheres na sociedade. Ela não é um fato isolado (Professora de Saúde Coletiva da UnB em audiência pública no dia 20/06/2019).

Enquadramento parecido foi feito por uma médica ginecologista e obstetra convidada para a audiência pública que, ao falar da “violência obstétrica”, a localizou junto às negações de direitos sexuais e reprodutivos que acometem as mulheres no exercício de sua sexualidade, na escolha sobre o momento de engravidar, ou mesmo se querem engravidar, e também na imposição de situações de aborto inseguro.

Da mesma forma, a diretora jurídica de uma Ong que atua em prol dos direitos das mulheres entende que a “violência obstétrica” deve ser tratada como uma violação de direitos humanos: “é uma violência de gênero que viola sistematicamente o direito das mulheres, em especial o direito à autonomia, o direito de escolha, o direito à não discriminação, o direito a um parto respeitoso, o direito a uma vida sexual e reprodutiva adequada”. Por isso, deve ser levada ao sistema judicial com essa abordagem, e não como “erro médico”, como ocorre com frequência.

Outra questão que apareceu na audiência foi a visão dos médicos sobre o tema e sobre o termo escolhido para tratar esse tipo de violência. O médico convidado para representar o Conselho Federal de Medicina disse que “não gosta muito” da expressão “violência obstétrica”, mas que, diante da imposição da sociedade, a categoria médica foi obrigada a “acatá-lo”. Contudo, apesar de reconhecer que a categoria médica comete “violência obstétrica”, seu posicionamento é de que os médicos que cometem esse tipo de violência são uma minoria.

Ele propôs a ampliação da discussão para que se entendam todas as circunstâncias envolvidas na “violência obstétrica”. Um ponto importante de sua fala foi o viés de responsabilização do Estado por esse tipo de violência:

Também a violência é explícita, principalmente nos hospitais. Todos os dias em que você abre os jornais, você vê pacientes amontoados em corredores, em colchões, essas coisas, e existe a violência obstétrica também. O Governo não cumpre normas e decretos que ele mesmo faz. Então, pede, por exemplo, o acompanhamento. Muitas vezes, a mulher não tem acompanhamento porque não tem ambiência, (...), há hospitais que nem biombo têm. Então, você bota uma enfermaria com três pacientes; não tem nenhum biombo. Como um homem vai ficar lá, acompanhando o trabalho de parto de outras? Então, são coisas que ainda precisam ser reestruturadas e pensadas no país. Não há acomodações suficientes. E faltam insumos básicos e leitos de UTI (Representante do CFM em audiência pública no dia 20/06/2019).

Com relação ao termo “violência obstétrica” e rebatendo a fala do representante do CFM, a doula que atua como conselheira de saúde disse que “a violência obstétrica não é uma acusação direta a médicos obstetras, porque existem médicos e médicas obstetras que entendem o parto como o protagonismo da mulher e auxiliam para que essa mulher tenha o protagonismo”. No entanto, o termo “violência obstétrica” é necessário porque a violência começa “a partir do momento em que medicalizamos a cena do parto compulsoriamente”.

A tese de Ligia Moreiras Sena (2016), pesquisadora da área da saúde coletiva, mostra como essa medicalização da gestação e do parto propicia a ocorrência da “violência obstétrica”. Por meio da categoria do “risco”, presente no discurso biomédico, o médico é o protagonista da cena de parto, favorecendo que os interesses tecnocráticos, institucionais e econômicos se sobreponham à autonomia da mulher grávida – e aqui podemos traçar um paralelo com o já citado estudo de E. Martin (2006) nos Estados Unidos.

Ainda com relação à medicalização do parto, a médica ginecologista e obstetra presente na audiência também criticou o atual modelo de atenção ao parto, por favorecer violações de direitos de forma sistemática:

Você imagina: colocamos a mulher nua em um ambiente frio – não só como o ar-condicionado desta sala, mas frio do ponto de vista das relações que se estabelecem entre as pessoas que estão ali –, com uma camisola muito da esquisita, com uma touca no cabelo, sem brinco, sem nenhum ornamento, e isso, sim, nos caracteriza enquanto mulheres, não é? E aí ela está sozinha, deitada, que é a pior posição, a que mais dói, começando a correr uma maratona em jejum e sem beber água. Não há ninguém para segurar a mão, e tudo o que ela quer nesse momento é segurança. E aí você fala para ela ficar sozinha, deitada, com fome. Ela quer perguntar, tirar dúvida, ninguém ouve. Se ela chama, se ela grita, se ela pede socorro, mandam-na calar a boca (Médica Ginecologista e Obstetra em audiência pública no dia 20/06/2018)

Dessa forma, a cesariana aparece como “rota de fuga” e a própria noção de “escolha” pode ser questionada:

“Escolhem? Mas que opção você dá para elas [as mulheres]? É um parto horroroso ou uma cirurgia teoricamente indolor, limpa e segura? Mas alguém falou para ela que a cirurgia não é tão segura assim? (...) Escolha baseada em informação e

realidade é uma coisa; escolha baseada em medo, mito e má prática é outra” (Médica Ginecologista e Obstetra em audiência pública no dia 20/06/2018).

Ao falar sobre os altos índices da cirurgia cesariana no país, a representante do Ministério da Saúde afirmou que os riscos inerentes a essa via de parto muitas vezes são omitidos das gestantes. Essa omissão vem sendo debatida no contexto atual de propostas de lei que garantam às mulheres grávidas o direito à cesárea eletiva. A fala da representante valorizou o aspecto neuroendócrino do “parto normal”, que produz hormônios que

aumentam a confiança da mulher. Aliviam a dor também. Há um menor risco de infecção, hemorragia e acidentes anestésicos, porque, no parto normal, a mulher só é anestesiada se ela quiser. E uma recuperação mais rápida também, maior facilidade na amamentação e redução do risco, também, de, em uma futura gestação, ela ter que fazer uma cesariana (Representante do Ministério da Saúde em audiência pública no dia 20/06/2018).

De acordo com a representante do Ministério da Saúde, o objetivo do órgão tem sido a construção de um novo modelo de atenção obstétrica focado na mulher e na família, para que se considerem as dimensões afetivas e culturais do parto. Destacou-se a necessidade de estratégias voltadas ao cuidado “humanizado”, dentre elas a formação e contratação de mais enfermeiras obstétricas para atender partos de risco habitual, a construção de centros de parto normal, por meio da Rede Cegonha, e o projeto ApiceOn (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), que foi retratado como a “grande estratégia” do Ministério da Saúde na qualificação de 96 hospitais universitários de ensino com vistas a “mudar a formação dos profissionais a respeito do modelo obstétrico”.

Por fim, cabe destacar um trecho da fala da professora de saúde coletiva da UnB, com relação aos princípios de consentimento e autonomia dos corpos:

A mulher não merece ser ouvida acerca do consentimento sobre o que é praticado no seu corpo? Será que a mulher não é considerada uma pessoa capaz de consentir para que, no momento em que vá ser feito um corte na sua vagina, ela seja consultada sobre esse procedimento? Isso fere sobremaneira a autonomia e o princípio do consentimento das mulheres. Então, é interessante que não somos vistas, do ponto de vista jurídico, sequer como pessoas capazes de consentir no momento de parto e puerpério (professora de saúde coletiva da UnB em audiência pública no dia 20/06/2018).

Com relação às dificuldades que as mulheres enfrentam no usufruto de seus direitos, a antropóloga brasileira Lia Zanotta Machado (2017), analisando as argumentações fundamentalistas sobre o aborto, mostra que, mesmo nas sociedades onde o liberalismo e a laicidade se desenvolveram, as desigualdades de direitos baseadas em gênero continuam a existir. A negação do direito ao aborto seguro, ela aponta, é uma das formas pelas quais as

mulheres têm seus direitos fundamentais, civis, políticos e sociais recusados. Nas narrativas neoconservadoras que colocam o direito do feto/embrião/zigoto como superior aos direitos das mulheres, fica claro que as mulheres não são vistas como sujeitos plenos de direitos, sendo privadas de autonomia sobre sua sexualidade e capacidade de reprodução.

2.2 Audiência sobre a Lei 6.144/2018 na Câmara Legislativa do Distrito Federal, dia 21 de novembro de 2018

Quase cinco meses depois, no dia 21 de novembro de 2018, realizou-se uma audiência pública na Câmara Legislativa do Distrito Federal para debater a Lei 6.144, aprovada em junho do mesmo ano, e que traz uma definição do que pode ser considerado “violência obstétrica” pelo ente estatal, enumerando condutas que se encaixam nesse tipo de violação, sem, contudo, atribuir penalidades aos agentes que as praticarem.

A audiência foi requerida pelo deputado distrital Wasny de Roure, do Partido dos Trabalhadores, a pedido do Sindicato Médico do Distrito Federal, que apresentou sugestões de aperfeiçoamento ao texto da Lei 6.144. De acordo com o deputado, a audiência foi convocada para que os pontos controversos pudessem ser debatidos.

O representante da associação de ginecologia e obstetrícia do Distrito Federal afirmou que “a violência obstétrica hoje é uma terminologia consagrada”. No entanto, desagrada aos médicos que a sociedade os veja como violentos. Além disso, de acordo com o presidente do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal: “a violência obstétrica de fato existe, não estamos tentando esconder, como classe médica, o fato de existir violência obstétrica; porém nós queremos destacar que existe uma linha muito tênue entre a parte da violência e a parte técnica”. Na opinião dele, muitas vezes o médico tem que agir “sem ser questionado”, porque o “conhecimento técnico do médico é fundamental para poder decidir em que momento pode fazer determinado tipo de procedimento, se é necessário”.

Nesse mesmo sentido, a advogada do Sindicato dos Médicos afirmou que “houve uma mitigação na autonomia do médico, houve uma restrição na atuação de um profissional que estudou pelo menos dez anos para estar acompanhando um paciente”. E o vice-presidente do sindicato dos médicos do Distrito Federal sugeriu que a categoria “violência obstétrica” pode muitas vezes se tornar uma “violência *para o obstetra*”, visto que a autonomia médica tem sido cerceada em muitos sentidos por alguns “aspectos técnicos”:

... O que é uma violência obstétrica? É eu fazer uma ocitocina pra conduzir um trabalho de parto ou eu não ter ocitocina pra fazer? O que que é violência obstétrica?

É eu fazer uma “episio” [episiotomia] quando eu acho que a episio naquele momento tem mais indicação do que não fazer a “episio” (...) Agora, eu não posso fazer uma episiotomia sem pedir permissão, sem explicar, sem mostrar. Eu não posso colocar uma ocitocina pra ela sem mostrar o porquê, sem estar respaldado. Então esses aspectos técnicos, infelizmente, se tornaram violência obstétrica para o obstetra. O obstetra ficou muito oprimido para trabalhar por várias situações. (Vice-presidente do Sindicato dos Médicos do DF em audiência pública no dia 21/11/2018)

Ao mesmo tempo, de acordo com o posicionamento da classe médica, a categoria de “violência obstétrica” coloca nos médicos um alvo:

O médico, por ser a pessoa central [no parto], passou a ser ‘o violento’, e esse é o entendimento que a sociedade e as pacientes também têm, porque quando a paciente fica insegura quanto ao que ela foi tratada, aqui ela vê é o médico; o médico é o que está lá na frente, então ela reclama do médico. Então o que vai aparecer judicialmente é o médico (Representante da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal em audiência pública no dia 21/11/2018).

O argumento central dos representantes médicos presentes na audiência era a ausência de responsabilidade do Estado no texto da Lei sobre violência obstétrica no Distrito Federal. Para eles, “esse projeto coloca um pouco demasiadamente a culpa de muitas coisas que cabem ao Estado nas costas do profissional médico” (Vice-Presidente do Sindicato dos Médicos do DF em audiência pública no dia 21/11/2018). No entanto, de acordo com a professora de saúde coletiva da UnB, a lei 6.144/2018:

não fala em nenhum momento em responsabilização do profissional médico. Ela primeiro caracteriza a violência obstétrica e num segundo momento ela vai dizer quais são as ofensas verbais ou físicas que podem ser consideradas violências obstétricas e ao final dispõe sobre uma série de medidas, aqui no artigo 4º, que os estabelecimentos hospitalares devem expor, inclusive chama a responsabilidade para os estabelecimentos hospitalares. Não fala o que os médicos devem fazer tampouco, mas ela chama a responsabilidade para os estabelecimentos hospitalares (professora de saúde coletiva da UnB em audiência pública no dia 21/11/2018).

Além disso, a presidente de uma associação jurídica nacional de combate à violência obstétrica pontuou que o Estado já é responsabilizado pela Constituição Federal, além de outras legislações esparsas e específicas. Sendo assim, colocar na lei que a responsabilidade pela “violência obstétrica” é do Estado em alguns casos seria até redundante, pois, de acordo com ela, o objetivo da lei não é “responsabilizar médico, não é responsabilizar ninguém, é só trazer luz, trazer clareza para um judiciário” ainda pouco informado sobre esse tema, que é relativamente novo nos tribunais.

Sobre a própria definição de “violência obstétrica”, a presidente da associação jurídica de combate à violência obstétrica definiu esse tipo de violência como:

... toda atitude que retire da mulher sua autonomia, que retira da mulher naquele momento ali que ela está vivendo, do parto, considerando o parto não como um

evento médico, mas como um evento fisiológico que deve ser assistido por um profissional adequado no caso de ter uma intercorrência. Então, toda aquela atitude da equipe de assistência, não é só do médico, mas de toda a equipe (...), que retira da mulher a autonomia, que retira da mulher a gestão dela sobre seu próprio corpo, é considerada violência obstétrica (Presidente de associação jurídica de combate à violência obstétrica em audiência pública no dia 21/11/2018).

E também citou alguns dos procedimentos considerados violentos, como a “episiotomia de rotina sem indicação, uso de ocitocina sem indicação, a mulher ser obrigada a deitar pra poder ter seu filho”. Vale acrescentar, conforme afirmou a professora de saúde coletiva da UnB, que a “violência obstétrica” pode ser considerada também como uma violência institucional. Pode-se enxergar “a violência obstétrica primeiro como uma violência estruturante, presente na sociedade, a qual nós mulheres estamos sujeitas – qualquer mulher –, em qualquer lugar da instituição de saúde, quer seja público ou privado, seja por falta de atendimento, seja por ofensas verbais” (Professora de saúde coletiva da UnB em audiência pública no dia 21/11/2018).

Vale citar, no entanto, que as ativistas usam também outras expressões para se referir às violências que acometem as mulheres durante a gestação, o parto, o abortamento e o pós-parto. A vice-presidente da ReHuNa utilizou na audiência o termo “violência na atenção obstétrica”, por sua capacidade de abrangência: “Nós estamos falando não só do profissional médico que está ali à frente, hoje, da maioria dos partos no Brasil, mas nós estamos falando desde o porteiro que está recepcionando a mulher, às técnicas de enfermagem, às enfermeiras” (Vice-presidente da ReHuNa em audiência pública no dia 21/11/2018). Também, a presidente da Associação de Doulas do Distrito Federal afirmou que entre as doulas não se utiliza mais a expressão “violência obstétrica”: “Nós utilizamos a palavra ‘violência no ciclo gravídico-puerperal’” (Presidente da ADDF em audiência pública no dia 21/11/2018).

2.3 Audiência Pública: “O Enfrentamento à Violência Obstétrica no Brasil”, no dia 02 de julho de 2019, na Câmara Federal

O primeiro semestre de 2019 foi cenário de eventos importantes para o contexto de ativismo em torno do tema “violência obstétrica”. Em abril, a deputada Janaína Paschoal, do Partido Social Liberal (PSL) de São Paulo, apresentou à Assembleia Legislativa de São Paulo um projeto de lei que ficou conhecido como “PL das cesáreas”. O PL 435/2019 tinha por objetivo garantir à mulher grávida o direito de optar pela cesariana a partir de 39 semanas de gestação e, no caso da escolha por um parto vaginal, viabilizar o uso de analgesia, caso a

mulher deseje. Esse projeto foi entendido por grande parte do movimento pela humanização do parto como prejudicial, devido ao contexto brasileiro de “epidemia de cesáreas” e altos índices de mortalidade materna. No entanto, tramitou em regime de urgência e foi aprovado em agosto de 2019¹⁶. A propositura deste projeto de lei motivou a apresentação de outros projetos estaduais. Até setembro de 2019 havia projetos semelhantes na Bahia, em Santa Catarina, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rondônia e Paraná, e também dois projetos federais, um na Câmara dos Deputados e outro no Senado. É provável que esses Projetos de lei estejam se multiplicando pelo país.

Outro evento importante foi o Despacho do Ministério da Saúde, citado anteriormente, no qual se afirmava a adoção de estratégias pelo órgão no intuito de abolir o uso do termo “violência obstétrica” nos textos relativos a políticas públicas. Após a publicação desse documento, diversas organizações (Nascer Direito, OAB-GO, Sindicato dos Enfermeiros do DF e Anadef) se manifestaram com notas de repúdio, e o Ministério Público Federal recomendou ao órgão que esclarecesse publicamente que o termo “violência obstétrica” já é consagrado em legislações e artigos científicos, bem como que as ações do Ministério da Saúde deveriam ser voltadas ao combate à violência, e não ao combate à expressão que a define.¹⁷

Motivada por esses fatores, a deputada federal Sâmia Bomfim, do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), requereu a realização de uma audiência pública tendo por objeto o “enfrentamento à violência obstétrica no Brasil”. A audiência ocorreu no dia 02 de Julho de 2019 na Câmara Federal e contou com a presença de um representante do Ministério da Saúde e da deputada estadual autora do projeto de lei, dentre outros representantes de entidades de classe e da sociedade civil.

O representante do Ministério da Saúde não mencionou o Despacho de 03 de maio de 2019 em sua fala. Disse, no entanto, que ações têm sido desenvolvidas pelo ministério para acabar com os “desrespeitos e maus tratos” durante o parto, em acordo com as recomendações da OMS, e para diminuir os índices de mortalidade materna e infantil, que é um “desafio para o Brasil”. Um outro desafio para a política de saúde da mulher, de acordo com ele, é a

¹⁶ Texto disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/?tipo=Lei&numero=17137&ano=2019>>. Acesso em 26 de Novembro de 2019.

¹⁷ Ministério Público Federal, Recomendação nº 29/2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-recomenda-ao-ministerio-da-saude-que-atue-contr-a-violencia-obstetrica-em-vez-de-proibir-o-uso-do-termo>>. Acesso em 26 de Outubro de 2019.

“adoção de condutas baseadas em evidências científicas e não somente em *advocacy* opinativo, que é direito da sociedade civil, mas que não pode ser incorporado como uma prática” sem que se tenha certeza dos benefícios.

A deputada do PSL defendeu seu projeto de lei por meio da chave de “autonomia da gestante”. Destacou a resolução do CFM nº 2.144/2016, que já faculta à mulher grávida optar pela cesariana desde que a gestação tenha chegado a 39 semanas, mas que, na prática, apenas é atendida no setor privado de saúde. No SUS as mulheres não podem optar por uma cesariana eletiva. Para ela, essa é uma política antidemocrática e autoritária, visto que:

... o parto normal tem risco. A cesariana tem risco. Se o parto normal tem risco e a cesariana tem risco, e todo o procedimento médico ou fisiológico que possa virar médico ensaja o esclarecimento, a informação, a assunção desses riscos, será que é justo obrigar uma mulher a se submeter a um procedimento que ela não quer? Porque quando eu digo assim ‘ah, mulher pode escolher fazer cesariana’, as pessoas dizem ‘ah, mas ela não tem informação’. Será que essas mesmas pessoas estão cuidando de passar para as mulheres as informações referentes aos riscos do parto normal? (Deputada do PSL de São Paulo em audiência pública no dia 02/07/2019).

Para a doula do Rio de Janeiro que compôs a mesa, realizar a cirurgia cesariana sem necessidade em mulheres “pobres, dos SUS, negras” é negligenciar o fato de que essas mulheres “não têm condições de contratar uma enfermeira, uma babá, e acumular a recuperação de uma cirurgia (...) com os afazeres domésticos, de cuidado com o bebê, e mais, com o sustento de sua família”.

Nesse mesmo sentido, a co-deputada estadual Mônica Seixas relacionou a alta procura por cesarianas com as violências que as mulheres sofrem durante o parto:

Os números já mostram que as mulheres optam por ter menos dor; ter menos dor e ficar sujeitas por menos tempo às condições vexatórias de falta de sala, de falta de leito, de médicos nos atacando verbalmente, fisicamente, nos assustando etc. Já mostra que na rede particular, onde as mulheres podem pagar, 80% das vias de parto é pela cirurgia cesariana (Mônica Seixas em audiência pública no dia 02/07/2019).

A deputada do PSL afirmou que do ponto de vista jurídico é um erro tratar “todos os atos que eventualmente venham a desagradar a gestante (...) como uma violência obstétrica passível do mesmo grau de indignação”. Ela exemplificou com a comparação entre o caso de uma mulher que não teve contato pele-a-pele com o filho na primeira hora de vida e a situação de uma mulher que, por negligência, “tem um bebê que vem a falecer dentro do seu ventre”.

Já para o representante do CFM, a violência obstétrica é uma situação anômala que acontece “aqui e ali”. A violência se configura, na realidade, como desassistência: “Se tem intenção de causar dano, não é assistência à saúde, não é assistência médica, e não pode ser

classificado como isso”. Por outro lado, é também “reflexo da omissão do Estado na garantia de condições mínimas para o acolhimento e devido atendimento”; ele defendeu que esse fator deve ser considerado no debate.

Entretanto, um médico ginecologista e obstetra, membro do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), mas que não estava representando a entidade formalmente na ocasião, questionou a legitimidade da supracitada Pesquisa da Fundação Perseu Abramo, que seria comandada pelo Partido dos Trabalhadores, e afirmou que “Estudos, pesquisas, em parto e aborto atualmente no Brasil (...) sempre têm um viés ideológico. Os pesquisadores são todos contra obstetras, todos contra cesariana, e todos a favor da descriminalização do aborto”. Para ele, as práticas entendidas como violentas, como a episiotomia, uso do fórceps, manobra de kristeller, são, na realidade, procedimentos médicos muitas vezes necessários para “salvar a mulher” e, em caso de emergência médica, “não tem como pedir autorização”.

O médico também justificou a Resolução do CREMERJ nº 293/2019¹⁸, que, de acordo com ele, proíbe os médicos de aceitarem planos de parto “irresponsáveis”, planos que impedem “o médico fazer coisas que podem ter que ser feitas”. A Resolução, publicada em fevereiro de 2019, provocou reações contrárias por parte de diversos defensores do parto respeitoso, visto que o plano de parto é entendido como uma ferramenta que a mulher gestante tem para expor suas vontades e declarar seu consentimento, ou não, para a realização de determinadas práticas. Nas palavras do médico ginecologista: “A obstetrícia virou bagunça. Atualmente a gente faz seis anos, faz três na residência, mestrado, doutorado, e qualquer pessoa que faz um curso aí, de fim de semana, ou olhou num blog, quer saber mais do que a gente, alegando o tal lugar de fala”.

Cabe citar que a Defensora Pública de São Paulo presente na audiência falou sobre a importância da ampliação do debate sobre direitos sexuais e reprodutivos no ciclo gravídico-puerperal, para que não se restrinja apenas à escolha “entre um parto vaginal traumático ou uma cesárea eletiva”. A discussão sobre esse tema, segundo ela, começa bem antes, com a negação de cidadania às mulheres: “Você não permitir que uma mulher fale, que ela possa caminhar, que ela possa comer... se isso não é uma negativa de um olhar de um

¹⁸ CREMERJ. Resolução nº 293/2019. Disponível em: <<https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>>. Acesso em 20 de outubro de 2019.

sujeito de direitos para essa mulher, o que a gente está então reconhecendo que é a mulher aqui no Brasil?”.

Para Pimentel et al. (2014), os eventos relacionados à gestação e ao parto foram incorporados ao modelo biomédico enquanto descolados dos direitos sexuais e reprodutivos. A forma como se institucionalizou a atenção obstétrica não leva em conta a cidadania plena das mulheres, porque se conforma a uma razão colonial e patriarcal baseada no controle do corpo feminino. A hierarquia entre médico e paciente fundamenta-se na colonialidade do saber que valoriza apenas o conhecimento biomédico, excluindo outras formas de saber. Além disso, Pimentel et al. identificam também a relação mercantilista nos serviços de saúde como um aspecto da colonialidade do ser, que transforma o paciente em consumidor.

A separação característica da modernidade entre corpo e mente contribuiu para a objetificação do corpo feminino por parte do conhecimento científico. A dicotomia corpo/mente localiza os homens no polo da mente, do conhecimento, do lugar de sujeitos, enquanto às mulheres resta a identificação com o corpo, com a natureza, localizadas na posição de objetos. Nesse sentido, a medicalização do corpo feminino pode ser entendida tanto como ferramenta de controle da sexualidade e da reprodução, como mecanismo de manutenção das desigualdades que ultrapassa o âmbito médico e contribui para a visão das mulheres como seres incompletos e defeituosos, como não-sujeitos (Pimentel et al., 2014, p. 174).

2.4 Audiência sobre parto cesariana e o PL 3635/2019, no dia 03 de setembro de 2019 na Câmara dos Deputados

A quarta e última audiência observada para essa monografia aconteceu no dia 03 de setembro de 2019, na Câmara dos Deputados. A audiência foi requerida pelo deputado federal Alexandre Padilha, do Partido dos Trabalhadores, a fim de discutir o Parto Cesariana e o PL 3635/2019 (de escopo federal), proposto pela deputada federal Carla Zambelli.

Uma das integrantes da mesa, representando o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, disse que o parto vaginal e a cesárea oferecem benefícios e riscos; porém, o parto por via vaginal “oferece mais benefícios e menos riscos”. Dessa forma, afirmou que o órgão defende que a mulher gestante deve ser “informada desses riscos e benefícios, e sua decisão deve ser tomada de forma livre e esclarecida”. Também sugeriu que os cartazes a serem fixados nas maternidades, previstos pelo projeto, em vez de informarem apenas que é

direito da gestante optar pela cesárea a partir de 39 semanas de gestação, contenham o seguinte texto: “O parto normal é o meio mais saudável para o nascimento do bebê e a recuperação da mãe. A gestante, porém, tem direito de escolher a cesariana a partir de 39 semanas de gestação, após os devidos esclarecimentos do médico quanto a essa via de parto”.

Vale destacar que o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos é resultado da transformação do Ministério de Direitos Humanos em um contexto de ascensão de governos neoconservadores em um cenário global. Na América Latina, esses governos articulam-se a grupos religiosos na perseguição e combate aos estudos e políticas públicas e demais pautas que buscam a igualdade de gênero.

Os outros integrantes da mesa se posicionaram contra o projeto de lei. O representante do Ministério da Saúde, que estava presente também na audiência do dia 02 de julho de 2019, enfatizou o grande desafio de diminuição da morbidade e mortalidade materna e que, na realidade, a discussão sobre essa via de parto não é uma questão de acesso: “A discussão hoje é sobre intervenções inapropriadas”. A cesariana é protetiva em situações de risco, é protetiva em situações onde sua indicação se faz clara; mas “há riscos inerentes a essa via de parto e a decisão deve ser médica”.

Uma médica ginecologista de uma clínica em Brasília destacou a “epidemia de cesáreas” no Brasil como um sintoma da falta de condições adequadas e respeitadas para a gestação e o parto:

A gente não vai melhorar a incidência de cesárea se a gente não tiver uma equipe de saúde, um ambiente propício, um pré-natal bem feito. Então, enquanto a gente não tiver isso, a autonomia entre aspas das mulheres é mais uma falácia do que uma verdade. A gente tem que enfrentar o problema onde ele está. Nós temos que oferecer a essas mulheres toda condição para elas poderem decidir com propriedade (Médica Ginecologista em audiência pública no dia 03/09/2019).

Do mesmo modo, uma professora de obstetrícia da Universidade de São Paulo¹⁹ disse que o parto desrespeitoso deve ser levado em conta na discussão sobre o contexto de escolhas das mulheres gestantes. Ela falou de violências verbais, pernas amarradas nos estribos na mesa de parto, manobras de empurrar o fundo uterino, episiotomias desnecessárias, exames vaginais abusivos ou apenas para ensinar os alunos a sentir o colo [do útero] da mulher, dentre

¹⁹ Importante destacar que o único curso de obstetrícia existente atualmente no Brasil é oferecido pela USP. A ausência de obstetizes nos hospitais é um fator levantado pelas ativistas pela humanização do parto, visto que muitos partos, aqueles de risco habitual, poderiam ser acompanhados por obstetizes ou enfermeiras obstétricas, não necessitando da presença de um médico.

outros maus-tratos. Para ela, “quando a mulher pede por uma cesárea, ela está pedindo para que não a deixem sofrer uma violência durante o parto”.

No próximo capítulo, avançarei na reflexão sobre a violência na esfera dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, entre a perspectiva dos direitos e a perspectiva da “humanidade” das mulheres.

CAPÍTULO III - Violação de direitos humanos

3.1 O Conceito de Violência Obstétrica

Observando atentamente as audiências públicas tratadas no capítulo anterior, percebe-se que o conceito de violência obstétrica é um conceito ainda em disputa entre diversos atores sociais, o que foi corroborado por algumas das ativistas entrevistadas. A advogada de uma associação de combate à violência contra a mulher disse que considera que esse conceito ainda está em construção:

Ele não é um conceito fechado; existe uma disputa, uma tentativa de apropriação inclusive, desse conceito por parte da categoria médica que reage. É um campo que reage à construção desse conceito e à forma como ele vem sendo utilizado... então ainda tem muita disputa, ainda tem muito, muito caminho até que esse conceito de fato se solidifique, se materialize, numa categoria que tenha minimamente um consenso sobre o que significa. Hoje esse consenso não existe (Advogada de associação de combate à violência contra mulher em entrevista no dia 30/08/2019).

A presidente de uma rede de advogadas que atua em casos de violência obstétrica preferiu a palavra “aprimoramento” para se referir à fase em que o conceito se encontra. Para ela, as ativistas, principalmente do direito, estão buscando contornar o estigma já relacionado ao tema mediante a circunscrição deste objeto “numa linguagem jurídica clara, em um formato que o judiciário consiga entender” (Entrevista realizada no dia 28/08/2019).

Um grande problema para as advogadas dessa área é a abordagem jurídica considerada inadequada dos casos de violência obstétrica.

Ainda existe um desconhecimento muito grande do judiciário com relação a essa temática; os casos de violência obstétrica têm sido enquadrados como “erro médico” — inclusive quando a gente vai distribuir as petições iniciais, você precisa cadastrar esse processo, e ele é cadastrado como “erro médico” —, quando na verdade a violência obstétrica pode ser um erro médico, mas ela, no fundo, é uma grande violação de direitos humanos das mulheres (Advogada de associação de combate à violência contra mulher em entrevista no dia 30/08/2019).

Em um congresso de capacitação para enfrentamento à violência obstétrica, ocorrido em março de 2019 em Brasília, apresentou-se como “erro médico” tudo aquilo que se encaixe como negligência, imperícia e imprudência com resultado danoso, sendo necessária a comprovação de nexo causal entre a conduta e o dano para que o delito se configure. Afirmou-se também que o erro médico se restringe à responsabilidade civil. A violência obstétrica, por sua vez, foi definida como uma “conduta que não deveria ser realizada”, uma violação de direitos humanos, o que desloca o problema para o campo do direito constitucional.

Outra forma de diferenciar erro médico e violência obstétrica é pela via da prescrição ou proibição de condutas técnicas. Em entrevista, a advogada da associação de combate à violência contra mulher afirmou que “o erro médico pressupõe necessariamente que você tem uma conduta prescrita, e que o médico pratique, faça essa conduta de forma negligente, de forma imprudente ou com alguma imperícia”. Erro médico e violência obstétrica podem andar juntos, mas a violência obstétrica vai além do erro médico porque

na maioria das vezes, você tem os profissionais de saúde, particularmente os médicos, atuando e fazendo condutas que não são mais prescritas pela medicina. Então você tem na verdade um descumprimento de regras e boas práticas (...) É uma grande violação de direitos humanos das mulheres (Advogada de associação de combate à violência contra mulher em entrevista no dia 30/08/2019).

Se, por um lado, existe certo consenso entre as ativistas sobre o enquadramento da violência obstétrica como violação de direitos humanos, por outro lado as profissionais do direito entrevistadas tiveram posicionamentos distintos quanto à inclusão de familiares e acompanhantes como possíveis praticantes de violência obstétrica, o que é previsto hoje na Lei nº 17.097/2017, de Santa Catarina.

No congresso de capacitação para enfrentamento à violência obstétrica acompanhado durante a pesquisa de campo, muitas advogadas presentes disseram que a violência cometida por familiares e acompanhantes no ciclo gravídico-puerperal deveria ser enquadrada na Lei Maria da Penha. Uma das advogadas entrevistadas disse que, por entender a violência obstétrica como uma violência institucional, “ela é praticada pelos agentes das instituições”, não sendo possível incluir no enquadramento legal os familiares e acompanhantes.

Outra advogada e pesquisadora da área de saúde coletiva afirmou que, principalmente por considerar que a violência obstétrica ocorre também em casos de aborto, acredita que familiares e acompanhantes podem ser sujeitos ativos da violência obstétrica, em especial nos casos em que essa mulher já sofre violência doméstica. Dessa forma, ela viu com bons olhos a abrangência que traz a lei de Santa Catarina e aproveitou para destacar em nossa conversa que muitas leis têm falhado ao não preverem que “a violência obstétrica ocorre em situações de parto, puerpério e aborto” (Pesquisadora da área de saúde coletiva em entrevista no dia 06/06/2019).

É interessante pontuar que, para algumas ativistas, a violência obstétrica pode estar em atos sutis que qualquer um pode praticar. A doula Mercedes afirmou que “qualquer pessoa que esteja auxiliando a mulher num parto pode cometer violência obstétrica” e citou como

exemplo possíveis constrangimentos aos quais a doula pode submeter a mulher ao questionar uma decisão por uma cirurgia cesariana ou por narrar o parto da mulher em redes sociais ou grupos virtuais, conhecido como relato de parto (Entrevista realizada no dia 29/08/2018 por Giovana Tempesta).

O termo “violência” é utilizado como forma de enxergar muitas das condutas médicas como violações de direitos. Considerando que o movimento pela humanização se constrói baseando-se nos direitos sexuais e reprodutivos (Pulhez, 2013a), as ativistas atuam por meio de canais comuns, expressando suas demandas em termos de valores públicos (Siegel, 2004). A antropóloga Mariana Marques Pulhez (2013a) sustenta que o que se pretende ao utilizar o termo “violência obstétrica” não é apenas o reconhecimento legal de que as mulheres sofrem violência ao parir, mas também o reconhecimento social de que certos procedimentos e atitudes médicas constituem abusos e ferem os direitos humanos das mulheres.

Os dados que reuni estão em consonância com os relatos de mulheres apresentados por Sena (2016), que mostram que, desde o pré-natal, muitas mulheres têm sua vontade cerceada com argumentos médicos de que a episiotomia necessariamente deve ser realizada, de que a mulher não vai conseguir parir e a cesariana precisa ser feita, por exemplo. Durante o parto, são privadas do direito à acompanhante, muitas vezes escutam comentários ríspidos da equipe de saúde, não são devidamente informadas sobre o que está ocorrendo e são infantilizadas e tratadas com ironia. As mulheres também se queixaram da realização de procedimentos médicos sem a autorização ou mesmo sem consulta prévia, o que ocorreu tanto no pré-natal, quanto no parto e pós-parto.

3.2 Conflitos

O ativismo nas cortes também enfrenta dificuldades relacionadas à receptividade do judiciário para esse tipo de caso

[As cortes] estão pouco receptivas. Principalmente pelo que eu falei: que a maioria é homem, e eles não entendem o que é violência obstétrica. Homens, eles não passam pelo processo de gestação, e nascimento, e parto... é uma coisa muito difícil de eles se colocarem no lugar da mulher, né? E aí eles ainda são pouco receptivos, porque ainda — e aí isso aí eu tenho que falar, não tem jeito —, eles ainda acham que essa pauta de humanização do parto é uma pauta de esquerda. Então o tribunal, independente do desembargador ser de esquerda ou de direita, eles têm uma postura muito resistente, ainda, com essa pauta de humanização, sabe? (Presidente de rede de advogadas que atua em casos de violência obstétrica, em entrevista no dia 28/08/2019).

A demanda para a criação de uma legislação federal específica sobre violência obstétrica levanta a questão sobre o tipo de lei mais efetiva, se seria apenas de caráter informativo ou se seria uma legislação que incluísse a categoria de violência obstétrica como um tipo penal específico. Para a pesquisadora da saúde coletiva, o instituto de responsabilidade civil em vigor se aplica bem aos casos de violência obstétrica, não sendo necessário ou proveitoso instituir novas penalidades.

No entanto, a advogada da associação de combate à violência contra mulher defendeu a existência de uma legislação que enquadre a violência obstétrica como um tipo penal e preveja uma punição específica para o profissional de saúde que pratique esse tipo de violência. Para essa advogada, estamos em um “momento social em que a previsão de penalidade, principalmente quando se trata de violência de gênero, ainda é necessária para mostrar um pouco da perversidade que são essas violências” enquanto marcadores da desigualdade de gênero” (Advogada de associação de combate à violência contra mulher em entrevista no dia 30/08/2019). Apesar disso, essa advogada informou que algumas das práticas consideradas como violência obstétrica podem ser enquadradas em tipos penais já previstos na legislação brasileira, como é o caso da episiotomia sem consentimento, que pode ser classificada como mutilação genital ou outra forma de lesão corporal.

Vale citar que, principalmente durante o período eleitoral de 2018, o “parto humanizado” foi relacionado à pauta da esquerda e a luta pelo direito ao aborto seguro. No dia 17 de outubro de 2018, um canal informal de notícias publicou um texto de uma parteira com o título “Bolsonaro coloca em risco o parto humanizado no Brasil”²⁰. Em seu texto, ela afirmou que o candidato da direita era apoiado por médicos contrários à humanização e ao parto domiciliar e sua vitória nas urnas representaria uma ameaça às conquistas do movimento de mulheres. No dia 25 do mesmo mês, um outro site informal de notícias publicou uma matéria referindo-se ao texto veiculado no dia 17 como “fake news”²¹. Nesse texto, que conta com a participação de um médico do Rio de Janeiro, afirma-se que existem distorções quanto ao que se considera violência obstétrica e que movimentos “abortistas” impõem seus

²⁰ LIBERTAD, Maíra. Jornalistas Livres. Bolsonaro coloca em risco parto humanizado no Brasil. 17 de Outubro de 2018. Disponível em: <<https://jornalistaslivres.org/bolsonaro-coloca-em-risco-parto-humanizado-no-brasil/>>. Acesso em 02 de Outubro de 2019.

²¹ DEROSA, Marlon. Problemas e Interesses do Movimento pelo Parto Humanizado. Estudos Nacionais. 25 de Outubro de 2019. Disponível em: <<https://www.estudosnacionais.com/9079/problemas-e-interesses-do-movimento-pelo-parto-humanizado/>>. Acesso em 02 de Outubro de 2019.

interesses na agenda da humanização e autonomia da mulher, assim como propagam uma ideologia “anti-médico” ao proporem a “desmedicalização” do parto.

Também em outubro do ano de 2018 o CFM emitiu um parecer no qual o órgão se posicionou criticamente às leis que dispõem sobre violência obstétrica, por considerar que sua “proliferação (...) embute posições político-ideológicas, e na prática não garantem nem oportunizam uma assistência integral, em todos os níveis de atenção à gestante e ao nascituro” (Conselho Federal de Medicina, Parecer CFM nº 32/2018). No mesmo documento consta que “os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital” (Conselho Federal de Medicina, Parecer CFM nº 32/2018).

Para a advogada da associação de combate à violência contra mulher, o esforço da categoria médica em retirar o termo “violência obstétrica” de circulação existe desde o surgimento dessa expressão no interior de movimentos de mulheres.

Eles vem numa linha de que isso estigmatiza o profissional da obstetria e tal — o que mostra, inclusive, uma intenção clara dos médicos de não só se eximir da responsabilidade, como de não reconhecer que eles sejam praticantes de violência. Eles não se reconhecem como violadores de mulheres. (...) Falta, inclusive, uma conscientização da categoria, de que a medicina tem, durante muitos anos, perpetuado e repetido práticas que são violentas. (...) Os médicos não só tentam invisibilizar e tirar esse termo de circulação, como eles se recusam a reconhecer que eles são violentos nas práticas obstétricas (Advogada de associação de combate à violência contra mulher em entrevista no dia 30/08/2019).

No mesmo sentido, a pesquisadora de saúde coletiva disse em entrevista que essa tendência das entidades médicas de querer apagar o tema ou levar a discussão para um nível apenas de responsabilização do Estado pela estrutura dos hospitais é uma forma cruel de negar o que acontece com as mulheres no interior das instituições de saúde.

Eu vejo como uma luta de uma classe hegemônica, uma classe que tem uma predominância política desde sempre no Brasil, dentro das políticas de saúde, que é a classe médica e que está tentando calar a voz das mulheres, está tentando desvirtuar as nossas discussões, está tentando sair do lugar de opressor, do lugar de uma classe opressora, e que é hegemônica, e aí eles estão tentando a todo custo descaracterizar (Pesquisadora da área de saúde coletiva em entrevista no dia 06/06/2019).

3.3 “Dever do médico” e direitos da mulher

No dia 16 de setembro de 2019, foi publicada no Diário Oficial da União a Resolução do CFM nº 2.232²² dispondo novas normas sobre a recusa terapêutica por pacientes e sobre a objeção de consciência na relação entre médico e paciente. A resolução foi vista com apreensão pelo movimento de mulheres, mas também por grupos religiosos, como testemunhas de Jeová, e por idosos, por abrir a possibilidade de tratamento e medicalização compulsórios e de quebra de sigilo entre médico e paciente.

O artigo 5º da resolução prevê que “a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito”. No segundo parágrafo deste artigo consta que “a recusa terapêutica manifestada por gestante deve ser analisada na perspectiva do binômio mãe/feto, podendo o ato de vontade da mãe caracterizar abuso de direito dela em relação ao feto”.

Ao colocar a situação como uma disputa de direitos entre mulher gestante e feto ou “nascituro”, a normativa do CFM contribui para uma hierarquização que privilegia o feto. Em uma matéria publicada no dia 19 de setembro pelo veículo online *The Intercept*, afirmou-se que “O CFM decidiu que é o estado dos fetos que elas [as mulheres] carregam, e não a integridade física e mental dessas mulheres, que os profissionais devem priorizar”²³.

Nessa mesma matéria do *The Intercept*, é traçado um paralelo entre a resolução do CFM e a distopia de Margaret Atwood, *The Handmaid's Tale* (O conto da aia), que conta a história de uma sociedade onde as mulheres são valorizadas apenas por seu potencial reprodutivo. Mulheres que não se conformaram às expectativas de domesticidade moralista e fundamentalista são escravizadas sexualmente para gerar filhos que serão criados por famílias mais ricas. Na história, fica claro como essas mulheres, as “aias”, são vistas apenas como incubadoras, tendo o controle sobre seu corpo completamente negado.

Mas essa não foi a primeira vez em que se relacionou a ficção escrita pela canadense Margaret Atwood com situações contemporâneas de restrição de direitos das mulheres. Nos Estados Unidos, mulheres vestidas de aias fizeram um protesto em Ohio contra um projeto de lei que buscava diminuir o período de gestação permitido para a realização de aborto no estado, proibindo-o após 13 semanas de gestação. Na Argentina, manifestantes vestidas de

²² CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.232/2019. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2019/2232>>. Acesso em 20 de Novembro de 2019.

²³ LARA, Bruna de. CFM põe *The Handmaid's Tale* em prática ao determinar que um feto está acima de uma mulher. *The Intercept Brasil*. 19 de Setembro de 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/09/19/cfm-resolucao-recusa-gravidez/>>. Acesso em 20 de Novembro de 2019.

aias protestaram em frente ao parlamento em Buenos Aires pela legalização do aborto, discutida no Congresso Nacional. Também no Brasil, algumas mulheres fantasiadas como aias realizaram um ato em frente ao Supremo Tribunal Federal durante a discussão na suprema corte sobre a descriminalização do aborto no país.

A resolução nº 2.232 do CFM também foi criticada pelo Ministério Público Federal, que recomendou a revogação dos artigos que favorecem a “adoção de procedimentos desnecessários e violadores da autonomia das gestantes”²⁴. Mas no dia 02 de outubro o CFM, por meio de Nota de Esclarecimento, reafirmou que a recusa terapêutica da mulher grávida pode configurar “abuso de direito” com relação ao feto e, nessas circunstâncias, o profissional terá a liberdade de não respeitar a decisão da mulher.

Vejamos o seguinte exemplo: uma gestante que se recusa a se submeter a uma cesariana, sendo que o bebê está pronto para nascer e em sofrimento fetal. Nesta situação, o médico tem a possibilidade de não aceitar a recusa terapêutica, pois sua decisão pode representar a morte da criança e até da paciente. Porém, isso não significa que o ato será feito à força, mas o médico terá o direito de acionar as autoridades competentes para que tomem as devidas providências. Sem essa Resolução, o ato de acionar as autoridades – na iminência de risco de morte – seria considerado quebra do sigilo médico, com consequências negativas para o profissional.²⁵

A resposta do CFM parece abrir caminho para um vácuo interpretativo da norma, que sujeita ao arbítrio do profissional de saúde e das autoridades eventualmente acionadas a interpretação daquilo que seria “abuso de direito” por parte da mulher, como, por exemplo, no caso emblemático de violência obstétrica que aconteceu com a cigana Adelir Guimarães Lovari no Rio Grande do Sul (caso discutido no capítulo 1)²⁶. A médica alegou que o parto vaginal seria arriscado, apesar de a gestação de Adelir ter sido considerada uma gestação de risco habitual. Esse caso demonstra, como apontam as antropólogas Simas e Mendonça (2016), que algumas pessoas são vistas pelo Estado como incapazes de tutelar a si mesmas. O

²⁴ Ministério Público Federal. MPF quer revogação de norma que autoriza intervenções médicas sem consentimento das gestantes. 26 de Setembro de 2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/noticias-sp/mpf-quer-revogacao-de-norma-que-autoriza-intervencoes-medicas-sem-o-consentimento-das-gestantes>>. Acesso em: 20 de Outubro de 2019.

²⁵ Conselho Federal de Medicina. CFM esclarece pontos da Resolução que trata da recusa terapêutica e objeção de consciência. 02 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28459:2019-10-02-19-29-45&catid=3>. Acesso em 20 de Outubro de 2019.

²⁶ BALOGH, Giovanna. Justiça do RS manda grávida fazer cesariana contra sua vontade. Folha de São Paulo. 02 de Abril de 2014. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/04/1434570-justica-do-rs-manda-gravida-fazer-cesariana-contra-sua-vontade.shtml>>. Acesso em 20 de Outubro de 2019.

saber médico e o saber jurídico se encontram inseridos nas relações desiguais machistas, racistas e capitalistas da sociedade.

Ao fim da pesquisa de campo, no dia 25 de setembro de 2019, o Ministério Público Federal apresentou em São Paulo uma ação civil pública²⁷ reiterando as recomendações feitas ao CFM, questionando o artigo 5º, citado anteriormente, e os artigos 6º (que estabelece que o médico deve informar o diretor técnico sobre a recusa do paciente para que sejam tomadas medidas “visando assegurar o tratamento proposto”) e 10º (que afirma que, em casos de urgência e emergência, o médico deve adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica do paciente). O MPF considerou que esses artigos violam a autonomia das mulheres e o dever do sigilo médico, além de institucionalizar práticas de internação compulsória que prejudicam a saúde das mulheres. Até conclusão de escrita desse trabalho, o desfecho da ação estava incerto.

3.4 Autonomia das mulheres

Uma das pautas centrais para o movimento de humanização é a autonomia das mulheres. Sob o manto da autonomia, defende-se que as mulheres devem ser respeitadas ao recusar uma episiotomia, ocitocina de rotina, tricotomia ou outros procedimentos considerados prejudiciais, desnecessários ou invasivos. O que fica visível com a aprovação do “PL das cesáreas” e a propositura de outros projetos com o mesmo intuito é que a defesa da autonomia da mulher também está sendo utilizada por alguns sujeitos para justificar, e mesmo incentivar, a ocorrência de cesáreas eletivas.

Para a advogada da associação de combate à violência contra mulher, projetos de lei como esse devem ser vistos com preocupação porque, na realidade, eles criam “uma falsa discussão de direitos fundamentais”, propondo a garantia do direito de escolha da mulher, mas na verdade “sufocam um outro direito fundamental, que é o direito à informação” (Entrevista realizada no dia 30/08/2019). Essa advogada afirmou que os riscos associados ao procedimento cirúrgico são muitas vezes omitidos das mulheres gestantes, contribuindo ainda mais para o consenso de que o saber pertence exclusivamente ao médico.

A cientista política Flávia Biroli (2013) afirma que as posições concretas das mulheres na sociedade contemporânea não permitem que sua agência seja entendida apenas por meio da

²⁷ Ministério Público Federal, Recomendação nº 44/2019. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao-cfm>>. Acesso em 25 de novembro de 2019.

oposição entre autonomia e coerção. As teorias feministas trazem para esse debate a noção de que os indivíduos não podem ser considerados de maneira abstrata, mas devem ser apreendidos como sujeitos generificados, racializados, localizados em redes de relações complexas e hierárquicas. Principalmente quando se discute reprodução e sexualidade, são os corpos os elementos em disputa.

Para a presidente da rede de advogadas que atua em casos de violência obstétrica, o contexto no qual se dá a escolha do parto por via vaginal ou por via cirúrgica é um contexto restritivo, e a possibilidade concreta de sofrer violências durante o trabalho de parto é um fator relevante para a decisão das mulheres.

A gente sabe que o SUS prioriza, realmente, o parto normal e tudo, por questões, inclusive, de política pública; só que, entre a política pública do parto normal e obrigar uma mulher a ter um parto normal, você tem que ter uma assistência adequada aí no meio; e dentro dessa assistência adequada tem que ter empatia, o respeito, a autonomia, os profissionais têm que ter essa atenção de saber tratar a mulher, de saber lidar com ela, de saber conversar (Presidente de rede de advogadas que atua em casos de violência obstétrica, em entrevista no dia 28/08/2019).

Como demonstrou M. Foucault (1998), saber e poder se constroem e influenciam mutuamente. O que se percebe, dessa forma, é que existe um contexto delicado de questionamento da autonomia da mulher frente ao saber-poder médico, o que pode ser visto em medidas como Resolução do CFM nº 2.232/2019 e o Despacho do Ministério da Saúde de 2019, que recusam o termo “violência obstétrica”. Mas também existe uma apropriação do discurso de defesa da autonomia enquanto categoria útil para justificar a simplificação da questão da escolha, contribuindo para a exclusão da discussão sobre informação de qualidade, empoderamento e direitos humanos, sexuais e reprodutivos no debate sobre parto e nascimento, como se fosse apenas uma questão de escolha individual e descolada das intrincadas e complexas relações de poder que permeiam a reprodução.

O exercício da maternidade é circunscrito por desigualdades de gênero, raça, classe. Laura Mattar e Simone Diniz (2012) trabalham com a categoria de “hierarquias reprodutivas” para indicar que existe uma pirâmide hierárquica da reprodução na qual o exercício dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos é negado àquelas que estão em sua base. A maternidade, nesse contexto, é aceita socialmente apenas quando se encaixa nos padrões esperados, que são permeados por imaginários racistas, sexistas, classistas e homofóbicos. A maternidade exercida fora desses moldes, ou seja, pelas pessoas

que estão na base da pirâmide de hierarquias reprodutivas, é tida como uma maternidade subalterna e está sujeita à discriminação.

Nesse sentido, a noção de interseccionalidade é útil para pensar a articulação entre raça/etnia, classe, gênero e sexualidade na conformação de dinâmicas específicas de desigualdade. A pesquisadora Avtar Brah mostra que “estruturas de classe, racismo, gênero e sexualidade não podem ser tratadas como ‘variáveis independentes’ porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela” (Brah, 2006, p.351).

A interseccionalidade de classe e gênero determina, como aponta a presidente da ReHuNa citada no primeiro capítulo, o acesso desigual das mulheres às possibilidades disponíveis hoje de parto “humanizado”, com equipe multiprofissional. Quando se considera raça/etnia, podemos ver os casos de Adelir e Alyne Pimentel. A primeira, foi obrigada a fazer uma cesariana que comprometeu seu futuro reprodutivo; a segunda, morreu em decorrência do racismo institucional. Também a fala da doula do Rio de Janeiro em audiência pública descrita no capítulo 2, sobre as dificuldades no caso das mulheres negras periféricas de combinar as responsabilidades domésticas e de cuidado para se recuperar de uma cirurgia cesariana, é útil no sentido de pensarmos os impactos das desigualdades interseccionais no cenário de violência obstétrica.

Além disso, cabe levantar a crítica descolonial ao conceito liberal de indivíduo, presente na forma como se articulam as categorias de autonomia, protagonismo, empoderamento e escolha. María Lugones (2014) propõe que as lógicas hierárquicas opressivas da modernidade sejam compreendidas por meio do sistema moderno colonial de gênero. A modernidade colonial, constituída em torno do binarismo humano - não humano, exportou a noção de não-humanos para os povos colonizados, justificando assim o acesso a seus corpos, sua exploração e violação contínuas.

As mulheres colonizadas não eram entendidas enquanto mulheres, mas enquanto “fêmeas”. Tendo isso em vista, Lugones, aproximando-se da noção interseccional de Brah (2006), indica que a opressão das mulheres subalternizadas se dá “através de processos combinados de racialização, colonização, exploração capitalista, e heterossexualismo” (Lugones, 2014, p. 941), não sendo possível olhar para esses eixos de forma separada sem que se perca a riqueza analítica, ou seja, é preciso levar em conta a colonialidade do gênero. O feminismo descolonial desponta como ferramenta de enfrentamento à colonialidade e exige

uma compreensão relacional e comunitária do mundo que se oponha a concepções individualistas e fragmentadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi compreender alguns aspectos do desenvolvimento da categoria violência obstétrica no debate público brasileiro. A discussão sobre essa temática vem sendo protagonizada pelo movimento de humanização do parto, que tem como um de seus expoentes no Brasil a ReHuNa, fundada em 1993. Esse movimento propõe a “humanização” do parto e nascimento como alternativa à assistência obstétrica violenta e reivindica, articulando os conceitos de direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos, que o Estado e a sociedade reconheçam as mulheres como vítimas de um tipo de violência de gênero no seu ciclo gravídico-puerperal, a violência obstétrica (Pulhez, 2013b). Dessa forma, como indicou Tempesta (2018a), esse movimento traduz-se em um espaço de manifestação política dessas mulheres.

Por outro lado, para além do reconhecimento legal das violências que acometem as mulheres nos hospitais, o movimento pela humanização do parto busca também a mudança de visão sobre a gestação, o parto e o puerpério e, conseqüentemente, sobre o corpo feminino. As doulas, em especial, contribuem com uma perspectiva única para a construção de novos significados sobre o agir e se relacionar enquanto doula, que ultrapassam o momento do parto e constituem um olhar diferenciado sobre a vida, como demonstrado com a entrevista da doula Mercedes.

Nesse contexto de reivindicações, o termo violência obstétrica é um termo em disputa porque existe um conflito de percepções e aspirações entre o movimento de mulheres e a categoria médica. Essa última, como infere-se a partir de falas nas audiências públicas, vem buscando se afastar da imagem de profissionais violentos e, em alguma medida, manter a posição de “guardiões” da vida e da saúde de mulheres e fetos ou bebês.

Vale lembrar que E. Martin (2006) aponta como o progressivo afastamento técnico e simbólico da mulher em relação ao parto teve reflexo em termos diversos, posicionando os interesses do feto como contrários aos da mulher, ao criar um contexto em que o corpo feminino é potencialmente destrutivo. A reflexão dessa antropóloga funciona para entendermos que as implicações da violência obstétrica estão muito além da interação episódica médico-paciente.

A fotógrafa Carla Raiter produziu um ensaio fotográfico com o intuito de sensibilizar as pessoas para os efeitos negativos de longo prazo da violência obstétrica: disponível em

<<http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/05/violencia-obstetrica-carla-raiter-14/>>. Fotos dessa profissional circulam em comunidades de parto humanizado na internet e são exibidas em eventos públicos com alguma frequência. As imagens retratam sentimentos negativos vividos por mulheres de camadas médias urbanas.

Ao mesmo tempo, a demanda por mais autonomia das mulheres na hora de parir, um dos pilares do movimento da humanização, tem sido fator também utilizado para justificar a propositura e aprovação de leis que desagradam as ativistas do movimento, contribuindo para o aumento do número de cesáreas no país, que já é entendido como uma “epidemia”. As ativistas entrevistadas observam que, ao propor a discussão apenas nos termos de escolher ou não uma cirurgia cesariana, está-se excluindo do debate todo o contexto de violências e vulnerabilidades que as mulheres enfrentam no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Assim, o debate público em torno da categoria de violência obstétrica se desenvolve a partir da mobilização das ideias de “autonomia”, “protagonismo”, “empoderamento” e “escolha”, que, a depender dos sujeitos que as utilizam, adquirem diferentes sentidos e justificam pautas distintas.

É necessário não perder de vista que a discussão sobre violência obstétrica e a mobilização de mulheres em torno dessa temática deve ser entendida também em uma perspectiva global. Sara Pichet, João Crubellate e Fabiane Verdu (2018) afirmam que os processos sociais envolvidos na forma como o parto se apresenta nacionalmente são moldados de maneira transnacional. Nesse sentido, apesar de a categoria “violência obstétrica” ter surgido entre os países latino-americanos, hoje já se discute esse tipo de violência em termos globais, apontando para a visão dessa violência como uma questão que atravessa fronteiras.

Partindo de uma questão clássica do pensamento político — a questão da cidadania, a construção de sujeitos políticos e de direitos —, a problemática da violência obstétrica nos leva para a questão antropológica, também clássica, da humanidade das mulheres e nos convida a seguir pesquisando as formas localizadas, específicas, de articulação de marcadores sociais da diferença, as quais se interconectam de modos diversos a formas nacionais e transnacionais.

Sherry Ortner (1979) investiga o status secundário da mulher em diversas sociedades e um de seus apontamentos é a construção social de uma maior proximidade da mulher com a natureza, enquanto o homem é identificado socialmente com a cultura, que, por meio das

tecnologias e da ciência, busca assegurar o controle sobre a natureza. Cultura e natureza não são simplesmente pólos opostos, mas são colocados em relação hierárquica, e a subordinação da natureza pela cultura é percebida como praticamente um destino “natural”.

Para além das singularidades contingenciais, há que considerar a intensificação de forças políticas neoconservadoras, no plano internacional, dedicadas a deslegitimar todas as pautas levantadas nos termos dos direitos sexuais e reprodutivos, como demonstrado no documentário *Gênero sob ataque* (2018), a invisibilizar e silenciar os sofrimentos decorrentes da posição de gênero e, no limite, a naturalizar violências brutais perpetradas na chave do gênero.

Por meio da análise das audiências públicas, pode-se localizar como se deu a entrada do tema da violência obstétrica nos espaços legislativos, permitindo com isso, conforme sugestões da parecerista, a abertura para pesquisas futuras que tenham como foco as disputas políticas nesses espaços. Além disso, as tensões que o conceito de autonomia levanta em suas diversas facetas no movimento de humanização do parto não foram esgotadas e oferecem uma oportunidade de agenda de pesquisa para o futuro.

Finalizo esse trabalho retomando as considerações da presidente da ReHuNa, apresentadas no primeiro capítulo, que insere a discussão sobre violência obstétrica em um debate mais amplo sobre a violência estrutural contra as mulheres. A violência que acomete as mulheres durante o exercício de sua capacidade reprodutiva não deve ser vista como um ato isolado porque, como demonstrado na presente monografia, faz parte de um processo de socialização que não incorpora as mulheres como sujeitos plenos de direitos. Tendo isso em vista, a potência desse movimento de mulheres que busca “humanizar” o parto está além da resignificação das experiências de parto e nascimento em si, e pode chegar a uma resignificação cultural mais ampla que envolve a forma como nos entendemos enquanto sujeitos e seres humanos.

Referências Bibliográficas

- AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Tradução Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 29 Número 2 Maio/Agosto 2014.
- BIROLI, Flávia. **Autonomia e desigualdades de gênero**: contribuições do feminismo para a crítica democrática. Ed. Horizonte. 2013.
- BIROLI, Flávia. **Gênero e Desigualdades**: limites da democracia no Brasil. Ed. Boitempo. 2018.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu** (26), janeiro-junho de 2006: pp.329-376.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 75. S5 - S23.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva** 10 (3). 2005.
- FOUCAULT, Michel. **A microfísica do poder**. 1998. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna. The Politics of Reproduction. **Annual Review of Anthropology**, Vol. 20 (1991), pp. 311-343.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu** (5) 1995: pp. 07-41.
- LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro. 2014.
- MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu** (50), 2017.
- MARTIN, Emily. **A Mulher no Corpo**: Uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Garamond. 2006.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - comunicação, saúde e educação**, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.
- NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.979-998.

ORTNER, Sherry B. Está a Mulher para o Homem assim como a Natureza para a Cultura? Em: **A mulher, a cultura e a sociedade**. Zimbalist, R. e Lamphere, L. (orgs.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PHILLIPS, Anne. “O que há de errado com a democracia liberal?”. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 6, 2011, pp. 339-363.

PICHETH, Sara Fernandes; CRUBELLATE, João Marcelo; VERDU, Fabiane Cortez. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1063-1082.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu** (49), 2017.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. São Paulo: Paz e Terra, 1993 [1988]).

PIMENTEL, Camila, et al. Autonomia, risco e sexualidade: A humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v.4, n. 01, Jan-Jun. 2014.

PULHEZ, Mariana Marques. **A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013a.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica!” A construção das noções de “violência” e “vítima” nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013b.

ROHDEN, Fabiola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.

SCAVONE, Lucila. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu** (16) 2001: pp.137-150.

SEGATO, Rita. Gênero e Colonialidade: Em busca de chaves de leitura de um vocabulário estratégico descolonial. **e-cadernos CES** [Online], 18 | 2012, colocado online no dia 01 de dezembro de 2012.

SEGATO, Rita. **La guerra contra las mujeres**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2016.

SENA, Ligia Moreiras. **“Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração.”** A medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Florianópolis, UFSC. Tese (Doutorado). 2016.

SIEGEL, Reva. **“The jurisgenerative role of social movements in United States Constitutional Law”**. Apresentado em Conferência SELA, Oaxaca, México, Junho. 2004.

SIMAS, Raquel; MENDONÇA, Sara Sousa. O Caso Adelir e o Movimento pela Humanização do Parto: Reflexões sobre violência, poder e direito. 2016. **Vivência. Revista de Antropologia**, 48: 89-104.

TEMPESTA, Giovana. Contestações ritmadas. **Amazônia, Revista. Antropológica**. (Online) 10 (1): 102 - 124, 2018a.

TEMPESTA, Giovana. Trabalhando pelos bons vinculamentos: reflexões antropológicas sobre o ofício das doulas. **Anuário antropológico**. 2018b.

TEMPESTA, Giovana. **Quando cuidar é sinônimo de prevenir e combater a violência institucional**. A doulagem como agenciamento social em saúde. 2019a. Paper apresentado na XIII Reunião de Antropologia do Mercosul – Porto Alegre (RS). Disponível em: <https://www.ram2019.sinteseeventos.com.br/simposio/view?ID_SIMPOSIO=58>. Acesso em 01 de dezembro de 2019.

TEMPESTA, Giovana. **Maternidade como direito**: reflexões sobre parto e hierarquias reprodutivas no Brasil. 2019b. Comunicação no Seminário Dobradinha CASCA+ LAVIVER/PPGAS/UnB.

VENTURI, G.; GODINHO, T. (orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2013.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2015.

Fontes:

a) Documentos oficiais brasileiros

BRASIL, Assembleia Legislativa de São Paulo. Projeto de lei nº 435 /2019. 10 de Abril de 2019. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000262934>>. Acesso em 03 de Julho de 2019.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. PARECER CFM nº 32/2018. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&buscaEfetuada=true&tipoNormaP=P&normasUf=BR&>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília - DF. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Despacho 03/05/2019. Disponível em <<https://bit.ly/2CypfDp>>. Acesso em 04 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília -DF. 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em 04 de Dezembro de 2019.

BRASIL, Senado Federal. *Violência no parto*. Em: Relatório Final da CPMI sobre violência contra a mulher no Brasil. 2013. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/relatorio-final-da-comissao-parlamentar-mista-de-inquerito-sobre-a-violencia-contra-as-mulheres>>. Acesso em 02 de Dezembro de 2019.

Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em 05 de Outubro de 2019.

Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado, realizada pela Fundação Perseu Abramo e pesquisadores da USP em 2010. Disponível em: <<https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>>. Acesso em 20 de Novembro de 2019.

Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. (Geledés, 2017). Disponível em: <<https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/mulheres-negras-e-violencia-domestica/>>. Acesso em: 14 de Outubro de 2019.

REHUNA, Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, 1993. Carta de Campinas.

WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>>. Acesso em 04 de Dezembro de 2019.

b) Legislação Internacional

ARGENTINA, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 2009. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.

BOLÍVIA, Ley Integral Para Garantizar a Las Mujeres Una Vida Libre De Violencia. 2018. <https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.

MÉXICO, Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia. 2014. Disponível em: <<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>>. Acesso em 03 de Dezembro de 2019.

PANAMÁ, Lei N° 82. 2013. Disponível em: <https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_pan_ley82.pdf>. Acesso em 03 de dezembro de 2019

VENEZUELA, 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.

c) Audiovisual

A DOR Reprimida: violência obstétrica e mulheres negras. Produção: Mariana Sales, 2017. (26:55 min.), son., color. Youtube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=vSisihZCnHg>> Acesso em 21 de setembro de 2018.

GÊNERO sob ataque. Produção: Clacai, 2018. (1h12:14 min), son., color. Youtube, Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Aj3St_zUM7M>. Acesso em 07 de dezembro de 2019.

O RENASCIMENTO do Parto. Produção: Érica de Paula. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Érica de Paula. 2013. (1h30min.); son., color.

O RENASCIMENTO do Parto 2. Direção: Eduardo Chauvet. Roteiro: Eduardo Chauvet. 2017. (91 min.); son., color.

O RENASCIMENTO do Parto 3. Produção: Direção: Eduardo Chauvet. Eduardo Chauvet. Roteiro: Eduardo Chauvet. 2018. (1h12min.); son., color.

SENTIDOS DO NASCER. Violência obstétrica: Carla Raiter 1:4. Maio de 2015. Disponível em: <<http://www.sentidosdonascer.org/blog/2015/05/violencia-obstetrica-carla-raiter-14/>>. Acesso em 06 de dezembro de 2019.

VIOLÊNCIA Obstétrica: A voz das brasileiras. Produção: Bianca Zorzam, et al. 2012. (51:01 min.), son., color. Youtube. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>>. Acesso em 21 de setembro de 2018.